



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse 2014 - 2018
m.fl.

01-10-2015

Sagsnr. 15/737

Maren Munk-Madsen

Tel.: 3529 8165

E-mail:

mma@regioner.dk

**Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse
torsdag den 8. oktober 2015 kl. 10.30**

Deltagere: Bent Hansen, Jens Stenbæk, Sophie Hæstorp Andersen, Ulla Astman, Stephanie Lose, Leila Lindén, Poul-Erik Svendsen, Susanne Lundvald, Charlotte Fischer, Per Larsen, Lise Müller, Henrik Thorup, Lone Langballe, Anne V. Kristensen, Jess V. Laursen, Martin Geertsen, Susanne Langer

Afbud:

Mødested: Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø



Indholdsfortegnelse

1.	Formandens meddelelser, sagsnr. 15/737	1
2.	Godkendelse af åbent referat af møde den 3. september 2015 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 15/737	3
3.	Høring vedr. ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg til ældre, sagsnr. 15/1911	5
4.	Høring vedr. ændring af sundhedsloven , sagsnr. 15/1935	9
5.	EN AF OS - Videreførelse af projektet 2016-2020, sagsnr. 14/2040	15
6.	Etablering af biocover på lossepladser, sagsnr. 15/120	21
7.	Ny energiaftale om energieffektivisering, sagsnr. 15/513	25
8.	Danske Regioners generalforsamling 2016, sagsnr. 15/1006	27
9.	Stedfortrædere til politiske udvalg, sagsnr. 15/2046	29
10.	Handleplan for bedre brug af sundhedsdata i regionerne, sagsnr. 14/2003	31
11.	Sundheds-it og digitalisering, sagsnr. 15/1643	35
12.	Videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser, sagsnr. 15/1442	41
13.	Evaluering af byggestyringsprincipperne for de 16 kvalitetsfondsprojekter , sagsnr. 14/2112	43
14.	Status for fællesregionalt arbejde vedrørende sygehusbyggeri, sagsnr. 14/238	47
15.	Status for regionernes indsats overfor patienter med uklare symptomer (HPV), sagsnr. 14/123	51
16.	Strategisk energiplanlægning, sagsnr. 14/153	55
17.	Bo Smith-udvalgets anbefalinger, sagsnr. 15/1984	57
18.	Ændringer i hverv, sagsnr. 14/1546	61
19.	Bestyrelsens studietur januar 2016, sagsnr. 15/1595	63
20.	Næste møde, sagsnr. 15/737	67
21.	Eventuelt, sagsnr. 15/737	69



1. Formandens meddelelser, sagsnr. 15/737

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.





2. Godkendelse af åbent referat af møde den 3. september 2015 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 15/737

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

*Det indstilles,
at referatet godkendes.*

Sagsfremstilling

Bilag

Åbent referat af møde den 3. september 2015 i Danske Regioners bestyrelse.pdf (1259538).





3. Høring vedr. ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg til ældre, sagsnr. 15/1911

Nanna Cathrine Hollen-
sen

Resumé

Sundheds- og Ældreministeriet har udarbejdet et lovforslag til ændring af reglerne vedrørende forebyggende hjemmebesøg. Med ændring af reglerne målrettes de forebyggende hjemmebesøg i større omfang de svageste ældre. Samtidig åbnes der op for, at kommunerne i højere grad kan tilrettelægge tilbuddet fleksibelt, ud fra hvad der lokalt er mest hensigtsmæssigt.

Overordnet finder Danske Regioner det positivt, at forebyggende hjemmebesøg i højere grad målrettes den gruppe ældre, som vurderes at have det største behov for forebyggende indsats. Derudover ønsker Danske Regioner, at det af lovforslaget fremgår, at de forebyggende hjemmebesøg bør have et konkret sigte mod at forebygge unødvendige (gen)indlæggelser. Endvidere er det vigtigt, at forebyggende hjemmebesøg har en ensartet høj kvalitet på tværs af kommuner, og at personalet har de rette sundhedsfaglige kompetencer til at udføre besøgene. Derfor må det understreges i lovforslaget, at øget fleksibilitet til kommunerne ikke må medføre større uensartethed i tilbuddenes kvalitet eller indhold.

Indstilling

*Det indstilles,
at høringssvaret godkendes.*

Sagsfremstilling

I Økonomiaftalen for 2016 er det besluttet, at Danske Regioner, KL, Finansministeriet samt Sundheds- og Ældreministeriet deltager i et udvalgsarbejde, som skal munde ud i en samlet plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Sammenhæng er især vigtigt, når det handler om ældre, fordi mange ældre har behov for en indsats, der går på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Herunder er det vigtigt, at der sker en målrettet og systematisk forebyggelse af indlæggelser blandt ældre, så kun ældre med behov for specialiseret behandling indlægges på hospitalet. Det er først og fremmest godt for den enkelte ældre, der via en forebyggende indsats måske kan undgå indlæggelse og i stedet modtage behandling i trygge og vante omgivelser i eget hjem. Samtidig gavner fo-



rebyggelse af unødvendige indlæggelser kapaciteten på sygehusene og i sidste ende samfundsøkonomien.

I forlængelse af ovenstående er forebyggende hjemmebesøg et tiltag, som regionerne har stor interesse i, at kommunerne prioriterer, herunder at indsatsen er god og ensartet på tværs af kommuner, og at personale med de rette kompetencer udfører besøgene, så der opnås en høj kvalitet i den leverede indsats.

Ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg

Sundheds- og Ældreministeriet har udarbejdet et udkast til ændring af regler vedrørende forebyggende hjemmebesøg, som er en del af lov om social service (serviceloven).

Baggrunden for lovforslaget er en politisk aftale om revision af de forebyggende hjemmebesøg, som Venstre, Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, Socialistisk Folkeparti, Det Radikale Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti indgik den 7. april 2015. Lovforslaget forventes at træde i kraft den 1. januar 2016.

Lovforslaget indeholder følgende elementer:

- *Forhøjelse af aldersgrænse:* Aldersgrænsen for tilbud om årlige forebyggende hjemmebesøg rykkes fra 75 år til 80 år.
- *Forebyggende hjemmebesøg til særlige risikogrupper i alderen 65 år til 79 år:* Ældre i særlige risikogrupper skal fra 65 år have tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Der indføres dermed en kommunal forpligtelse til at tilbyde borgere, som er i en vanskelig livssituation, behovsbestemte hjemmebesøg.
- *Tryghedsbesøg til alle 75-årige:* Alle borgere skal have et tilbud om et forebyggende hjemmebesøg, når de fylder 75 år.
- *Forebyggende hjemmebesøg skal indgå i kommunernes kvalitetsstandarder.*
- *Fleksibel tilrettelæggelse af tilbuddet:* Der åbnes op for, at kommunen kan tilrettelægge tilbuddet, som kommunen lokalt finder det mest hensigtsmæssigt. Kommunen kan f.eks. tilbyde et eller flere kollektive arrangementer, som kan erstatte det forebyggende hjemmebesøg i borgerens hjem.

Danske Regioner har på baggrund af tilbagemeldinger fra regionerne udarbejdet et høringssvar.

Overordnet finder Danske Regioner det positivt, at forebyggende hjemmebesøg i højere grad målrettes den gruppe ældre, som vurderes at have det største be-



hov for forebyggende indsats. Derudover mener Danske Regioner, at det bør fremgå, at forebyggende hjemmebesøg har et konkret sigte mod at forebygge unødvendige (gen)indlæggelser. Kommunerne skal med andre ord via forebyggende hjemmebesøg bidrage til, at kun ældre med specialiseret behandlingsbehov indlægges på sygehuset.

Herudover er det vigtigt, at forebyggende hjemmebesøg har en ensartet høj kvalitet på tværs af kommuner, og at personalet har de rette sundhedsfaglige kompetencer til at udføre besøgene. Derfor ønsker Danske Regioner det understreget i lovforslaget, at øget fleksibilitet i tilrettelæggelse af tilbuddet ikke må medføre en større uensartethed i tilbuddenes kvalitet eller indhold.

Grundet høringsfristen den 2. oktober 2015 er høringsvaret sendt med forbehold for politisk behandling.

Link til høringsmateriale:

<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/58687>

Bilag

Hørings svar fra Danske Regioner vedr. forebyggende hjemmebesøg.pdf (1263321).





4. Høring vedr. ændring af sundhedsloven , sagsnr. 15/1935

Jane Brodthagen

Resumé

Sundheds- og Ældreministeriet har sendt høring vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven på en række områder. Overordnet set er ændringerne egnede til at give en større gennemsigtighed og klarhed af reglerne på sundhedsområdet.

Indstilling

Det indstilles,
at udkast til høringssvar godkendes.

Sagsfremstilling

Sundheds- og Ældreministeriet har udsendt forslag til ændring af sundhedsloven. Med lovforslaget gennemføres ændringer på 6 forskellige områder:

- 1) Delegationskompetence til aftaleindgåelse under det udvidede fri sygehusvalg
- 2) Regler for private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionernes præhospitale beredskab
- 3) Præcisering af sundhedslovens befordringsordninger
- 4) Diæter m.v. til medlemmer af patientinddragelsesudvalg
- 5) Udvidelse af personkredsen, der kan bebo sundhedshuse m.v.
- 6) Offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav

Ad 1) Delegationskompetence til aftaleindgåelse under det udvidede fri sygehusvalg

Lovforslaget præciserer regionernes mulighed for at indgå aftaler med private sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet om varetagelse af behandling under det udvidede fri sygehusvalg. Desuden præciseres det, at regionerne kan delegerer deres kompetence til at indgå aftalerne til Danske Regioner.

Folketingets Ombudsmand har stillet spørgsmål ved hjemlen til, at Danske Regioner indgår aftaler om det udvidede frie sygehusvalg på vegne af regionerne. Adgangen til at delegerer en offentlig myndighedsopgave til en privat forening bør have en klar hjemmel i lovgivningen.

Siden det udvidede fri sygehusvalg blev indført i 2002 har det været forventet og velkendt, at aftalerne med de private sygehuse, klinikker m.v. bliver indgået



af Danske Regioner (tidligere Amtsrådsforeningen) på vegne af regionsrådene/amtserådene i forening.

Sundheds- og Ældreministeriet er af den opfattelse, at praksis har vist, at regionerne har delegeret kompetencen til aftaleindgåelse med private sygehuse, klinikker m.v. om varetagelse af behandling under det udvidede fri sygehusvalg. På den baggrund er det foreslået, at det præciseres i lovgivningen, at Danske Regioner indgår disse aftaler på vegne af de fem regioner.

Regionerne finder den foreslåede præcisering i lovgivningen relevant. Det er positivt, at det i lovgivningen klart fremgår, at Danske Regioner har hjemmel til at indgå aftaler under det udvidede fri sygehusvalg på vegne af regionerne. Dette er desuden i overensstemmelse med en årelang praksis på området.

Ad 2) Regler for private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionernes præhospitale beredskab

I forbindelse med større arrangementer som f.eks. hestevæddeløb, sportsarrangementer, udendørs koncerter m.v., indgår arrangørerne undertiden aftale med private ambulanceberedskaber om at være til stede med en bemannet ambulance. Disse private ambulanceberedskaber er ikke omfattet af de regler, som gælder for ambulanceberedskaber i regionernes præhospitale beredskab.

Reglerne præciserer, at private ambulanceberedskaber, som ikke indgår i regionens præhospitale beredskab, skal opfylde nærmere regler for ambulancernes bemanning, udstyr og indretning, herunder regler for uddannelse af ambulancemandskabet. Ministeriet bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om dette.

Formålet med at fastsætte nærmere regler på området er desuden at sikre, at området bliver omfattet af Sundhedsstyrelsens generelle tilsyn samt mulighed for udstedelse af påbud.

Den foreslåede ændring medfører ikke, at skader sket i forbindelse med behandling m.v. i privat ambulanceberedskab bliver omfattet af patienterstatningens dækningsområde. Ministeriet overvejer, om dækningsområdet skal udvides. Det skal nærmere analyseres, herunder finansiering af en eventuel udvidelse af dækningsområdet.

Regionerne anerkender, at lovforslaget lægger rammer, som sikrer kvaliteten ved private ambulanceberedskaber, herunder at der gives mulighed for at lave samarbejdsaftaler, som kan tilpasses lokale forhold og retningslinjer i regionerne.



Ad 3) Præcisering af sundhedslovens befodringsordninger

Der er med forslaget lagt op til en harmonisering af befodringsreglerne, som de gælder i dag for kommuner og regioner.

Regionsrådene har efter reglerne om befodrning til sygehus i vidt omfang ydet befodrning eller godtgørelse af udgifter til befodrning til diagnostiske undersøgelser, som finder sted på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge.

For befodrning til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge kan der opstå tvivl om, hvorvidt ansvaret herfor påhviler regionen eller kommunen.

Med lovforslaget foreslås det fastsat udtrykkeligt i sundhedsloven, at det påhviler regionsrådet at yde befodrning eller godtgørelse af udgifter til befodrning til diagnostiske undersøgelser på sygehus, som gennemføres til brug for udredning hos alment praktiserende læge, eller hos praktiserende speciallæge.

Regionerne finder den foreslåede præcisering i lovgivningen relevant og hensigtsmæssig.

Ad 4) Diæter m.v. til medlemmer af patientinddragelsesudvalg

Med en ændring af sundhedsloven i 2013 skal der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som systematisk skal inddrages i forhold til arbejdet i Sundhedskoordinationsudvalgene og Praksisplanudvalgene.

Regeringen ønsker med forslaget at etablere hjemmel til, at regionsrådene *kan beslutte* at yde medlemmerne af patientinddragelsesudvalgene diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse.

Regionerne finder den foreslåede præcisering i lovgivningen relevant og hensigtsmæssig.

Ad 5) Udvidelse af personkredsen, der kan bebo sundhedshuse m.v.

Det fremgår af sundhedsloven, at regionsrådet og kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe og udleje lokaler og udstyr m.v. til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst, og til brug for udførelse af kommunale sundhedsydelse og til brug for udførelse af regionale, ambulante sygehuseydelse. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal koordinere disse aktiviteter.

I nogle egne af landet har det vist sig vanskeligt at fylde de etablerede sundhedshuse.

Med lovforslaget foreslås det at udvide den personkreds, der kan bebo de lokaler og leje det udstyr, som regioner og kommuner stiller til rådighed, til også at omfatte f.eks. sundhedsprofessionelle uden ydernummer, herunder tandteknikere, bandagister, ergoterapeuter m.fl.

Regionerne finder den foreslåede præcisering i lovgivningen relevant og hensigtsmæssig. Endvidere kan det med fordel præciseres, at regionsråd/kommunalbestyrelse frit kan vælge at udleje til den type af sundhedsyder, som samlet set passer bedst ind i huset.

Ad 6) Offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav

Sundhedsstyrelsen har siden 1. juli 2013 haft mulighed for at give påbud til sygehuse, klinikker og praksis el.lign.

Med lovforslaget foreslås at give Sundhedsstyrelsen bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om, at påbud til et sygehus, en klinik, en praksis eller lignende om sundhedsmæssige krav skal offentliggøres.

Sundhedsstyrelsen bemyndiges også til at fastsætte nærmere regler om, at påbuddet skal være let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, og at påbuddet skal være umiddelbart tilgængeligt på selve behandlingsstedet.

Offentliggørelse af påbud skal ses som et ønske om at bidrage til en mere gennemsigtig sundhedssektor, hvor information om kvaliteten af den enkelte sundhedspersons behandling bliver offentlig tilgængelig. Hensynet bag offentliggørelsesordningerne er endvidere, at borgernes stilling over for sundhedsvæsenet bliver styrket, idet borgeren bliver i stand til at træffe et kvalificeret valg, f.eks. når der skal vælges praktiserende læge eller tandlæge.

Regionerne finder den foreslåede præcisering i lovgivningen relevant og hensigtsmæssig.

Der er frist for fremsendelse af høringsvar den 9. oktober 2015.

Link til høringsmateriale: <http://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/58712>



Der vil foreligge en selvstændig høring af de eventuelle økonomiske konsekvenser af lovforslaget.

Bilag

UDKAST - Svar på høring vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven (1262936).





5. EN AF OS - Videreførelse af projektet 2016-2020, sagsnr. 14/2040

Mikkel Lambach

Resumé

Afstigmatiseringskampagnen EN AF OS står foran at skulle genfinansieres med henblik på at videreføre indsatsen frem til 2020 på uændret niveau. Der søges både private fondsmidler og satspuljemidler til formålet.

Trygfonden har meddelt, at man i den kommende periode kun ønsker at støtte med et mindre beløb end i den nuværende periode. Derfor bredes fondsansøgningerne ud til andre fonde også.

Regionerne har meddelt, at de gerne bidrager på samme niveau som hidtil under forudsætning af, at kampagnen indhenter den fornødne fonds- og puljefinansiering til at fortsætte på uændret niveau.

Danske Regioner har som partsbidrag tilført kampagnen 3 millioner kroner (bestyrelsespuljen) fordelt over fem år (2010-2014), og det indstilles, at foreningen fremadrettet bidrager med samme beløb.

KL, der indgår i partnerskabet og styregruppen bag kampagnen på lige fod med alle andre aktører, bidrager ikke økonomisk til kampagnen.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen bakker op om at videreføre afstigmatiseringskampagnen EN AF OS på uændret niveau,

at bestyrelsen fra bestyrelsespuljen bevilger 3 millioner kroner til kampagnen i årene 2016-2020 svarende til tidligere bevilling under forudsætning af, at der skaffes de fornødne fonds- og puljebevillinger.

Sagsfremstilling

I september 2011 blev afstigmatiseringskampagnen EN AF OS lanceret. Kampagnen har til formål at imødegå stigmatisering og fremme tolerance og åbenhed over for mennesker med psykisk sygdom ved at:

- Øge danskernes viden om psykisk sygdom.
- Mindske den afstand, der fører til stigmatisering, fordomme og social udelukkelse.
- Skabe større forståelse for psykisk sygdom i skoler, på arbejdspladser mv.

Målgrupperne for EN AF OS-kampagnen er: Brugere og pårørende, Personale i sundheds- og socialsektoren, Arbejdsmarkedet, Unge, og Befolkningen (via medierne).

Den nuværende indsatsperiode for afstigmatiseringskampagnen løber fra 2011 til udgangen af 2015, dog således at de sidste satspuljemidler ophører i 2016. Det betyder, at kampagnen står overfor en refinansiering, såfremt den skal fortsætte.

Bag kampagnen står et partnerskab mellem Sundhedsstyrelsen, TrygFonden, Danske Regioner og regionerne, Psykiatrifonden, PsykiatriNetværket, KL og Social- og Indenrigsministeriet. Kampagnen har i perioden 2011-2015 haft en todelt økonomisk ramme bestående af både direkte midler og indirekte midler. De enkelte bidragsydere og de bevilgede beløb fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Finansieringsplan 2011-2015(mio. kr.)

Direkte midler	
Staten / satspuljen	19,3
Regionerne	7,5
Danske Regioner	3,0
Region Hovedstaden	0,15
Trygfonden	14,9
Direkte midler i alt	44,85
Indirekte midler	
PsykiatriNetværket	15,0
Regionerne	7,5
Psykiatrifonden	3,0

De direkte midler har finansieret et kampagnesekretariat og udgifter til en lang række centrale/landsdækkende indsatser – primært kampagner på forskellige medieplatforme. De indirekte midler er medarbejderressourcer stillet til rådighed af nogle af parterne.

Regionernes indirekte bidrag udgøres af medarbejderressourcer afsat i de psykiatriske informationscentre - Psyk-Info. Regionernes Psyk-Info, der formidler viden om psykiske sygdomme til alle, der er i berøring med psykiatrien, udgør omdrejningspunktet for mange af de lokale/regionale EN AF OS-aktiviteter.



KL har ikke udspecificeret deres bidrag, men orienteret styregruppen om, at de bidrager med medarbejdere fra kommunerne og KL's sekretariat i relevant omfang.

På forespørgsel om, hvorvidt KL fremadrettet vil medfinansiere kampagnen – f.eks. som halvpart i Danske Regioners partsbidrag - har KL over for Danske Regioners sekretariat oplyst, at man ikke ønsker at bidrage til den direkte finansiering af kampagnen.

I en evaluering af EN AF OS anfører KORA, at kampagnen ”har formået at aktivere en kompleks og forgrenet organisering, der omfatter stort set alle relevante – offentlige som private – parter og interessenter på både det nationale, regionale og lokale niveau og de frivillige bruger- og pårørendeorganisationer – samt enkeltpersoner uden organisationstilknytning. Den synlighed af indsatsen er opnået allerede efter tre år og skyldes i høj grad et betydeligt engagement og interesse for at være med til at understøtte indsatsen fra alle involverede.” Desuden påpeger KORA, at hvis afstigmatisering skal fastholdes som et vigtigt punkt på dagsordenen fremadrettet, har EN AF OS fortsat en vigtig rolle at spille. Evalueringen dokumenterer desuden, at befolkningens kendskab til EN AF OS i kampagneperioden er steget fra 26 procent til 37 procent.

KORA's evaluering danner desuden grundlag for vedhæftede notat, der dels uddyber behovet for at videreføre indsatsen mod stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser i Danmark, dels oplister relevante indsatsområder under en fornyet indsatsperiode.

For at sikre finansiering til at videreføre kampagnen og samtidig skabe et økonomisk fundament, der fremmer medejerskabet på tværs af partnere og interessenter, tilstræbes en finansieringsmodel bestående af en kombination af bidrag fra staten, regioner, kommuner og private fonde. I den forbindelse har der været afholdt møde med den tidligere sundhedsminister samt Trygfonden med henblik på at afklare statens og fondens vilje til fortsat at støtte kampagnen. Tilsvarende er regionerne hørt via psykiatridirektørerne.

På baggrund af disse sonderinger har aktørerne tilkendegivet følgende:

- Sundhedsministeriet har uformelt vurderet, at EN AF OS har gode chancer for at blive tilgodeset i de aktuelle satspuljeforhandlinger.
- Trygfonden har under forudsætning om statslig medfinansiering (via satspuljen) tilkendegivet, at de gerne bidrager til fortsat finansiering



men på et væsentligt lavere niveau. Med afsæt i Trygfondens forhåndsudmelding er fonden ansøgt om i alt 2,5 millioner kroner i 2016-2020.

- Regionerne har tilkendegivet, at de gerne vil støtte med 7,5 millioner kroner svarende til den forrige indsatsperiode under forudsætning af, at de resterende midler skaffes ind via fondsbevillinger.

For at tilvejebringe finansiering til kampagnen i perioden 2016- 2020 på samme niveau som det nuværende, arbejdes der i regi af styregruppen bag partnerskabet for EN AF OS med afsæt i nedenstående finansieringsplan for de direkte midler.

Tabel 2. Foreløbig finansieringsplan for EN AF OS for perioden 2016-2020 (mio. kr.)

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Satspulje 2016-2019	Rest	?	?	?		?
TrygFonden	1,25	1,25				2,5
Andre fondsmidler	2,15	2,15	3,4	3,4	3,4	14,5
Regionerne	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	7,5
Partsbidrag/Danske Regioner	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	3,0
Total	9	9	9	9	9	45

Som det fremgår af tabel 2 bygger finansieringsplanen for 2016-2020 på en forudsætning om, at det væsentligt mindre bidrag fra Trygfonden erstattes af midler fra andre fonde eller satspuljen.

Det fremgår desuden, at der budgetteres med et partsbidrag på i alt 3 millioner kroner svarende til Danske Regioners hidtidige bidrag. KL har i den forbindelse tilkendegivet, at de ikke ønsker at svare halvdelen af dette beløb eller bidrage i øvrigt med direkte midler.

Såfremt målene i den foreløbige finansieringsplan ikke kan nås gennem fonds- og puljebevillinger, foreligger der en ny situation. Parterne bag EN AF OS er i den forbindelse enige om, at grundlaget og ambitionerne for at videreføre kampagnen skal revideres. I så fald vil parterne få forelagt en ny plan for kampagnens videreførelse og dertil hørende finansieringsplan.

Bilag

Ingen.







6. Etablering af biocover på lossepladser, sagsnr. 15/120

Morten Sørensen

Resumé

Staten har i forbindelse med Finansloven 2015 besluttet at etablere en såkaldt biocover ordning - en metode til afdækning af nuværende og nedlukkede lossepladser, der skal reducere udledningen af drivhusgasser, og derved bidrage til reduktion af den globale opvarmning. Ordningen finansieres af staten med 185 millioner kroner, og Miljøstyrelsen står for udformningen af ordningen. Miljøstyrelsen har henvendt sig til regionerne, da disse har kendskab til en lang række af de nedlukkede lossepladser. Ordningen er frivillig, men regionernes positive medvirken anses for at være en forudsætning for, at ordningen bliver en succes.

Regionerne skal på vegne af grundejeren stå for ansøgningen og etablering af biocover på nedlukkede lossepladser. Det forventes, at tilskudsordningen vil være omkostningsneutral for regionerne.

Indstilling

Udvalget for Regional Udvikling og EU indstiller,
at regionerne tilslutter sig at medvirke til etablering af biocovers på nedlukkede lossepladser under forudsætning af, at regionernes udgifter refunderes af staten.

Sagsfremstilling

Staten har i forbindelse med Finansloven 2015 besluttet at etablere en såkaldt biocover ordning - en metode til afdækning af nuværende og nedlukkede lossepladser, der skal reducere udledningen af drivhusgasser, og derved bidrage til reduktion af den globale opvarmning. Ordningen er således et klimatiltag.

Ordningen finansieres af staten med 185 millioner kroner, og det er tanken, at etablering af biocover på udvalgte lossepladser skal ske inden udgangen af 2017. Miljøstyrelsen står for udformningen af ordningen, der er frivillig og bygger på ansøgning i flere faser om støtte til etablering af biocover.

Miljøstyrelsen har henvendt sig til regionerne, da disse har kendskab til en lang række af de nedlukkede lossepladser fra regionernes arbejde efter jordforureningsloven. Regionernes positive medvirken er en forudsætning for, at ordningen bliver en succes, og Miljøstyrelsen har vurderet, at der er hjemmel i den eksisterende jordforureningslov til, at regionerne kan beskæftige sig med ordningen.



Miljøstyrelsen har vurderet, at der i ordningen er økonomi til, at biocover kan etableres på ca. 30 - 40 deponeringsanlæg i drift og ca. 60 – 70 nedlukkede lossepladser på landsplan. Det er Miljøstyrelsens tanke, at regionerne skal stå for ansøgningerne om tilskud til biocover ordningen på nedlukkede lossepladser på vegne af grundejeren. Et lignende princip kendes fra Værditabsordningen for boligejere på jordforureningsområdet. Efter aftale med grundejeren overtager regionerne ansvaret for etablering og drift af biocover anlægget. Med det forventede antal nedlukkede pladser drejer det sig om i gennemsnit 12 – 14 pladser pr. region. Det er ikke på nuværende tidspunkt muligt præcist at komme placering af disse pladser nærmere.

For at få et overblik over hvilke gamle lossepladser, der egner sig til biocover ordningen, gennemføres en screening af de ca. 2.800 nedlukkede fyld- og lossepladser, som regionerne har kendskab til. Formålet er at identificere ca. 60 – 70 pladser, som kan være bedst egnede til biocover ordningen. Danske Regioner og regionerne har i samarbejde estimeret, at den samlede udgift til denne indledende proces vil beløbe sig til ca. 600.000 – 800.000 kroner afhængigt af, hvor mange lossepladser, der skal gennemgås for at finde frem til 60 – 70 egnede pladser.

Miljøstyrelsen har givet tilsagn om, at der kan indgås kontrakt med Danske Regioner om, at den indledende screening også finansieres af tilskudsordningen. Den indledende screening udføres af Danske Regioner og regionerne i fællesskab med hjælp fra private konsulentfirmaer.

Økonomi

Af udkast til bekendtgørelse om tilskud til biocovers fremgår det, at tilskud dækker 100 procent af omkostningerne ved administration og etablering af biocovers i forbindelse med en forundersøgelse og efterfølgende etableringsfase.

Sekretariatets bemærkninger

Etablering af biocovers forventes at reducere udledningen af drivhusgasser til gavn for klimaet. Samtidigt er det tanken, at danske virksomheder får opbygget et erfaringsgrundlag, der kan åbne muligheder for eksport af rådgivning og know-how.

Da biocover ordningen er frivillig, er regionerne ikke forpligtiget til at medvirke, men en positiv deltagelse vil være med til at demonstrere, at regionerne har kompetence til at løse andet end lige kerneopgaverne.



Derudover vil regionernes medvirken bidrage til, at Danmark kan opfylde det vedtagne klimamål i 2020.

Sagen har været behandlet i Udvalget for Regional Udvikling og EU den 10. september 2015, og udvalget indstiller til bestyrelsen, at regionerne tilslutter sig at medvirke til etablering af biocovers på nedlukkede lossepladser under forudsætning af, at regionernes udgifter refunderes af staten.

Bilag

Ingen.





7. Ny energiaftale om energieffektivisering, sagsnr. 15/513

Johan Nielsen

Resumé

Staten ønsker at indgå en ny frivillig energiaftale med regionerne i efteråret 2015 som afløsning af den gamle aftale fra 2009.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioner forhandler en ny energiaftale med udgangspunkt i, at de enkelte regioner

- fastsætter mål for reduktionen af deres energiforbrug frem til 2020,
- vedtager energieffektivitetsplaner, som beskriver de tiltag, der skal gennemføres for at nå de fastsatte mål,

at den endelige aftale forelægges bestyrelsen til godkendelse.

Sagsfremstilling

Energistyrelsens udgangspunkt er, at der indgås en ny aftale, hvor der lægges op til, at den enkelte region opfordres til:

- at fastsætte ambitiøse mål for reduktionen af deres energiforbrug frem til 2020,
- at vedtage energieffektivitetsplaner, som beskriver de tiltag, der skal gennemføres for at nå de fastsatte mål,

Regionerne har et godt udgangspunkt for at indgå en aftale, idet regionerne samtidig med en stigning i produktionen på hospitalerne har sparet på varme- og elforbrug på hospitalerne 2009-2013. Det kan imidlertid være vanskeligt at forudsige den fremtidige udvikling på grund af stigningen i produktionen og kombinationen af de nye sygehusbyggerier og de gamle sygehuse.

Danske Regioner har lagt vægt på, at en justering af energimærkeordningen for hospitalerne bør indgå i aftalen, således at ordningen i højere grad tager hensyn til energiforbruget i bygningen. Dette vil nemlig medføre, at det i højere grad er muligt at gennemføre energibesparelser udenfor lånerammen.

Det er Energistyrelsens udgangspunkt, at aftalen er frivillig, og at de enkelte regioner selv tilkendegiver målsætninger/hensigter/planer. Der vil derfor efter Energistyrelsens opfattelse ikke være tale om ekstra udgifter. Danske Regioner vil lægge vægt på, at en aftale kan medføre behov for ekstra investeringer i energitiltag. Det er der ikke er plads til, hverken i forhold til anlægsloftet eller i



forhold til udgiftsrammen. Det betyder, at der skal skabes rum til at afholde udgifterne, hvis det skal være realistisk at opnå yderligere energibesparelser. Derfor vil Danske Regioner arbejde for, at der sikres rum til, at regionerne kan afholde eventuelle ekstraudgifter.

En eventuel ny aftale vil blive forelagt bestyrelsen til godkendelse.

Energistyrelsen har også rettet henvendelse til KL om at indgå en ny energiaftale. KL er positive overfor dette.

Bilag

Ingen.



8. Danske Regioners generalforsamling 2016, sagsnr. 15/1006

Trine Friis

Resumé

Danske Regioners generalforsamling 2016 afholdes den 7. april 2016 i Centralværkstedet i Aarhus. Ligesom ved generalforsamlingen 2015 afholdes en konference for regionsrådspolitikere dagen før generalforsamlingen.

Indstilling

Det indstilles,

at rammerne for Danske Regioners generalforsamling 2016 godkendes.

Sagsfremstilling

Tid og sted

Danske Regioner afholder generalforsamling 2016 torsdag den 7. april 2016 i Centralværkstedet og på Comwell Hotel Aarhus.

Program

Der vil i forbindelse med generalforsamlingen 2016 igen blive afholdt en konference for regionsrådspolitikerne den 6. april - dagen før selve generalforsamlingen - tilrettelagt efter samme overordnede koncept, dog med nogle finjusteringer, som f.eks. at det ikke er nødvendigt, at sessionerne indledes med, at det politiske udvalg præsenterer udvalgets hidtidige arbejde.

Dagen før generalforsamlingen afholdes også bestyrelsesmøde med henblik på at forberede generalforsamlingen.

På selve dagen for generalforsamlingen er programmet formandens tale, regeringens hilsen, politiske gruppemøder samt generalforsamlingens punkter i henhold til vedtægterne.

Om eftermiddagen gennemføres et debat-arrangement, som formelt set ikke er en del af generalforsamlingen. Debat-arrangementet gennemføres som en todelte politisk debat med temaerne "Sundhed" og "Vækst i hele Danmark".

Generalforsamlingen afsluttes med en middag.

Med forbehold for eventuelle ændringer i tidsplanen, ser programmet for generalforsamlingen 2016 således ud:



9. Stedfortrædere til politiske udvalg, sagsnr. 15/2046

Katrine Tang

Resumé

Der er i Danske Regioners vedtægter eller i bestyrelsens forretningsorden ikke taget stilling til spørgsmål om orlov eller indkaldelse af stedfortrædere for medlemmer af Danske Regioners politiske udvalg, nedsat efter bestyrelsens beslutning (jf. forretningsordenens § 22).

Det indstilles på den baggrund, at bestyrelsen vedtager, at det fremover er op til partierne, om man vil udpege stedfortræder for medlemmer af Danske Regioners politiske udvalg eller eventuelle eksterne hverv i tilfælde af længere orlovsperiode (defineret som mere end 3 måneder). Stedfortræderen oppebærer det almindelige udvalghonorar i perioden.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at det fremover er op til partierne, om man vil udpege stedfortræder for medlemmer af Danske Regioners politiske udvalg i tilfælde af længere orlovsperiode.

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.





10. Handleplan for bedre brug af sundhedsdata i regionerne, sagsnr. 14/2003

Nanna Kathrine Peder-
sen

Resumé

I forbindelse med Danske Regioners generalforsamling den 23. april 2015 blev lanceret en ny sundhedsdatapolitik ”Sundhedsdata i spil”. I forlængelse af sundhedsdatapolitikken har regionerne og Danske Regioner i samarbejde udarbejdet udkast til ”Handleplan for bedre brug af sundhedsdata i regionerne”. Handleplanen beskriver konkrete initiativer, som skal bidrage til at opnå visionen og de politiske målsætninger fra ”Sundhedsdata i spil”.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender ”Handleplan for bedre brug af sundhedsdata i regionerne”

Sagsfremstilling

Danske Regioner offentliggjorde den 23. april 2015 en ny fællesregional sundhedsdatapolitik ”Sundhedsdata i spil”, som tegner rammerne for fremtidens brug af sundhedsdata i det danske sundhedsvæsen. Politikken blev godkendt af Danske Regioners bestyrelse den 19. marts 2015.

I forlængelse af sundhedsdatapolitikken er udarbejdet et udkast til handleplan, som vil blive offentliggjort efter bestyrelsens godkendelse.

Sundhedsdatapolitikken

Visionen i sundhedsdatapolitikken er at skabe de bedste rammer for, at borgere og sundhedsprofessionelle kan bruge sundhedsdata innovativt til at fremme sundhed og sikre behandling af god kvalitet. De samme sundhedsdata skal bruges til at udvikle et sundhedsvæsen i verdensklasse og forbedre den fremtidige behandling til gavn for kommende patienter. I politikken er der formuleret seks målsætninger for realisering af visionen:

- Vi udvikler nye digitale løsninger sammen med borgerne, som understøtter borgernes brug af sundhedsdata
- Vi bruger sundhedsdata proaktivt til at synliggøre behandlingskvaliteten og synliggøre resultater



-
- Vi gør det nemt for sundhedsprofessionelle at bruge sundhedsdata til patientbehandling
 - Vi bruger sundhedsdata til at få mere sundhed for pengene
 - Vi udvikler vores sundhedsvæsen ved at anvende sundhedsdata i sundhedsforskning, innovation og offentlig-privat samarbejde
 - Vi håndterer borgernes sundhedsdata sikkert og transparent

Handleplan

I forlængelse af sundhedsdatapolitikken har regionerne og Danske Regioner i samarbejde udarbejdet udkast til "Handleplan for bedre brug af sundhedsdata i regionerne". I handleplanen er initiativerne delt op i fire emner:

- Borgernes brug af sundhedsdata
- Sundhedsvæsenets brug af sundhedsdata
- Brug af sundhedsdata til forskning, innovation og offentlig-privat samarbejde
- Sikkerhed og transparens

Regionerne gør i forvejen en stor indsats for at udnytte potentialet i brugen af sundhedsdata. I arbejdet med handleplanen er der derfor primært lagt vægt på at afdække og inkludere større eksisterende, planlagte eller allerede aftalte initiativer. Dette arbejde skal videreføres, og på nogle områder er der behov for en forstærket indsats. Langt de fleste af initiativerne i handleplanen bygger altså videre på igangværende initiativer.

Handleplanen indeholder dog også seks nye eller delvist nye initiativer, som vil bidrage positivt til regionernes arbejde med at fremme brugen af sundhedsdata. For flere af disse initiativer gælder det, at der i første omgang skal afdækkes muligheder og perspektiver - herunder de økonomiske og kvalitetsmæssige gevinster. Herefter skal der tages stilling til, om der skal arbejdes videre med initiativet.

- *Borgerens og sundhedsvæsenets data i forening:* Regionerne vil kortlægge danske og udenlandske erfaringer med at bruge de data, som borgeren indsamler om sig selv – f.eks. via mobiltelefon – i et samspil med sundhedsvæsenets data om borgerne, for derigennem at skabe grundlaget for at samproducere sundhedsydelser. Det er frivilligt, om borgeren vil indsamle data og stille dem til rådighed.
- *Kortlægge behov for tidstro data:* Initiativet handler om at understøtte den klinisknære udvikling i behandlingskvalitet ved at sikre de sundhedsprofessionelle adgang til tidstro data. Kortlægningen skal synliggøre, hvilke data det er særligt vigtigt at have tidstro adgang til.

-
- *Optimeret livscyklus for it-systemer og hardware:* Initiativet handler om, at regionerne systematisk sikrer, at it-systemer designes, vedligeholdes og udskiftes i tide, således at data til stadighed nemt kan udveksles på en sikker måde.
 - *Forskermaskiner:* Initiativet handler om at undersøge muligheden for at sikre forskere en fleksibel adgang til sundhedsdata og koble forskellige datakilder, uden at have adgang til borgeres navne og CPR-numre.
 - *Informationskampagne om regionernes brug af sundhedsdata:* Initiativet skal være med til at sikre åbenhed om regionernes brug af sundhedsdata ved at give borgerne viden om, hvad regionerne bruger de indsamlede sundhedsdata til, og hvorfor de er vigtige for udviklingen af kvaliteten i det danske sundhedsvæsen.
 - *Hvem har slået op i min journal?:* Initiativet handler om at sikre, at borgerne kan se, hvem der har foretaget opslag i deres journaloplysninger. I dag er det muligt i Sundhedsjournalen, men ambitionen er, at det også skal omfatte regionernes elektroniske patientjournaler (EPJ).

Informationssikkerhed er forudsætning for brug af sundhedsdata

En grundlæggende forudsætning for at realisere visionen og de politiske målsætninger for regionernes brug af sundhedsdata er, at regionerne har en fælles tilgang til og et højt niveau for informationssikkerhed. Regionerne skal forvalte borgernes data sikkert og forsvarligt, så borgernes tillid til regionernes brug af data fastholdes. Samtidig skal indsatsen for informationssikkerhed underbygge, at regionerne får de bedst mulige rammer for at anvende og håndtere data til en lang række formål. Det fællesregionale arbejde med informationssikkerhed er forankret i Regionernes Sundheds-IT (RSI) i et fælles pejlemærke, der har 16 konkrete indsatser.

En væsentlig opgave er, at alle regioner har implementeret ISO 27001, som er en international standard for informationssikkerhed. Det indebærer, at de enkelte regioner baserer deres indsats på en konkret risikovurdering og fokuserer ressourcerne på de områder, hvor risici er størst. Endvidere skal informationssikkerhed være forankret i topledelsen, ligesom der skal være en årlig drøftelse i regionsrådet. Det fællesregionale arbejde med informationssikkerhed løber frem til 2017.

Bilag

Udkast handleplan for bedre brug af sundhedsdata i regionerne.pdf (1263103).





11. Sundheds-it og digitalisering, sagsnr. 15/1643

Martin Thor Hansen

Resumé

Danske Regioner forventer, at væsentligste opgaver vil komme til at være i fokus for det fællesregionale og fællesoffentlige arbejde med sundheds-it og digitalisering det næste halve år. Det drejer sig blandt andet om telemedicin til borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), udbredelse af digitale løsninger som understøtter patienters mulighed for at rapportere egne oplysninger, udarbejdelse af ny offentlig digitaliseringsstrategi samt arbejdet med sundhedsdata og informationssikkerhed.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

I det følgende gives en status på de væsentligste opgaver, som Danske Regioner forventer vil præge det fællesregionale og det fællesoffentlige arbejde med sundheds-it og digitalisering det næste halve år. Det drejer sig konkret om:

- Telemedicin
- Patientrapporterede oplysninger (PRO)
- Ny offentlig digitaliseringsstrategi 2016-2020
- Sundhedsdata
- EU's persondataforordning

Derudover vil også Det Fælles Medicinkort (FMK) være en højt prioriteret opgave i det kommende halve år.

Telemedicin

Danske Regioner har i forbindelse med de netop afsluttede økonomiforhandlinger med regeringen indgået en aftale om udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019. Aftalegrundlaget bygger bl.a. på erfaringerne fra TeleCare Nord-projektet i Region Nordjylland, der har kørt som regionalt storskala afprøvning i samarbejde med de nordjyske kommuner.

Formålet med telemedicinsk hjemmemonitorering er, at borgere med KOL skal inddrages mere aktivt i eget behandlingsforløb og derigennem få bedre forud-



sætninger for at mestre egen sundhed, så de opnår øget tryghed og fleksibilitet. Samtidig skal kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, sådan at indlæggelser og ambulante kontroller kan reduceres. Med hensyn til eventuelle økonomiske gevinster foreligger der aktuelt ikke solid dokumentation. Imidlertid vil de endelige resultater fra TeleCare Nord-projektet forelægge medio november 2015, hvor det forventes, at man kan påvise, at telemedicin for udvalgte patientgrupper vil medføre et fald i behovet for ambulante kontroller til fordel for monitorering i borgerens hjem.

Fremadrettet vil der være tale om en stor og vigtig opgave, som regionerne skal løfte sammen med kommunerne. Det er aftalt, at udbredelsen af telemedicin til borgere med KOL organiseres i fem selvstændige landsdelsprogrammer med deltagelse af region og kommuner, som med ophæng i sundhedsaftalerne har ansvaret for at sikre implementering.

I 2016-2019 medfinansierer staten i alt 47 millioner kroner til udbredelsen. Heraf går bl.a. 10 millioner kroner til direkte understøttelse af landsdelsprogrammernes arbejde med at etablere de service- og logistikfunktioner, som skal håndtere de praktiske arbejdsgange, der er forbundet med at opsætte og nedtage telemedicinsk udstyr i borgernes hjem. Derudover er også afsat ca. 21 millioner kroner til etablering og modning af den tekniske infrastruktur. Det er aftalt, at øvrige udgifter fordeles og afholdes lokalt af regioner og kommuner.

Det skal bemærkes, at realisering af aftalen om telemedicin forudsætter, at der i efteråret 2015 indgås en tilsvarende aftale mellem regeringen og KL. Det kan oplyses, at KL på linje med Danske regioner har været inddraget i forarbejderne til aftalen om telemedicin.

Perspektiverne i arbejdet med telemedicin til borgere med KOL er betydelige. Dels vil den organisering og de tekniske løsninger, som etableres, kunne danne ramme for det videre arbejde med telemedicin på landsplan på andre sygdomsområder end KOL. Derudover vil samarbejdsmodellen måske også vise sig egnet til at understøtte andre større tværsektorielle projekter i sundhedsvæsenet.

Patientrapporterede oplysninger

Økonomiaftalen indeholder også en aftale om landsdækkende udbredelse af patientrapporterede oplysninger (PRO). PRO er en samlet betegnelse for at måle på patientens oplevede sundhedstilstand, patientens oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet og/eller patientens oplevede effekt af en given behandling. Der er typisk tale om korte spørgeskemaer, hvor patientens svar indhentes digitalt. PRO kan bruges til en række formål, herunder kvalitetsudvikling, tilfreds-



hedsmålinger og screening af om det er nødvendigt at indkalde patienter til ambulante besøg og kontroller.

Konkret er det aftalt at udbrede anvendelsen af PRO for epilepsi, kemoterapi og prostatakræft i alle regioner fra 2016 og frem mod udgangen af 2019. Det er samtidig aftalt, at regionerne har ansvaret for implementeringen. Til at understøtte arbejdet oprettes der i 2016 en statslig pulje til at udbrede anvendelsen af PRO. Øvrige udgifter skal afholdes af regionerne. Puljemidlerne skal både gå til at støtte op om arbejdet med at udbrede PRO på de tre ovenfor nævnte sygdomsområder samt til at fremme brugen af PRO i forbindelse med kvalitetsopfølgning og -udvikling.

Ny offentlig digitaliseringsstrategi 2016-2020

I økonomiaftalen er endvidere aftalt, at man er enige om at fortsætte en ambitiøs digitaliserings-dagsorden i den kommende offentlige digitaliseringsstrategi for perioden 2016-2020.

Baggrunden herfor er bl.a., at den nuværende offentlige digitaliseringsstrategi udløber i 2015. De offentlige parter, dvs. staten, regionerne og kommunerne, vil i efteråret 2015 intensivere arbejdet med en ny strategi, som forventes at foreligge til politisk godkendelse omkring årsskiftet 2015/16. Strategien forventes bl.a. at fokusere på:

- Borgernes brugeroplevelse og prioritering af de digitale indgange til den offentlige sektor
- Automatisering af sagsgange og forbedring af sagsbehandlingstider
- Udbredelse af digitale løsninger på de store velfærdsområder, herunder sundhed, social og undervisning
- Udvikling af den fællesoffentlige digitale infrastruktur

Den samlede økonomiske ramme for den nye offentlige digitaliseringsstrategi aftales i forbindelse med økonomiaftalen for 2017.

Bestyrelsen vil på mødet i november 2015 få forelagt bestyrelsen en sag om strategiarbejdet med henblik på at indhente mandat til regionernes engagement i den ny offentlige digitaliseringsstrategi.

Sundhedsdata

Danske Regioner har i samarbejde med regionerne i april 2015 udarbejdet en ny sundhedsdatapolitik, som har titlen "Sundhedsdata i spil". Politikken indeholder en ambitiøs vision og seks politiske målsætninger for brugen af sund-



hedsdata – herunder målsætninger for regionernes arbejde med informations-sikkerhed.

Efterfølgende har Danske Regioner i samarbejde med regionerne udarbejdet en handleplan med afsæt i sundhedsdatapolitikken, som skal omsætte de politiske målsætninger til konkrete initiativer. Handleplanen fremlægges i separat sag på denne dagsorden til godkendelse.

Danske Regioner er på sundhedsdataområdet også involveret i statens Sundhedsdataprogram, som er et nationalt udviklingsprogram med fokus på at udvikle og forbedre rammevilkårene for brug og deling af nationale sundhedsdata. Programmet afvikles som fire bølger fra 2015 – 2018 og skal bidrage til øget synlighed og bedre adgang til viden om sundhedsvæsnets resultater på nationalt niveau. Første bølge afvikles i 2015 og indeholder bl.a. opstart på etablering af nyt Landspatientregister. Afviklingen af Sundhedsdataprogrammets første bølge vil kræve særlig opmærksomhed fra regionerne for at sikre koordination til regionernes egne aktiviteter.

EU's persondataforordning

EU har siden 2012 arbejdet med et forslag om en forordning om persondataskyttelse, der skal afløse den eksisterende persondatalovgivning. Forordningen forventes at stille skærpede krav til håndteringen af persondata på en række punkter. Det forventes at få betydning for regionernes brug af sundhedsdata.

Forordningen skal balancere hensynet til beskyttelse af den enkelte borgers privatliv med behovet for at anvende og dele data. Det er en vanskelig balance, og parterne i EU står ganske langt fra hinanden. I sommeren 2015 er der indledt såkaldte trilog-forhandlinger mellem Europa-Parlamentet, EU-kommissionen og Ministerrådet for at nå til enighed om en endelig tekst, der forventes vedtaget omkring udgangen af 2015. Europa-Parlamentet ønsker, at private virksomheder og offentlige myndigheder skal være underlagt den samme regulering.

Danske Regioner har arbejdet for, at der bør være forskel på, om data skal bruges kommercielt af private, eller om data skal bruges af det offentlige til at løfte en myndighedsopgave eller en velfærdsydelse. Der er enighed om dette synspunkt hos de øvrige offentlige parter i Danmark. Der er derfor fra dansk side blevet arbejdet for, at forordningen ikke kommer til at bremse de positive aspekter af digitaliseringen og datadelingen i Danmark.



Forordningen kan betyde, at borgeren skal give samtykke hver gang data videregives. Det kan betyde tungere arbejdsgange og fordyrende administration. Her er der også opnået en fælles forståelse blandt de offentlige parter i Danmark om, at en lang række data bør kunne deles på samme måde, som de bliver i dag.

Et væsentligt tema er, om data skal kunne bruges til et andet formål end det formål, data oprindeligt er indsamlet til. Fra dansk side er der opmærksomhed på, at dansk sundhedsforskning er unik, og at indsamlede data skal kunne nyttiggøres til forskning. Derfor har Danske Regioner bl.a. arbejdet for, at der fortsat kan være en nem indsamling af data til brug for forskning og statistik.

Når den endelige forordningstekst er kendt, og de afledte konsekvenser af forordningen er afdækket, kan det blive relevant for regionerne at rejse krav overfor staten om økonomisk kompensation for at få dækket udgifterne til implementering af forordningen.

Konsekvenser for regionernes fælles digitaliseringsstrategi

Regionerne har en fælles digitaliseringsstrategi ”Sammenhængende, effektive og ensartede digitale muligheder”, som dækker perioden 2013 til 2019. Strategien realiseres gennem regionernes samarbejde i Regionernes Sundheds-it (RSI).

RSI gennemfører i øjeblikket en evaluering af strategien og et kvalitetstjek af de pejlemærker, som sætter retningen for regionernes fælles samarbejde inden for sundheds-it og digitalisering. Bestyrelsen vil på mødet i november få en status for arbejdet med at evaluere strategien. Det forventes bl.a., at de netop aftalte initiativer om landsdækkende udbredelse af henholdsvis telemedicin og PRO indarbejdes i regionernes digitaliseringsstrategi.

Bilag

Ingen.





12. Videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser, sagsnr. 15/1442

Lone Lund Pedersen

Resumé

Der er igangsat et arbejde med at implementere ambitiøse udviklingsmål for de kliniske kvalitetsdatabaser i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP).

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Regionerne fællesfinansierer i dag cirka 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser på en række specifikke sygdomsområder. Der ligger et stort potentiale heri for regionernes kvalitetsudviklingsarbejde, ledelsesopfølgning og synligheden af regionernes resultater, som ikke er udnyttet fuldt ud, fordi systemet ikke aktuelt understøtter bred tilgængelighed af data. Der efterspørges også en større grad af patientinddragelse i arbejdet med kvalitetsdatabaserne. Forslag til videreudvikling af kvalitetsdatabaserne er beskrevet i rapporten ”Mål for videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser”.

De regionale kvalitetsdatabaser skal være en central leverandør af nye typer af data om patientnære resultater (PROM/PRO) og om hele patientforløbet før, under og efter sygehusbehandling og patientsikkerhed mv. Det skal blive nemmere at indsamle kvalitetsdata og gøre data tilgængelige og tidstro for forbedringsarbejde i klinikken og for systematisk ledelsesopfølgning.

Målet er desuden at offentliggøre kvalitetsdata, der er relevante for patienternes vurdering af behandlingssteder og borgernes indsigt i, hvilke resultater man får for skattekrone.

Det er forventningen, at udviklingen også vil understøtte spredning af bedste praksis og reducere forskelle i kvalitet i sundhedsvæsenet.

Implementering af udviklingsmålene vil betyde, at databaserne kan anvendes i forbindelse med en ny national kvalitetsmodel, værdibaseret styring, synlighedsreform, sundhedsdataprogram mv. Videreudviklingen af de kliniske kvalitetsdatabaser er på den måde et kongeprojekt, der skal medvirke til, at de internationalt anerkendte regionale databaser forbliver et kerneredskab i kvalitets-



udvikling og styring i det danske sundhedsvæsen. I den kommende tid skal dette aftales nærmere med regeringen.

Implementering af udviklingsmålene forventes at skulle ske i løbet af de næste par år. Realisering afhænger bl.a. af, at der er et moderniseret it-system, der kan understøtte realisering af forandringerne.

Sekretariatets bemærkninger

Arbejdet er igangsat i regi af regionernes sundhedsdirektørkreds. Udviklingsmålene er baseret på et forudgående arbejde i en arbejdsgruppe sammensat af ledelsesrepræsentanter fra regionerne og databasernes styregrupper samt RKKP, staten og Danske Patienter.

Bilag

Ingen.



13. Evaluering af byggestyringsprincipperne for de 16 kvalitetsfundsprojekter , sagsnr. 14/2112

Christina Carlsen

Resumé

I henhold til økonomiaftalen for 2015 er der gennemført en evaluering af byggestyringsprincipperne i de 16 kvalitetsfundsprojekter. Ernst & Young har forestået evalueringen for Danske Regioner.

Det er vurderingen, at der er tale om en velafbalanceret evaluering, der rummer brugbare og anvendelige anbefalinger til understøttelse af god styring og eksekvering heraf på byggeprojekterne.

Indstilling

*Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.*

Sagsfremstilling

I henhold til økonomiaftalen for 2015, er der gennemført en evaluering af byggestyringsprincipperne i de 16 kvalitetsfundsprojekter med særligt fokus på rammerne for og styring af leverandører. Evalueringen skal munde ud i fælles anbefalinger vedrørende god styring og eksekvering heraf på byggerierne.

Evalueringen er gennemført af Ernst & Young for Danske Regioner, og der har i forbindelse med dette arbejde været nedsat en følgegruppe med repræsentanter fra alle regioner samt fra Sundheds- og Ældreministeriet. Evalueringen adresserer følgende;

1. Generelle temaer af relevans for byggestyringsprincipperne i relation til kvalitetsfundsprojekterne (totaløkonomi, markedet for leverandører, offentligt fokus, forventningsafstemning og leverandørstyring)
2. Regionernes erfaringer med organisering, styring og opfølgning på projekterne.
3. Regionernes erfaringer med og rammer for styring af rådgiver/leverandører.
4. Belysning af samarbejdsmodeller dels i forhold til udførelse, herunder byggeledelse, fagtilsyn, konflikthåndtering m.v. og dels i forhold til den efterfølgende driftsorganisation.
5. En belysning af regionernes erfaringer med udbudsstrategi og bygbarhed.



6. Regionernes procedurer for risiko- og reservestyring, økonomi og tidsstyring.

Der er endvidere udarbejdet en særskilt afdækning af problematikken vedrørende pris- og lønregulering, herunder betydningen heraf i forhold til styring af projekterne.

For hvert af de skitserede temaer er der angivet en række anbefalinger, som er baseret på en væsentlighedsvurdering foretaget af Ernst & Young på baggrund af de afholdte interviews og datamaterialet i øvrigt. Anbefalingerne beror på tværgående betragtninger, hvis væsentlighed for de enkelte projekter er afhængig af det enkelte projekts karakteristika i forhold til stade, typen af byggeri, kompleksitet, størrelse, organisering m.v. Således er de enkelte anbefalinger ikke lige relevante for alle kvalitetsfondsprojekter.

Der er endvidere tilstræbt en vis generalisering i anbefalingerne, således at de også kan anvendes i forbindelse med fremtidige bygge- og anlægsprojekter.

Evalueringen indeholder samlet 46 anbefalinger, herunder eksempelvis at bygherre prioriterer tid og ressourcer til:

- En grundig og fyldestgørende granskning af projekt materialet
- Inddragelse af driftsorganisationen tidligt i projekttilblivelsen så helhedsplanen indeholder det nødvendige drifts- og effektiviseringsmæssige fokus
- Tæt og integreret samarbejde med driftsorganisationen i udførelsesfasen
- Fokus på stram styring i udførelsesfasen, da konsekvensen af en ændring her er størst, samtidig med at det økonomiske råderum er begrænset m.v.

Overordnet finder regionerne, at der er tale om en velafbalanceret evaluering, der giver brugbare og anvendelige anbefalinger til understøttelse af god styring og eksekvering heraf på byggeprojekterne.

Med afsæt i anbefalingerne vil sekretariatet drøfte eventuelle behov for opfølgende initiativer og indsatsområder med regionerne. Drøftelsen skal ses i lyset af det læringsmæssige aspekt, som var formålet med evalueringen. Derudover fremgår det af økonomiaftalen for 2016, at når evalueringen foreligger, vil Danske Regioner med afsæt heri understøtte regionerne i at arbejde systematisk med styring af byggerierne. Hvis drøftelserne giver anledning til eventuelle initiativer, vil bestyrelsen blive orienteret.



Bilag

Samlede anbefalinger fra Ernst & Youngs Evaluering af byggestyringsprincipperne i de 16 kvalitetsfondsprojekter (1261892).

Evaluering af byggestyringsprincipperne for de 16 kvalitetsfondsprojekter 110915 Endelig version.pdf (1261908).





14. Status for fællesregionalt arbejde vedrørende sygehusbyggeri, sagsnr. 14/238

Christina Carlsen

Resumé

Der gives en status for arbejdet med sygehusbyggerierne, herunder en generel status for kvalitetsfundsprojekterne, projekt Godt sygehusbyggeri, kommunikationsstrategien samt planerne vedrørende en udstilling om sygehusbyggerier på Dansk Arkitektur Center.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Generel status for kvalitetsfundsprojekterne

11 projekter ud af de i alt 16 kvalitetsfundsprojekter får, eller har fået, udbetalt midler fra Kvalitetsfonden. Endvidere har 9 projekter anmodet om adgang til energipuljen til kvalitetsfundsbyggerier. Akutmodtagelse Slagelse Sygehus er ibrugtaget og Nyt Psykiatri Sygehus Slagelse er indviet. Begge projekter er gennemført indenfor totalrammen, dog er der i relation til Nyt Psykiatri Sygehus Slagelse en række verserende voldgiftssager.

Stort set samtlige af kvalitetsfundsprojekterne har oplevet udfordringer i samarbejdet med rådgivere/leverandører, ligesom det i en række projekter har været nødvendigt at gennemføre tilpasninger med henblik på at sikre overholdelse af totalrammerne for kvalitetsfundsprojekterne. Som følge af den tætte styring og tilsyn med kvalitetsfundsbyggerierne opfanges eventuelle økonomiske og tidsmæssige udfordringer dog rettidigt og håndteres derfor løbende.

Projekt Godt sygehusbyggeri

Projekt Godt sygehusbyggeri skal sikre systematisk videndeling og læring om centrale elementer i sygehusbyggeri og skabelsen af fællesregionale løsninger på tværs af byggeprojekterne, der hvor det er hensigtsmæssigt. Projektet ledes af en styregruppe, hvor regionsdirektør Hjalte Aaberg, Region Hovedstaden, er formand.

I regi af projektet er der iværksat en række fællesregionale projekter vedrørende eksempelvis udviklingen af skærme på enestuer, udvikling af nyt sengekoncept til de psykiatriske patienter, fælles indkøb til sygehusbyggerierne, fælles standarder for rørpost, sammenhængende logistik m.v. Styregruppen har nu



primært fokus på to overordnede områder; logistik og sporbarhed, samt organisationsudvikling og kulturændringer. Begge områder har væsentlig betydning for realisering af de effektiviseringskrav, der knytter sig til kvalitetsfundsbyggerierne.

Der er iværksat en afdækning af reorganiseringerne i relation til sygehusbyggerierne. Afdækningen, som foretages af KORA, har til formål at tilvejebringe læring på tværs og understøtte arbejdet og implementeringen af ny organisering og forbedrede arbejdsgange i relation til sygehusbyggerierne, således at regionerne får mest mulig gavn af det potentiale, der ligger i organisationsforandringerne.

Kommunikationsstrategi

Sekretariatet har, i overensstemmelse med bestyrelsens strategi vedr. sygehusbyggeri, haft et stort fokus på kommunikationsindsatsen. Kommunikationsindsatsen vedrørende sygehusbyggeri rummer både et defensivt og offensivt element, og er koncentreret omkring dagspressen og de forskellige medier, som Godt sygehusbyggeri benytter sig af i form af hjemmesiden Godtsygehusbyggeri.dk, nyhedsbrev herfra og Twitter.

Kombineret med en fællesregional kommunikationsindsats med et markant fokus på positive historier om sygehusbyggeri, supplerer disse kanaler hinanden godt i forhold til at nå ud til de ønskede målgrupper, der primært tæller folketingspolitikere, eksperter/meningsdannere samt borgerne. Samtidigt kan sekretariatet registrere, at en stor del af målgruppen i forvejen tæller journalister og interessevaretagere samt embedsfolk i ministerier, styrelser og regioner.

Den offensive kommunikationsindsats og formidlingen af positive historier om sygehusbyggerierne har i 2015 foreløbig resulteret i 62 egen-genererede artikler samt radioindslag i medier som bl.a. Politiken, Berlingske, Jyllandsposten, dr.dk.

De seneste artikler har omhandlet sygehusbyggeriernes beskæftigelseseffekt, det store omfang af lærlinge på byggerierne som følge af sociale klausuler, at sygehusbyggerierne er en succes, enestuer, brugen af helende design m.v.

Udstilling på Dansk Arkitektur Center om sygehusbyggerierne

Sekretariatet arbejder på at etablere en udstilling om de nye sygehusbyggerier på Dansk Arkitektur Center i efteråret 2016. En sådan udstilling vil udgøre en unik mulighed for at fortælle historien om de nye sygehusbyggerier med udgangspunkt i den måde, hvorpå de nye fysiske rammer skaber nye og forbedre-



de muligheder i forhold til behandling af høj kvalitet i et moderne sundhedsvæsen.

Udstillingen skal derfor både omhandle de arkitektoniske rammer, og samtidig formidle regionernes vision for et fremtidigt og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor moderniseringen af sygehusstrukturen indgår som en central del.

Sekretariatet er i dialog med en række relevante interessenter om projektet, herunder eksempelvis foreningen af danske rådgivende arkitektvirksomheder; Danske Ark, som har været meget positive overfor idéen, og som forventes at yde faglig opbakning til projektet.

Udgifterne til udstillingen, som er estimeret til ca. 1.000.000 kr., vil blive forsøgt dækket af fonde. En realisering af projektet vil afhænge af, hvorvidt det lykkes at rejse midlerne.

Bilag

Ingen.





15. Status for regionernes indsats overfor patienter med uklare symptomer (HPV), sagsnr. 14/123

Anne-Dorthe Sørensen

Resumé

Regionerne har udpeget en afdeling i hver region med særligt ansvar for patienter med uklare symptomer, hvor der kan være mistanke om bivirkninger fra HPV-vaccinen. Den nye organisering trådte i kraft den 1. juni 2015. Sundheds- og Ældreministeriet har bedt Danske Regioner om en status for arbejdet på de pågældende afdelinger.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Der er i hver region udpeget en afdeling, der har særligt ansvar for gruppen af patienter med uklare symptomer, og hvor der eventuelt kan være mistanke om bivirkning fra HPV-vaccinen. I praksis har fire ud af fem regioner etableret sig med både en børne- og en voksenindgang. Almen praksis kan henvise patienter til disse afdelinger.

Formålet med modellen har været dels at sikre sammenhæng i den enkelte patients forløb, dels at opbygge viden og ekspertise på området. Der er ikke tale om et indholdsmæssigt nyt tilbud, men snarere om en ny organisering med en mere målrettet henvisning, og hvor specialerne kommer til patienten snarere end omvendt.

Der er etableret et fagligt netværk på tværs af de regionale afdelinger. Netværket videndeler og koordinerer indsatsen. Helt konkret har netværket udarbejdet de fælles henvisningskriterier, som de praktiserende læger anvender. Netværket er i øjeblikket i gang med at udvikle et udredningsprogram.

Siden den nye organisering trådte i kraft, har der været stor opmærksomhed om tilbuddet. Statusopgørelsen viser, at godt 1300 piger og kvinder er blevet henvist til regionernes afdelinger. Afdelingerne fortæller, at mange af de henviste patienter tidligere har været igennem et udredningsforløb, blot ikke i det nye regi. Den store opmærksomhed og de mange henvisninger betyder også, at der på næsten alle afdelinger er patienter, der venter på at komme i gang med et forløb på den pågældende afdeling. Det var tilfældet for i alt 758 patienter pr. 1. september. Den estimerede ventetid varierer mellem afdelingerne, fra 14 da-



ge til ca. ni måneder. Afdelingerne arbejder fokuseret på at få nedbragt ventelisterne, og hovedparten af afdelingerne vil kunne afvikle den nuværende venteliste inden årets udgang. Dette arbejde skal ses i sammenhæng med afdelingernes øvrige prioriterede opgaver omkring andre patientgrupper. Afdelingerne fortæller, at der er tale om en ressourcekrævende patientgruppe, som lægger beslag på en ikke ubetydelig del af ambulatoriernes ressourcer.

For så vidt angår patienterne, tegner der sig et billede af en patientgruppe med et meget bredt symptomspektrum og med mangeartede og ofte diffuse symptomer. Flere afdelinger oplyser, at der er tale om en patientkategori, som afdelingerne også tidligere har kendt. Det har kun været muligt at stille få diagnoser, men en stor del af afdelingerne vurderer, at symptomerne har karakter af funktionelle lidelser.

Der har i dele af pressen været fokus på patienter, der blev afvist på afdelingerne. Afdelingerne fortæller, at de i nogle tilfælde sender en henvisning tilbage til den praktiserende læge, hvis henvisningen er mangelfuld. Det handler ofte om manglende tidsmæssigt sammenfald mellem HPV-vaccinen og symptomernes opståen. Den praktiserende læge informeres dog om, at patienten kan genhenvises. Så der er ikke tale om endegyldige afvisninger, fordi ”et kryds er sat forkert”, som nogle medier har fremstillet det. Den beskrevne procedure gør sig i øvrigt gældende på andre sygdomsområder.

Med hensyn til organiseringen viser statusrapporten, at der er forskel på afdelingernes udredningsforløb. Derfor foreslår Danske Regioner, at Sundhedsstyrelsen indgår mere aktivt i processen omkring den faglige udvikling på området. Det kan blandt andet ske gennem faglig rådgivning om tilrettelæggelsen af opgaven. Danske Regioner lægger desuden op til, at Sundhedsstyrelsen skal spille en rolle i den vidensopbygning, der er nødvendig for den faglige udvikling på området. Det drejer sig blandt andet om indhentning af internationale erfaringer med udredning og behandling af patientgruppen.

Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen har på embedsmandsniveau indledt en drøftelse af, hvordan samarbejdet omkring denne opgave kan foregå.

Sekretariatets bemærkninger

På et åbent samrådsmøde i maj 2015 om mulige bivirkninger til HPV-vaccinen, lovede det daværende Ministerium for Sundhed og Forebyggelse, at de ville sende en status til Folketinget, når den nye organisering har fungeret et kvartal, det vil sige den 1. september 2015. Sundheds- og Ældreministeriet har derfor bedt Danske Regioner om en status. Danske Regioner har sendt statusrapporten



til Sundheds- og Ældreministeriet den 21. september 2015. Ministeriet over-
sender efterfølgende rapporten til Folketingets sundhedsudvalg.

Bilag

Statusrapport Én indgang - 18.09.15 (1262353).





16. Strategisk energiplanlægning, sagsnr. 14/153

Johan Nielsen

Resumé

Ved energiforliget fra 2012 blev der afsat midler til partnerskaber om strategisk energiplanlægning. Regionerne har i samarbejde med lokale energiaktører vist, hvordan en regional involvering i øget energieffektivitet og anvendelse af vedvarende energiresourcer kan understøtte de nationale målsætninger for energi og klima på en omkostningseffektiv måde. Projekterne er afsluttede i sommeren 2015.

Danske Regioner har sendt et brev til energi-, forsynings- og klimaministeren med opfordring til at fortsætte støtten til det strategiske energisamarbejde for at bevare den regionale og kommunale involvering og momentum.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Det fremgår af regeringsgrundlaget, at Danmark fortsat skal være et af de førende lande i den grønne omstilling, at klima- og energipolitikken skal bygge på grøn realisme samt, at Danmark skal reducere afhængigheden af fossile brændstoffer.

En fortsættelse af det regionale og kommunale arbejde med strategisk energiplanlægning vil understøtte denne omstilling, og den regionale og kommunale involvering er en forudsætning for, at omstillingen lykkes.

De nye vækst- og udviklingsstrategier, som regionerne er ved at udarbejde, er velegnede til at sikre de tværgående rammer for den strategiske energiplanlægning, idet de regionale rammer sikrer en hensigtsmæssig geografi til planlægning af den vedvarende energi. Regionerne har rammerne til at kunne sikre en effektiv planlægning på tværs af regionernes grænser, hvor dette er påkrævet. Samtidig kan regionerne sammen med kommuner og forsyningselskaber sikre det optimale beslutningsgrundlag for de omkostningseffektive løsninger.

De hidtidige partnerskaber om strategisk energiplanlægning har sikret et godt samarbejde mellem regioner, kommuner og energiaktører, som det er vigtigt at fortsætte.



Danske Regioner har derfor sendt et brev til energi-, forsynings- og klimaministeren med en opfordring til at støtte en fortsættelse af partnerskaber om strategisk energiplanlægning. Der er behov for at fortsætte arbejdet med energikortlægning og prioritering af anvendelsen af energiresourcer regionalt og nationalt for at undgå suboptimering og for at indfri energimålsætningerne. En fortsættelse af den strategiske energiplanlægning skal derudover også sikre rammerne for, at aktørerne kan gennemføre de nødvendige tiltag på et sikkert grundlag.

Danske Regioner holdt et møde med energi-, forsynings- og klimaministeren den 21. september, hvor strategisk energiplanlægning blev omtalt. Ministeren var positiv overfor strategisk energiplanlægning og lokal og regional involvering, men sagde, at der generelt ikke var mange penge. Ministeren var også positiv overfor de gennemførte energibesparelser på hopitalerne og vil gerne samarbejde med regionerne herom.

Udvalget for Regional Udvikling & EU er orienteret om brevet på deres møde den 10. september 2015.

Bilag

Strategisk energiplanlægning.pdf (1256896).



17. Bo Smith-udvalgets anbefalinger, sagsnr. 15/1984

Anne Sofie Sørensen

Resumé

Djøf nedsatte i juni 2014 Bo Smith-udvalget, der skulle undersøge samspillet mellem politikere og embedsmænd i stat, regioner og kommuner. Den 21. september 2015 offentliggjorde Bo Smith-udvalget sine anbefalinger, der vedrører udarbejdelsen af kodeks for god embedsmandsadfærd, overvejelser omkring øget bistand til politiske grupper, politiske revisionsudvalg og større åbenhed forud for beslutninger i kommuner og regioner.

Indstilling

*Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.*

Sagsfremstilling

Udvalget er nedsat af fagforeningen Djøf i juni 2014. Formålet har været at gennemføre en undersøgelse af samarbejdet mellem den politiske ledelse og embedsværket i stat, regioner og kommuner. Udvalget blev nedsat på baggrund af en kritisk debat i medierne om arbejdet i den offentlige forvaltning. Den 21. september 2015 offentliggjorde udvalget sin rapport, der indeholder en række anbefalinger. Udvalgets samlede rapport kan hentes som en [gratis pdf-fil på Djøf Forlags hjemmeside](#).

Udvalget har udarbejdet en række anbefalinger, der falder inden for tre grupper: kodeksløsninger, institutionelle løsninger og løsninger med henblik på større åbenhed og transparens.

Kodeksløsninger

Udvalget vurderer, at der ikke er sket en stigning i antallet af sager om forholdet mellem embedsmænd og politikere siden 1980. Men der er et øget pres på politikere og embedsværk, ikke mindst fra medierne.

Udvalget anbefaler bl.a. på den baggrund, at kommuner og regioner (og staten) vedtager et kodeks, der fremhæver de regler og normer, der gælder for embedsmænd. Kodekset skal indeholde en fremstilling og forklaring af kravene om lydhørhed, lovlighed, faglighed, sandhed og partipolitisk neutralitet. Herudover lægger udvalget vægt på, at kodekset også beskæftiger sig med det ledelsesmæssige ansvar. Udvalget har udarbejdet et forslag til et kodeks for kommuner og regioner. Forslaget må opfattes som værende rettet til den enkelte kommune/region, der har ansvar for at tilrettelægge samspillet med admini-



strationen. Udvalget mener imidlertid ikke, at dette udelukker, at der kan udformes en vejledning på nationalt plan af KL og Danske Regioner.

Institutionelle løsninger

Udvalget konkluderer på baggrund af undersøgelser og interviews med regionale politikere, at administrationen (ligesom i stat og kommuner) har fået større indflydelse, men at det ikke fører til uenigheder eller væsentlige konflikter i forhold til politikerne.

Udvalget anbefaler bl.a. på den baggrund, at det overvejes nærmere, om de politiske grupper bør have ret til at kunne få hjælp fra forvaltningen til udarbejdelse af forslag og støtte i øvrigt inden for en given ramme. Udvalget anbefaler endvidere, at det overvejes at nedsætte politiske revisionsudvalg.

Åbenhed

En undersøgelse fra Syddansk Universitet af tilliden til det statslige, regionale og kommunale niveau viser, at der er størst tillid til det kommunale niveau. Tilliden er fra 2009-2013 faldet mest markant for det nationale niveau, mens regioner og kommuner kun har oplevet et marginalt fald. På den baggrund vurderer udvalget, at der er behov for at højne tilliden generelt.

Tabel 5.1. Tillid til det statslige, regionale og kommunale niveau.
Skala 0-10 (0 = Slet ingen tillid; 10 = Fuld tillid)

	2009	2013
Folketinget	6,01	5,02
Regionsrådet	4,84	4,82
Kommunalbestyrelsen	5,62	5,53
Regeringen	5,35	4,27
Regionsrådsformanden	4,66	4,60
Borgmesteren	5,40	5,41
Folketingspolitikere	5,60	4,76
Regionsrådspolitikere	4,88	4,66
Kommunalpolitikere	5,45	5,28
Det offentlige	5,82	5,57

Kilde: Hansen, Sune Welling & Ulrik Kjær: »Trusting Politicians and Institutions in a Multi-Level Setting«. Paper præsenteret ved Congress of International Institute of Administrative Science afholdt Rio de Janeiro, Brasilien 22.-26. juni 2015.

Udvalget anbefaler, at det overvejes, hvordan man i højere grad kan skabe åbenhed om de politiske processer forud for beslutningerne, så borgernes synspunkter om eventuelt foreliggende analyser og forslag fra forvaltningen kan komme frem. Det anbefales også, at embedsværket får klare retningslinjer for besvarelser af henvendelser fra pressen, så medarbejderne kan bidrage med den bedst mulige faglige dækning af et aktuelt spørgsmål.



Bilag
Ingen.





18. Ændringer i hverv, sagsnr. 14/1546

Bente Kragelund Jønsson

Resumé

Som følge af folketingsvalget har Dansk Folkeparti foretaget ændringer i forhold til hverv.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager ændringerne i hverv til efterretning.

Sagsfremstilling

Dansk Folkeparti har som følge af folketingsvalget foretaget følgende ændringer:

- Regionsrådsmedlem Niels Erik Søndergaard, Region Syddanmark:
Suppleant i EU-regionsudvalget (i stedet for Peter Kofoed Poulsen).

Bilag

Ingen.





19. Bestyrelsens studietur januar 2016, sagsnr. 15/1595

Trine Friis

Resumé

I januar 2016 afholdes en studietur til Boston for Danske Regioners bestyrelse og direktion med henblik på at sætte fokus på kvalitet, patientinvolvering og regional udvikling.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

På bestyrelsesmødet den 26. februar 2015 blev det besluttet at afholde en studietur for Danske Regioners bestyrelse og direktion til Boston med henblik på at sætte fokus på kvalitet, patientinvolvering og regional udvikling.

Rejse

Studieturen afholdes med udrejse fra København mandag den 18. januar 2016 kl. 13.20 med ankomst til Boston kl. 17.40 (lokal tid).

Hjemrejse fra Boston fredag den 22. januar 2016 kl. 20.35 med ankomst til København lørdag den 23. januar kl. 12.00.

Danske Regioner vil være behjælpelig med at bestille tilslutningsfly til og fra København.

Ophold

Deltagerne i studieturen vil under hele turen være indlogeret på hotel i Boston.

Udkast til program

Nedenstående program er et udkast. Besøget hos IHI og besøget hos STRATUS Center for Medical Simulation er bekræftet. Sekretariatet arbejder på at indgå aftaler de øvrige steder, men afventer en endelig bekræftelse. Bestyrelsen vil få forelagt det endelige program, når dette foreligger.



Tirsdag den 19. januar*Hele dagen**Besøg hos IHI*

Her vil bl.a. vicedirektør Derek Feely introducere IHI's arbejde med kvalitet. Derudover vil der bl.a. være oplæg om patientcentreret behandling samt motivation af personale til vedvarende at skabe forbedringer.

Onsdag den 20. januar*Formiddag**Dana-Farber Cancer Institute*
Patient- og pårørendeinvolvering*Eftermiddag**Endnu ikke fastlagt*Torsdag den 21. januar*Formiddag**Venture Café*
Erhverv og vækst – iværksætteri

Venture Café er et mødested for iværksættere, hvor idéer kan udveksles med henblik på iværksættelse.

*Eftermiddag**STRATUS Center for Medical Simulation*

STRATUS Center for Medical Simulation er et stort simulationscenter, der bruges til træning og uddannelse af sundhedsfagligt personale.

Fredag den 22. januar*Formiddag**Mass Challenge*
Erhverv og vækst - iværksætteri

MassChallenge er et 4 måneders program for udvalgte iværksættere fra hele verden mhp. at understøtte fra idé til virksomhed.



Eftermiddag

Intet program inden afgang til lufthavnen

Introduktion og opsamling

Forud for studieturen laves et skriftligt materiale til bestyrelsen med henblik på at introducere turens faglige indhold.

Efter studieturen vil der blive udarbejdet en opsamling, som vil blive forelagt på et kommende bestyrelsesmøde.

Bilag

Ingen.





20. Næste møde, sagsnr. 15/737

Maren Munk-Madsen

Resumé

Næste møde er torsdag den 12. november 2015 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus, Dampfærgevej.

Indstilling

Det indstilles,

at, næste møde holdes den 12. november kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus, Dampfærgevej.

Sagsfremstilling

Næste bestyrelsesmøde er torsdag den 12. november 2015 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus, Dampfærgevej.

Bilag

Ingen.





21. Eventuelt, sagsnr. 15/737

Maren Munk-Madsen

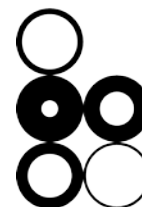
Resumé

Indstilling

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse 2014 - 2018
m.fl.

08-09-2015

Sagsnr. 15/736

Maren Munk-Madsen

Tel.: 3529 8165

E-mail:

mma@regioner.dk

Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 3. september 2015 kl. 10.30

Deltagere: Bent Hansen, Jens Stenbæk, Sophie Hæstorp Andersen, Stephanie Lose, Leila Lindén, Poul-Erik Svendsen, Susanne Lundvald, Per Larsen, Lise Müller, Henrik Thorup, Lone Langballe, Anne V. Kristensen, Jess V. Laursen, Susanne Langer

Afbud: Ulla Astman, Martin Geertsen, Charlotte Fischer

Regionsdirektører: Hjalte Aaberg, Jacob Steengaard Madsen, Svend Særkjær

Deltagere fra sekretariatet: Adam Wolf, Signe Friberg Nielsen, Erik Jylling, Gitte Bengtsson, Rikke Margrethe Friis, Susse Maria Holst, Katrine Tang, Trine Friis (referent)

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 15/736

Vækst i hele Danmark

Formandskabet havde et hilse-på møde med erhvervs- og vækstministeren den 12. august 2015.

Ministeren udviste stor interesse for udspillet med de 10 forslag til styrket regional vækst og udvikling i hele landet, og Danske Regioner blev opfordret til at spille ind med konkrete forslag til den kommende strategi for ”Vækst i hele Danmark”.

Udkast til ”Notat vedr. forslag til samarbejde om styrket regional vækst og udvikling i hele Danmark” blev omdelt. Bestyrelsen fik mulighed for at fremkomme med bemærkninger senest fredag den 4. september 2015.

Hilse-på møder med ministre

Formandskabet har møde med transport- og bygningsministeren samt ministeren for børn, undervisning og ligestilling den 9. september 2015.

Der er endvidere planlagt møde med energi-, forsynings- og klimaministeren den 21. september samt sundheds- og ældreministeren den 1. oktober 2015.

Fælles Medicinkort

Rigsrevisionen offentliggjorde i september 2014 en hård kritik af regionernes indsats for at implementere Det Fælles Medicinkort (FMK). Rigsrevisionen har meldt, at de forventer at genbesøge regionerne i starten af 2016 for at følge op på kritikken.

En central opgave for regionerne i efteråret bliver derfor fortsat at dokumentere fremdrift i arbejdet for at sikre fuld og korrekt anvendelse af FMK for både ambulante og indlagte patienter.

Status for udmøntning af politik om fuldtid

Statusnotat for udmøntning af politik om fuldtid var omdelt på bordene.

2. Godkendelse af åbent referat af møde den 11. juni 2015 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 15/736

Referatet blev godkendt.

3. Godkendelse af åbent referat af skriftlig votering den 26. juni 2015 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 15/736

Referatet blev godkendt.

4. Godkendelse af åbent referat af møde den 20. august 2015 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 15/1655

Referatet blev godkendt.

5. Ændringer i hverv, sagsnr. 14/1546

Bestyrelsen tog ændringen i hverv til efterretning.

Resumé

Som følge af folketingsvalget har Det Konservative Folkeparti foretaget en ændring, således at regionsrådsmedlem Per Tærsebøl (C), Region Hovedstaden indtræder i Danske Regioners sundhedsudvalg i stedet for Mette Abildgaard (C), Region Hovedstaden. Ændringerne sker med virkning pr. 1. oktober 2015.

6. Folkemødet 2015 og Folkemødet 2016, sagsnr. 14/2171

Bestyrelsen evaluerede dette års Folkemøde, og bevilgede 370.000 kr. til næste års indsats, og op til 150.000 kroner til sponsorering af Folkemødet fra bestyrelsens pulje i 2016.

Resumé

Danske Regioner deltog på Folkemødet den 11.-14. juni 2015. Regionernes telt var igen rammen om fire dage med gode og skarpe debatter om sundhed med regionalt perspektiv. Både regionspolitikere, borgere, de unge, interesseorganisationer og erhvervslivet kom til orde i 16 debatarrangementer i teltet.

Teltet var en succes, som samlede mange mennesker. Med henblik på at fastholde regionernes aktive og synlige tilstedeværelse på Folkemødet med et samlende debat-telt foreslås det at fortsætte med den samme ramme og samtidig udvikle på selve debatformen ved næste års Folkemøde.

7. Den landsdækkende akutlægehelikopterordning, sagsnr. 14/98

Orienteringen blev taget til efterretning.

Resumé

Den landsdækkende akuthelikopterordning gik i drift 1. oktober 2014 og leverer hermed sin første årsrapport. Ordningen er kommet godt fra start med tæt på 450 missioner over hele landet i løbet af 4. kvartal 2014.

Der har i 2015 været en stigning i antallet af missioner, hvilket henover sommeren 2015 har betydet en række positive historier i medierne om akutlægehelikopterne på baggrund af et ”*voldsomt boom i flyvninger med lægehelikoptere*”.

8. Nye Interreg-programmer for Nordsøen, Østersøen og Europa 2014-2020, sagsnr. 11/825

Orienteringen blev taget til efterretning.

Bestyrelsen var enig om et øget fokus på mediedækning af regionernes arbejde i Interreg-programmerne.

Resumé

Alle Interreg-programmer, som Danmark deltager i, er blevet godkendt i første halvdel af 2015, og programmerne er i gang med – eller tæt på - at behandle de første ansøgninger.

Regionerne har deltaget direkte i programmeringen af de tre nære Interreg-programmer, Deutschland-Danmark, South Baltic og Öresund-Kattegat-Skagerrak. Regionerne er også direkte repræsenteret i programmernes beslutningsudvalg.

Danske Regioner har på regionernes vegne deltaget i programmeringen af de transnationale Interreg-programmer, som Danmark deltager i, dvs. programmerne for Nordsøen, Østersøen og Interreg Europe. Danske Regioner repræsenterer regionerne i programmernes udvalg.

9. Regionernes indsats på jordforureningsområdet i 2014, sagsnr. 15/1689

Orienteringen blev taget til efterretning.

Resumé

De fem regioner har udarbejdet en fælles redegørelse: *Regionernes arbejde med jordforurening*, der i tekst og tal beskriver indsatsen på jordforureningsområdet i 2014. I 2014 var den økonomiske ramme for arbejdet 435 millioner kroner, hvilket er 37 millioner kroner mere end året før.

10. Ny social- og sundhedsuddannelse, sagsnr. 14/1599

Orienteringen blev taget til efterretning.

Resumé

Bestyrelsen drøftede på sit møde den 11. juni 2015 et forslag til en ny social- og sundhedsassistentuddannelse. I den forbindelse efterspurgte bestyrelsen et uddybende notat om baggrunden for at udvikle social- og sundhedsassistentuddannelsen, særligt den forlængelse af uddannelsen, som ændringsforslaget indeholder.

11. Generelle orienteringer, sagsnr. 15/736

Orienteringen blev taget til efterretning.

Resumé

Følgende emne er til orientering

- Konference den 27. oktober 2015 om regional vækstindsats

12. Næste møde, sagsnr. 15/736

Næste møde holdes torsdag den 8. oktober 2015, kl. 10.30.

Resumé

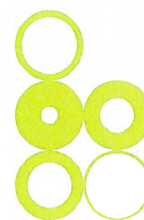
Næste bestyrelsesmøde er torsdag den 8. oktober 2015 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus, Dampfærgevej.

13. Eventuelt, sagsnr. 15/736

-

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

DANSKE
REGIONER



Høringssvar fra Danske Regioner til udkast til ændring af reglerne for forebyggende hjemmebesøg

22-09-2015

Sag nr. 15/1911

Dokumentnr. 47771/15

Danske Regioner takker for muligheden for at indsende bemærkninger til udkast til ændring af reglerne vedrørende forebyggende hjemmebesøg. Den fastlagte høringsfrist den 2. oktober har betydet, at høringssvaret ikke inden fristen har kunnet nå at blive behandlet politisk. I nærværende høringssvar tages derfor forbehold for politisk behandling i Danske Regioners bestyrelse.

Danske Regioner finder det overordnet positivt, at de forebyggende hjemmebesøg målrettes den gruppe ældre, som vurderes at have det største behov for forebyggende indsats, ligesom kommunerne også i højere grad kan anvende ressourcerne på de ældre, der vurderes at være i risikogruppen.

Ved målretning af tilbuddet er det samtidig vigtigt, at kommunerne har fokus på, at de involverede medarbejdere har de rette værktøjer og kompetencer til at kunne foretage risikosporing, herunder kunne vurdere hvilke ældre der tilhører risikogruppen. Hvis de rette kompetencer er til stede, vil kommunerne gennem forebyggende hjemmebesøg kunne forebygge unødvendige (gen)indlæggelser blandt ældre i risiko for funktionstab eller forværring af sygdom. I forlængelse heraf mener Danske Regioner, at de forebyggende hjemmebesøg bør have et konkret sigte mod at forebygge unødvendige (gen)indlæggelser blandt ældre.

Endelig ønsker Danske Regioner at udtrykke bekymring for, at lovforslaget åbner op for en for fleksibel tilrettelæggelse af forebyggende hjemmebesøg.

For det første vil der være øget risiko for, at der opstår forskelle mellem kommuner i tilbuddets kvalitet. Dette er uhensigtsmæssigt, idet ældre borgere, uanset postnummer, skal kunne være sikre på, at kommune kan tilbyde forebyggende hjemmebesøg af høj kvalitet udført af velkvalificeret personale.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

For det andet er der risiko for, at kommunerne ved f.eks. at tilbyde kollektive arrangementer frem for besøg i borgerenes hjem går glip af vigtige informationer, idet besøg i borgernes hjem giver mulighed for at gøre sig observationer, som kan være af betydning for blandt andet borgerens risiko for funktionstab eller indlæggelse. Dette skal også ses i lyset af, at en målretning af tilbuddet indebærer, at der fremadrettet vil være færre borgere under 80 år, som vil modtage årlige forebyggende hjemmebesøg.

De to forhold – mere fleksibel tilrettelæggelse af tilbuddet og færre årlige besøg blandt ældre under 80 år – betyder samlet set, at kommunerne vil have ringere muligheder for i tide at opdage begyndende funktionstab eller sygdom blandt de ældre under 80 år, der ikke umiddelbart vurderes at tilhøre risikogruppen.

Med venlig hilsen



Janet Samuel

Kontorchef

Danske Regioner

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Att.: Tove Kjeldsen

DANSKE
REGIONER



21-09-2015

Sag nr. 15/1935

Dokumentnr. 47510/15

Jane Brodthagen

Tel. 35 29 82 21

E-mail: Jnb@regioner.dk

**Svar på høring vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven
(Præcisering af delegationsbestemmelser, private ambulanceberedskaber,
befordringsordninger, diæter m.v. til medlemmer af patientind-
dragelsesudvalg, personkreds i sundhedshuse m.v., offentliggørelse af
påbud om sundhedsmæssige krav)**

Danske Regioner har modtaget ”Høring vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Præcisering af delegationsbestemmelser, private ambulanceberedskaber, befordringsordninger, diæter m.v. til medlemmer af patientinddragelsesudvalg, personkreds i sundhedshuse m.v., offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav)”.

Overordnet set finder regionerne ændringerne egnet til at give større gennemsigthed og klarhed af reglerne på sundhedsområdet.

Vedr. 1) Delegationskompetence til aftaleindgåelse under det udvidede fri sygehusvalg

Regionerne finder det positivt, at det i lovgivningen klart fremgår, at Danske Regioner har hjemmel til at indgå aftaler under det udvidede fri sygehusvalg på vegne af regionerne, hvilket er i overensstemmelse med en årelang praksis på området.

Ad 2) Regler for private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionernes præhospitale beredskab

Generelt finder regionerne det positivt, at der stilles krav til private ambulanceberedskaber, som ikke er en del af regionens præhospitale beredskab.

Begrebet ”regionens præhospitale leder” er ikke hensigtsmæssig. Det vil være mere retvisende at anvende ”regionens præhospitale organisation”.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

I § 169, stk. 1 såvel som stk. 2 foreslås det, at der sondres mellem regionale og private ambulanceberedskaber. Det kan derfor overvejes, at betegnelsen ”ambulance” udelukkende benyttes om ambulancer, som indgår i det regionale beredskab.

Regionerne anerkender, at lovforslaget lægger rammer for at sikrer kvaliteten ved private ambulanceberedskaber, herunder at der gives mulighed for at lave samarbejdsaftaler, som kan tilpasses lokale forhold og retningslinjer i regionerne. Samarbejdsaftalerne findes således at kunne understøtte hensigten med at opnå større kvalitet på området.

3) Præcisering af sundhedslovens befordringsordninger

Regionerne finder den foreslåede præcisering i lovgivningen relevant og hensigtsmæssig.

4) Diæter m.v. til medlemmer af patientinddragelsesudvalg

Regionerne finder den foreslåede præcisering i lovgivningen relevant og hensigtsmæssig.

5) Udvidelse af personkredsen, der kan bebo sundhedshuse m.v.

Danske Regioner er positive overfor en udvidelse af kredsen, der kan leje udstyr og lokaler, da det udvider mulighederne for at få anvendt lokalerne.

Endvidere kan det med fordel præciseres, at udlejer (Regionsråd/kommunalbestyrelse) ved flere interesserede frit kan vælge at udleje til den type af sundhedsyder, som Regionsrådet (evt. i samarbejde med Kommunalbestyrelsen) finder samlet set passer bedst ind i huset.

Ordlyden i § 205 vil være lettere forståelig, hvis der ”og” erstattes med ”samt”...”til brug for udførelse af regionale sundhedsydelser”.

6) Offentliggørelse af påbud om sundhedsmæssige krav

Regionerne finder den foreslåede præcisering i lovgivningen relevant og hensigtsmæssig.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

Handleplan for bedre brug af sundhedsdata i regionerne

Version 1.0.

22. september 2015

UDKAST



Indholdsfortegnelse

Sundhedsdata i spil - til gavn for borgerne.....	3
Brug af sundhedsdata skaber tryghed og bedre behandling	3
Målsætninger for brug af sundhedsdata.....	4
Initiativer for bedre brug af sundhedsdata	6
Borgernes brug af sundhedsdata	7
Sundhedsvæsenets brug af sundhedsdata.....	9
Brug af sundhedsdata til forskning, innovation og offentlig-privat samarbejde	13
Sikkerhed og transparens.....	15

Sundhedsdata i spil - til gavn for borgerne

Borgerne skal føle sig trygge ved, at sundhedspersoner har de relevante informationer, når de skal bruge dem til at træffe beslutning om behandling. Samtidig skal borgerne have tillid til, at sikkerheden omkring deres personlige helbredoplysninger er i top.

Brugen af data gør sundhedsvæsenet stærkere og mere sammenhængende. Når hospitaler og sundhedsprofessionelle formår at indsamle og udnytte data godt og forsvarligt, udvikler vi sundhedsvæsenet til gavn for borgerne. Regionerne ønsker derfor at gøre endnu større brug af borgernes sundhedsdata, så vi kan skabe behandlingsformer med højere kvalitet og bedre forebyggende indsatser.

Regionerne offentliggjorde i foråret 2015 den fælles regionale politik "Sundhedsdata i spil". Politikken tegner rammerne for fremtidens brug af sundhedsdata i det danske sundhedsvæsen. Visionen er at skabe de bedste rammer for, at borgere og sundhedsprofessionelle kan bruge sundhedsdata innovativt til at fremme sundhed og sikre behandling af god kvalitet. De samme sundhedsdata skal bruges til at udvikle et sundhedsvæsen i verdensklasse og forbedre den fremtidige behandling til gavn for kommende patienter.

Regionerne gør allerede i dag en stor indsats for at udnytte potentialet i brugen af sundhedsdata. Dette arbejde skal videreføres og på nogle områder er der behov for en forstærket indsats. Denne handleplan tager afsæt i seks politiske målsætninger, som er formuleret i "Sundhedsdata i spil":

1. *Vi udvikler nye digitale løsninger sammen med borgerne, som understøtter borgernes brug af sundhedsdata*
2. *Vi bruger sundhedsdata proaktivt til at synliggøre behandlingskvaliteten og synliggøre resultater*
3. *Vi gør det nemt for sundhedsprofessionelle at bruge sundhedsdata til patientbehandling*
4. *Vi bruger sundhedsdata til at få mere sundhed for pengene*
5. *Vi udvikler vores sundhedsvæsen ved at anvende sundhedsdata i sundhedsforskning, innovation og offentlig-privat samarbejde*
6. *Vi håndterer borgernes sundhedsdata sikkert og transparent*

I handleplanen beskriver vi 37 initiativer, som skal bidrage til at realisere visionerne for brugen af sundhedsdata. Nogle initiativer er langt i processen og kan sættes i gang med det samme. For andre initiativer gælder det i første omgang om at få afdækket muligheder og perspektiver - herunder de økonomiske og kvalitetsmæssige gevinster. Initiativerne indebærer blandt andet, at borgerne skal have bedre adgang til egne helbredsdata, sikkerheden skal skærpes om personfølsomme oplysninger og sundhedsdata skal bruges endnu mere.

Brug af sundhedsdata skaber tryghed og bedre behandling

En rundspørge fra Kræftens Bekæmpelse viser, at patienterne og deres pårørende er trygge ved at dele sundhedsdata. Blandt 446 kræftpatienter og pårørende svarerede 96 procent således, at de ikke er betænkelige ved, at oplysninger gives videre. Kræftpatienterne ser derimod udvekslingen af sundhedsdata i sundhedsvæsenet som en fordel, der kan føre til bedre kvalitet i behandlingen. Rundspørget viser også, at patienter ønsker bedre adgang til egne data, ligesom 60 pct. af deltagerne i høj grad gerne ser, at deres praktiserende læge får bedre adgang til data om patientens sygdomsforløb. Samtidig er det vigtigt for de adspurgte, at deling af data sker inden for rammerne af lovgivningen, så alle er trygge ved, hvordan sundhedsvæsenet anvender patienternes data.

Kilder: Kræftens Bekæmpelse og BT.dk <http://www.bt.dk/danmark/kræftpatienter-alle-bliver-klogere-ved-at-dele-sundhedsdata> og <http://www.cancer.dk/nyheder/kræftramte-oensker-at-personlige-sundhedsdata-deles/>

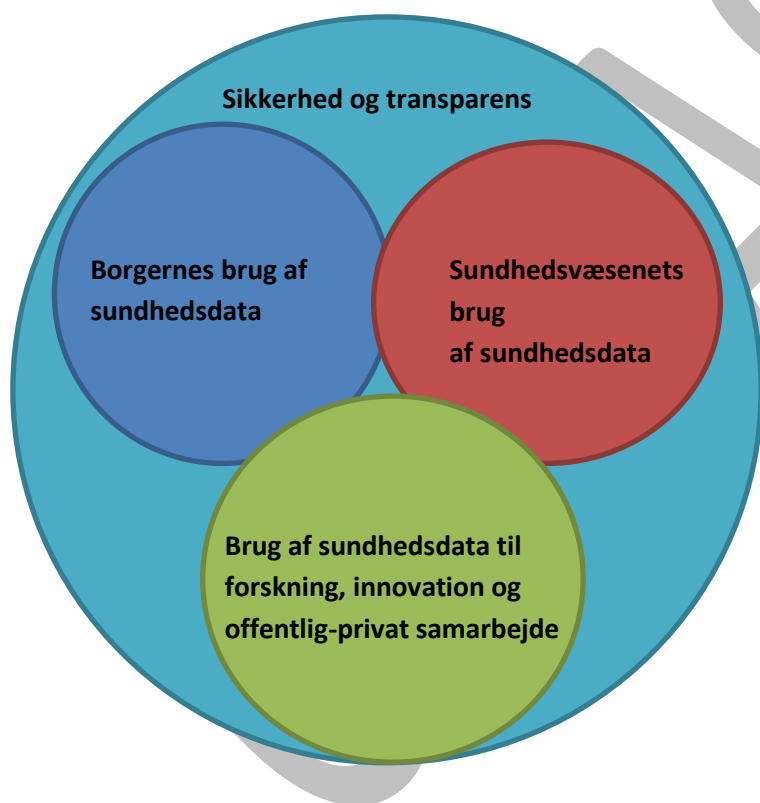
Målsætninger for brug af sundhedsdata

Potentialet for bedre brug af sundhedsdata spænder vidt i forhold til behandling, kvalitetsudvikling, planlægning og styring samt forskning og innovation inden for sundhedsområdet.

I det følgende kategoriseres regionernes seks politiske målsætninger for brugen af sundhedsdata i fire overordnede temaer:

- Borgernes brug af sundhedsdata
- Sundhedsvæsenets brug af sundhedsdata
- Brug af sundhedsdata til forskning, innovation og offentlig-privat samarbejde
- Sikkerhed og transparens

Temaerne er i et vist omfang overlappende med "Sikkerhed og transparens" som en grundlæggende forudsætning og ramme for de øvrige temaer. Relationen mellem temaerne er illustreret i figuren herunder.



Målsætning for borgernes brug af sundhedsdata

Vi udvikler nye digitale løsninger sammen med borgerne, som understøtter borgernes brug af sundhedsdata

Borgerne er vores vigtigste samarbejdspartnere, når vi skal levere sundhedsydelser af høj kvalitet. Borgerne skal have mulighed for at bruge data til at få indsigt i eget helbred og på den baggrund blive i stand til at deltage aktivt i forebyggelse og behandling. Adgang til data om én selv er dermed en vigtig forudsætning for at sætte borgeren i centrum og understøtter aktiv patientinddragelse og patient

empowerment. Borgerne indsamler i stigende grad også selv data om deres eget helbred. Det åbner op for nye spændende perspektiver i forhold til samarbejde med borgeren om brug af sundhedsdata.

Målsætninger for sundhedsvæsenets brug af sundhedsdata

Vi bruger sundhedsdata proaktivt til at synliggøre behandlingskvaliteten og synliggøre resultater

Udviklingen af sundhedsvæsenets behandlingskvalitet foregår først og fremmest i den kliniske hverdag, hvor de sundhedsprofessionelle arbejder systematisk med kvalitetsudvikling på baggrund af data. En grundforudsætning for kvalitetsudviklingen er derfor, at de sundhedsprofessionelle har adgang til tidstro og valide data, så de kan vurdere og dokumentere, om den nuværende fremgangsmåde for en given behandling er hensigtsmæssig. Samtidig skal sundhedsdata bruges til at synliggøre sundhedsvæsenets resultater for borgere, administration og politikere.

Vi gør det nemt for sundhedsprofessionelle at bruge sundhedsdata til patientbehandling

Sundhedsprofessionelle skal have nem og hurtig adgang til borgeres sundhedsdata. Et brugervenligt digitalt overblik med tidstro data skal sikre, at beslutninger kan træffes på et relevant og aktuelt grundlag - gerne med afsæt i data fra lignende patientcases. Det kan løfte kvaliteten af behandlingen og dialogen med borgeren samt give større sammenhæng og kontinuitet i behandlingsforløbet.

Vi bruger sundhedsdata til at få mere sundhed for pengene

Det danske sundhedsvæsen er stort og komplekst, og der bruges hvert år mange ressourcer på at behandle og fremme sundhed i den danske befolkning. Det kræver intelligent styring, planlægning og prioritering. Vi skal derfor fortsat bruge sundhedsdata på alle niveauer til at styre og planlægge efter. Det understøtter sammenhængende patientforløb, effektiv daglig drift samt optimal langsigtet dimensionering af sundhedsvæsenets forskellige indsatser.

Målsætning for brug af sundhedsdata til forskning, innovation og offentlig-privat samarbejde

Vi udvikler vores sundhedsvæsen ved at anvende sundhedsdata i sundhedsforskning, innovation og offentlig-privat samarbejde

Den demografiske udvikling betyder, at der i den nære fremtid vil være en stigende efterspørgsel på sundhedsydelser og øgede udgifter til sundhedsområdet. Det kræver nye og smartere løsninger. Gode betingelser for at anvende sundhedsdata i forskning, innovation og offentlig-privat samarbejde er derfor afgørende for en fortsat udvikling af det danske sundhedsvæsen.

Målsætning for sikkerhed og transparens

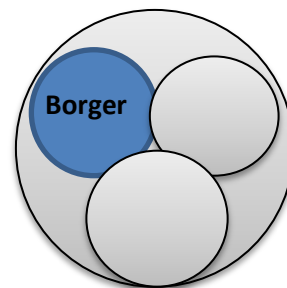
Vi håndterer borgernes sundhedsdata sikkert og transparent

Sundhedsdata er personlige. Derfor følger der et særligt ansvar med, når vi håndterer sundhedsdata i regionerne. Sikkerheden skal være i orden, og der skal være åbenhed om, hvordan sundhedsdata bruges. Det er selve fundamentet for at bruge data til at give borgerne den bedste behandling. I regionerne tager vi denne præmis alvorligt.

Initiativer for bedre brug af sundhedsdata

Regionerne vil gennemføre en række initiativer inden for hvert af de fire temaer. Formålet med initiativerne er, at bringe sundhedsdata i spil til gavn for borgerne.

INITIATIVER



Borgernes brug af sundhedsdata

1.1 Borgernes og sundhedsvæsenets data i forening

Regionerne vil kortlægge danske og udenlandske erfaringer med, at borgere med egne indsamlede data og med sundhedsvæsenets data i forening kan opbygge en vidensbase, som via et samarbejde med sundhedsvæsenet, i højere grad sætter den enkelte borger i stand til at mestre eget helbred. Egen indsamlede data kan fx være data om sindstilstand, kost eller fysisk bevægelse, som borgeren indsamler via sin mobiltelefon - enten på eget initiativ eller som led i en etableret behandling. Patienternes egne oplysninger kan kombineres med sundhedsvæsenets data om fx helbredstilstand og bivirkninger og hjælpe til at træffe beslutning om medicinering og behov for kontrol.

1.2 Sundhedsjournal 2.0

Regionerne vil arbejde for, at det er nemt at få adgang til sundhedsvæsenets data om én selv, og at man kan se flere oplysninger om sit eget helbred, end man kan i dag. I dag kan alle med NemID logge på Sundhedsjournalen via Sundhed.dk. Her kan de finde informationer om kontakter med sygehuset, laboratorieprøvesvar og medicinoplysninger fra FMK (Fælles Medicinkort). I løbet af 2016 udvides Sundhedsjournalen bl.a. med muligheden for adgang til pårørende og børns sundhedsdata, overblik over kommende aftaler samt information fra kommunerne. Samtidig skal borgerne have hurtigere adgang til at kunne se digitale oplysninger om dem selv.

1.3 Hurtigere adgang til egne sundhedsdata

Regionerne vil give borgere adgang til deres egne sundhedsdata uden unødigt forsinkelse. Det giver borgerne mulighed for selv at vælge om og hvornår, de vil se deres data. De kan forberede sig inden mødet med den sundhedsprofessionelle, stille bedre spørgsmål og få bedre svar. Og så giver hurtig adgang til data mulighed for, at borgerne kan deltage aktivt i sygdomsforløb og behandling, så f.eks. kronikere selv kan monitorere deres sygdom uden at skulle konsultere en læge.

1.4 Landsdækkende udbredelse af patientrapporterede oplysninger (PRO)

Regionerne igangsætter systematisk brug af patientrapporterede oplysninger (PRO) for epilepsi, kemobehandling og prostatakræft. PRO vil være fuldt udbredt på de tre behandlingsområder med udgangen af 2019. Den landsdækkende udbredelse af PRO giver viden om, hvad der er vigtigt for patienterne. PRO sætter patienten i centrum og kan understøtte øget medejerskab for egen behandling, højere oplevet kvalitet i behandlingsforløbet samt en mere målrettet diagnosticering og behandling. Regionerne arbejder desuden på at etablere et treårigt partnerskab med Kræftens Bekæmpelse om udvikling, implementering og forankring af "patient reported outcome measures" (PROM) i den danske kræftbehandling. Partnerskabet skal skabe relevante erfaringer med klinisk nær brug af PROM, der kan bruges på andre sygdomsområder.

1.5 Sundhed.dk som mobil løsning

Der arbejdes på at tilpasse Sundhed.dk til mobile platforme i løbet af 2015 og 2016. Målet er, at det skal være nemt at finde og anvende indhold på Sundhed.dk, uanset om borgeren logger på fra sin computer,

tablet eller mobiltelefon. Det betyder, at borgeren vil få nemmere og mere fleksibel adgang til sundhedsinformation og helbredsoplysninger om sig selv og om sundhedsvæsenet.

1.6 Til- og fravalg af kræftscreeningsprogrammer på Sundhed.dk

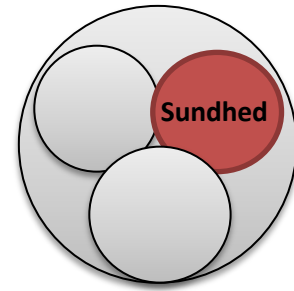
Regionerne samarbejder med Sundhed.dk om udvikling af ensartet brugergrænseflade på Sundhed.dk, der giver mulighed for, at borgeren kan til- og framelde sig screeningsprogrammerne for livmoderhalskræft og brystkræft i løbet af 2016. Borgerne har allerede denne mulighed i screeningsprogrammet for tarmkræft.

1.7 Digital booking

Regionerne stiller i stigende omfang løsninger til rådighed for borgerne, der giver borgerne mulighed for at booke og flytte egne aftaler med hospitalerne. Frem mod slutningen af 2015 evalueres fem regionale pilotprojekter inden for digital selvbooking. Derefter vil regionerne beslutte, i hvilket omfang digital booking skal udbredes.

1.8 "Patienter som mig"

Som led i udviklingen af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, vil regionerne give patienter og klinikere adgang til viden om, hvordan behandlingsmetoder virker på specifikke patientgrupper, så patienter og klinikere kan bruge oplysninger om "patienter som mig" aktivt i forbindelse med behandlingsvalg. Det betyder, at borgerne får adgang til anonymiserede og aggregerede data for lignende patienter, og kan sammenholde dem med data om sig selv. Det giver bedre indsigt i egen helbredstilstand og fremtidsudsigter, og styrker borgerens indflydelse og involvering i egen behandling – fx får borgeren et bedre grundlag for at beslutte, i samråd med sundhedsprofessionelle, hvilken behandling der er den rigtige for dem. Det giver bedre muligheder for individualiseret behandling med størst mulig effekt og færre bivirkninger.



INITIATIVER

Sundhedsvæsenets brug af sundhedsdata

2.1 Videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser

Regionerne vil videreudvikle de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser i regi af RKKP, *Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram*, så det bliver nemmere at indsamle kvalitetsdata og gøre data mere tilgængelige. Kvalitetsdatabaserne skal forblive et kerneredskab i kvalitetsudvikling og styring efter størst mulig værdi for patienten. Databaserne skal være en væsentlig leverandør af nye centrale data om patientnære resultater (PROM/PRO), patientsikkerhed og data om hele patientforløb før under og efter sygehusbehandling. Målet er at øge anvendelsen af data til systematisk kvalitetsforbedring i klinikken og i ledelsesopfølgningen. Samtidig skal der være åbenhed for borgerne om resultaterne af indsatsen i sundhedsvæsenet, og borgerne skal have bedre adgang til data om sig selv. Det skal understøtte spredning af bedste praksis og reducere forskelle i kvalitet på tværs af sundhedsvæsenet.

2.2 Udvikling af ny it-plattform for de kliniske kvalitetsdatabaser

Regionerne arbejder på at etablere et fælles it-system for indsamling, bearbejdning og videregivelse af data i de kliniske kvalitetsdatabaser. Formålet er at sikre ensartede driftsbetingelser for databaserne og lette registreringsbyrden ved at forbedre mulighederne for at tage imod tidstro data fra eksisterende datakilder – både nationale og lokale. Det skal også være lettere at trække data ud af de kliniske kvalitetsdatabaser, så de kan omsættes til ny viden.

2.3 Kortlægge behov for tidstro data

Regionerne vil kortlægge behovet for tidstro data inden for udvalgte sygdomsgrupper. Begrebet tidstro data dækker både over tidstro registrering, altså at data registreres i hændelsesøjeblikket og tidstro adgang til data, hvor kliniske data stilles til rådighed med det samme eller kort tid efter registreringen. Som en del af det nye nationale kvalitetsprogram for sundhedsområdet etableres lærings- og kvalitetsteams, der skal fungere som motorer for accelerering af kliniknære kvalitetsforbedringer – blandt andet ved hjælp af systematisk brug af lokale tidstro data. Gennem systematisk anvendelse af tidstro data tydeliggøres effekten af lokale indsatser for at forbedre behandlingskvaliteten fra dag til dag.

2.4 Offentliggøre kvalitetsdata og skabe synlighed om resultater

Regionerne vil arbejde for at borgere har nem adgang til relevante kvalitetsdata fra forskellige behandlingssteder, så de har mulighed for at træffe et oplyst valg om, hvor de ønsker behandling. Systematisk offentliggørelse af relevante data skal desuden give borgere og politikere indsigt i, hvilke resultater man opnår i det offentlige sundhedsvæsen. Data skal være præsenteret på en letforståelig måde – fx på Sundhed.dk.

2.5 Udvikling af Personlig Medicin

Regionerne prioriterer arbejdet med udvikling af personlig medicin højt. Med personlig medicin kan man skræddersy behandling og forebyggelse på baggrund af den enkelte borgers genetiske profil. Målet er, at patienter fra første dag tilbydes virksom behandling uden bivirkninger. Regionerne vil derfor undersøge

muligheden for, på en sikker og etisk forsvarlig måde, at opbevare og analysere genomdata med henblik på at øge kvaliteten af behandlingen.

2.6 Landsdækkende udbredelse af telemedicin til KOL-patienter

Regionerne vil i samarbejde med kommunerne udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019. Det er visionen, at borgere med KOL skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så de opnår øget tryghed og fleksibilitet, samtidig med at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres. På denne måde bidrager telemedicin til at sikre et sundhedsvæsen tæt på borgerne med færre indlæggelser og ambulante besøg.

2.7 Præhospital patientjournal (PPJ)

Alle regioner implementerer den præhospitale patientjournal (PPJ) inden 1. oktober 2015. It-understøttelsen af hele den præhospitale indsats muliggør, at relevante data om den akutte patient registreres elektronisk fra starten i ambulancen eller akutlægebilen på en tablet og let overføres til sygehusenes elektroniske patientjournal (EPJ). Det betyder, at akutafdelingen på sygehuset har adgang til elektroniske data om patienten fra før indlæggelsestidspunktet og risikoen for fejlinformation i overleveringen af patienten minimeres.

2.8 Komplekse forløb

Sammen med staten og kommunerne har regionerne igangsat et afklaringsprojekt om komplekse forløb med afsæt i den nationale digitaliseringsstrategi. Afklaringen skal munde ud i et pilotprojekt, som skal belyse, om man ved en digital understøttelse af samarbejdet mellem aktørerne i praksis, kommunale plejeenheder og sygehuse kan opnå et bedre samarbejde om komplekse, tværgående patienter. Herunder hvilke økonomiske og sundhedsfaglige gevinster der vil være ved dette.

2.9 Styring efter værdi for patienten

Regionerne igangsætter et projekt om at monitorere og synliggøre patientnære behandlingsresultater ensartet på tværs af landet – i første omgang for 5-10 forskellige patientgrupper. Projektet indebærer kobling af eksisterende data om aktivitet, kvalitet og økonomi og oplysninger fra patienterne i nye opfølgingsmodeller. Projektet sammenligner resultater på tværs af afdelinger for at understøtte kvalitetsudvikling og udbrede gode metoder, som bedst og billigst imødekommer patienternes behov. De indsamlede kvalitetsdata skal indgå i dialogen med den faglige ledelse om driftsoptimering, styring efter gode patientnære resultater og eventuelle udfordringer. Samtidig vil regionerne gå i gang med at teste nye værdibaserede styrings- og afregningsmodeller i overensstemmelse med aftalen med regeringen om regionernes økonomi for 2016.

2.10 Sygehusbyggeri, logistik og sporing

Regionerne arbejder på at identificere fællesregionale initiativer for sporing af bl.a. patienter, personale og udstyr. Der er betydelige gevinster forbundet med it-understøttelse af logistikfunktionerne på hospitalerne. Det minimerer spildtiden og giver større sikkerhed for, at det nødvendige udstyr til behandling af patienten når frem til rette tid og sted

2.11 Opfølgning på aktivitet i praksissektoren

Regionerne har et generelt øget fokus på at styrke indsatsen i forhold til at følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Blandt andet er alle regioner og kommuner gået sammen om udvikling af en fælles it-plattform, kaldet Praksys.dk, som forventes at blive udrullet i løbet af 2016. Platformen skal understøtte regionerne i administrationen af overenskomsternes regler, planlægning i praksissektoren samt controlling og afregning med yderne i praksissektoren. Med implementeringen af Praksys.dk etableres et elektronisk system, der i væsentlig udstrækning kan håndtere de manuelle analyser, som regionerne foretager i dag.

2.12 Nyt Landspatientregister - LPR3

Regionerne samarbejder med stat og kommuner om at udvikle et nyt landspatientregister (LPR3), som skal indeholde information om det samlede patientforløb – herunder er det hensigten, at LPR3 skal åbne mulighed for at indsamle data fra før og efter en indlæggelse. LPR3 skal desuden være med til at sikre større synlighed om resultater på de enkelte sygehusafdelinger og på tværs af sygehuse, regioner og kommuner. Det forventes at LPR3 implementeres i 2018.

2.13 Sundhedsvæsnets Organisationsregister (SOR)

Regionerne, kommunerne og staten samarbejder om konsolidering af organisationsdata på tværs af den offentlige sektor. Årsagen er det fælles behov for organisationsdata, som kan løse eksisterende og fremtidige problematikker med indberetning og deling af oplysninger på tværs af sundhedsvæsenet. Det skal blandt andet styrke det tværsektorielle samarbejde og skabe præcise angivelser af organisatoriske tilhørsforhold i et sundhedsvæsen, der udvikler sig hele tiden.

2.14 Fælles praksis for registrering af data på tværs af sundhedsvæsenet

Regionerne samarbejder med stat og kommuner om at styrke tilgængeligheden af data på tværs ved at formulere en strategi for bedre registreringspraksis. Det er et helt centralt for anvendelsen og værdien af data, at data opfattes som valide, anvendelige og af høj kvalitet på tværs af sundhedsvæsnets aktører og andre brugere af data. Dette giver også mulighed for sammenligning af kvalitet og ressourceanvendelse på tværs af sundhedsvæsnets aktører. Det er en forudsætning for meningsfuld brug af data, at der bliver kodet og registreret korrekt og i fornødent omfang. Samtidig skal dobbeltregistrering og "over"-registrering minimeres.

2.15 Bedre monitorering på medicinområdet

Regionerne vil frem mod slutningen af 2015 gennemføre en analyse, der skal identificere muligheder i forhold til brug af databaseret ledelsesinformation om medicinforbrug. Formålet er at sikre en bedre styring og kvalitetssikring af medicinområdet. Ved at koble diagnoser på patienter med hvilke lægemidler der er ordineret, vil regionerne få viden om, hvorvidt medicinen ordineres efter gældende retningslinjer – fx fra RADS (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin) og KRIS (Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin).

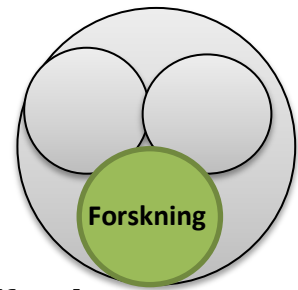
2.16 Optimeret livscyklus for It-systemer og hardware

Regionerne vil sikre at it-systemer designes, vedligeholdes og udskiftes i tide, således at data til stadighed nemt kan udveksles på en sikker måde. Ved udskiftning af systemer vil regionerne sikre at bevaringsværdige data migreres eller arkiveres. Tidssvarende hardware er også en betingelse for at få den fulde gevinst af it-systemerne.

2.17 Klinisk logistik

På mange større hospitalsafdelinger, herunder akutmodtagelser, operationsgange og sengeafdelinger, giver elektroniske overblikstavler sundhedspersonalet et overblik over kommende og igangværende patientforløb på afdelingen. Formålet er at sikre, at patienten får et patientsikkert, veltilrettelagt og effektivt behandlingsforløb med god udnyttelse af ressourcer og kapacitet. Det digitale overblik understøtter, at de rigtige ressourcer er på rette tid og sted i behandlingsforløbet. Tavlen kan fx fortælle sundhedspersonalet, når der er svar på laboratorieprøver, eller hvis der er særlige opmærksomhedspunkter i forhold til en patient. Det betyder bedre overblik, forenklede arbejdsgange og lettere planlægning for de sundhedsprofessionelle – samtidig undgår patienterne unødigt ventetid. Klinisk logistik forventes fuldt implementeret med udgangen af 2016.

UDKAST



INITIATIVER

Brug af sundhedsdata til forskning, innovation og offentlig-privat samarbejde

3.1 Fælles regionale retningslinjer for samarbejde med private aktører

Regionerne vil udarbejde et sæt fælles regionale retningslinjer for samarbejdet med private aktører ved brug af data. Retningslinjerne skal fx beskrive principper for anonymisering af sundhedsdata inden de stilles til rådighed for private aktører.

3.2 Ensartede rammevilkår for brug af sundhedsdata til forskning og innovation

Regionerne deltager i arbejdet med at udarbejde en National Strategi for Adgang til Sundhedsdata. Formålet med strategien er, at skabe et endnu bedre grundlag for sundhedsforskningen i Danmark hos både offentlige og private aktører. Herudover skal strategien skabe et bedre grundlag for samarbejde med erhvervslivet omkring forskning og udvikling af nye løsninger.

3.3 Én indgang for industrien

Regionerne vil udvide initiativet "Én Indgang for industrien" til også at gælde medico-området. Samarbejdet skal bl.a. assistere medico-virksomheder, der har brug for at finde egnede regionale testfaciliteter. Regionerne og medico-industrien har allerede udarbejdet en standardaftale, der skal gøre det nemmere for medico-virksomheder og hospitaler at samarbejde om klinisk afprøvning af medico-udstyr i Danmark. Samarbejdet om "Én Indgang" er i forvejen etableret i forhold til lægemiddelindustrien.

3.4 Inno+ - Tidlig klinisk afprøvning

Regionerne arbejder sammen med lægemiddelindustrien i et partnerskab, som skal understøtte tidlig klinisk afprøvning af ny medicin i Danmark. Partnerskabet skal sikre, at lægemiddeludviklende virksomheder og danske forskergrupper ser Danmark som et samlet, fuldt integreret klinisk forskningslaboratorium. Der tilbydes derfor et nyt koncept for tidlige afprøvninger af nye lægemidler inden for de sygdomme, hvor danske kliniske forskere har en konkurrencedygtig medicinsk ekspertise.

3.5 Forskermaskiner

Regionerne vil undersøge muligheden for at etablere såkaldte forskermaskiner, som kan sikre forskere en fleksibel adgang til sundhedsdata og koble forskellige datakilder, samtidig med at borgernes personlige oplysninger håndteres sikkert, forsvarligt og i åbenhed. Metoder til sikker håndtering er fx, at forskerne ikke har direkte adgang til navn og CPR-nummer, samt andre oplysninger, som kan bruges til identifikation af den enkelte. Det er målet, at den lettere adgang til regionale sundhedsdata – herunder data fra den elektroniske patientjournal (EPJ) – skal styrke og udvikle mulighederne for dansk sundhedsforskning.

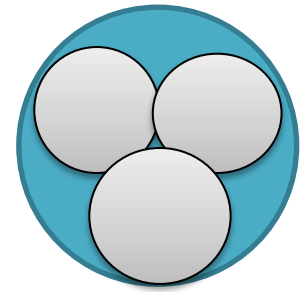
3.6 Fremtidssikret struktur på biobankområdet

Regionerne har fremtidssikret biobankområdet ved at danne en ny styringsstruktur, der i øjeblikket omfatter Dansk Cancer Biobank, Dansk Reuma Biobank og Patobanken. Danske Regioner vil på den baggrund kortlægge økonomi- og rammebetingelser samt sygdomsområder for mulig etablering af andre biobanker. Danske Regioner vil også udarbejde retningslinjer for biobankernes samarbejde med virksomheder.

3.7 PROCRIN - Program for Clinical Research Infrastructure

Danske Regioner er bevillingshaver for PROCRIN, som er et program, der bygger bro mellem forskning og klinisk praksis. Programmets ambitiøse vision er at understøtte langsigtede bestræbelser på at sikre, at alle data relateret til én person i hele sundhedsvæsenet opsamles systematisk, undergår kvalitetssikring og er tilgængelige for forskning og klinisk anvendelse. Samtidig skal fortrolighed sikres bedst muligt for det enkelte individ. Der er bevillet midler til PROCRIN frem til udgangen af 2016.

UDKAST



INITIATIVER

Sikkerhed og transparens

4.1 Informationskampagne om regionernes brug af sundhedsdata

Regionerne vil være åbne om, hvordan sundhedsdata indsamles, opbevares og bruges. Som et led i dette vil regionerne gøre det muligt for borgerne at se, hvad indsamlet sundhedsdata bruges til, fx om data bruges til forskning eller kvalitetsudvikling. Regionerne vil gennemføre en borgerrettet oplysningskampagne og en informationsside på Sundhed.dk. Begge dele skal informere borgerne om, hvad data bruges til. I forbindelse med informationskampagnen, vil regionerne gå i dialog med borgerne om, hvordan de ser på sundhedsvæsenets brug af data.

4.2 Hvem har slået op i min journal

Regionerne arbejder på, at borgerne kan se, hvem der har lavet opslag i deres journaloplysninger. Borgerne kan allerede i dag se, hvem der har slået op i deres Sundhedsjournal og E-journal gennem "Min Log" på Sundhed.dk, men kan ikke se, hvem der har foretaget opslag i deres Elektroniske Patientjournal (EPJ).

4.3 Modernisering af lovgivningen

Regionerne vil i dialog med staten afdække behovet for at modernisere lovgivningen i forhold til brug af sundhedsdata. Afdækningen finder sted i slutningen af 2015. Regionerne ønsker at lovgivningen i højere grad tage højde for at de digitale og behandlingsmæssige muligheder løbende udvikler sig. I dag må data indsamlet til kliniske kvalitetsdatabaser ikke må bruges til behandling. Regionerne mener at denne begrænsning er ude af trit med virkeligheden, hvor behandling, kvalitetsudvikling og forskning er tæt forbundet. Derfor mener regionerne, at lovgivningen skal moderniseres, så der skabes optimale rammer for, at det fulde potentiale i brugen af sundhedsdata kan realiseres.

4.4 Partnerskab om nyt NemID

Danskernes digitale nøgle "NemID" skal indkøbes på ny, da kontrakten udløber i november 2017. I den forbindelse vil regioner, kommuner og stat etablere et partnerskab om løsningen med den private sektor. Formålet med partnerskabet er at lave en bindende aftale med én eller flere private parter, der kan bidrage til finansiering og udbredelse af (dele af) nyt NemID. NemID bruges både af sundhedsfaglige og borgere til at se helbredsoplysninger i Det Fælles Medicinkort (FMK) og på Sundhed.dk. Regionerne er afhængige af, at borgerne har et NemID, så de kan tilgå Digital Post fra regionerne – og fx se indkaldelsesbreve fra hospitalerne.

4.5 Regionernes politiske linje for informationssikkerhed

Regionerne har med "Regionernes politiske linje for informationssikkerhed"¹ sat et fælles niveau for, hvordan de værner om borgernes privatliv ved brug af persondata. Informationssikkerhed er fundament for at anvende data til at give borgerne den bedste behandling – nu og i fremtiden. Derfor skal sikkerheden være i orden. Den politiske linje indeholder 14 konkrete initiativer, som regionerne skal gennemføre. Regionerne vil bl.a. sikre en risikobaseret tilgang til informationssikkerhed og implementere

¹ Kan læses her: http://www.regioner.dk/~media/Mediebibliotek_2011/SUNDHED/Sundheds-it/DKR_Sundhedspolitik_2015.ashx

sikkerhedstandarden ISO 27001. Dette indebærer blandt andet et entydigt ledelsesansvar for informationsikkerhed. Regionerne vil desuden sikre bedst mulig beskyttelse mod hackerangreb, og at der årligt bliver gennemgået en it-sikkerhedsberedskabsplan – første gang i 2016. Herudover vil regionerne udarbejde en fællesregional strategi for awareness, der udbreder viden om informationsikkerhed og sikkerhedsrisici hos alle relevante medarbejdere i regionerne.

UDKAST



16-09-2015

Sag nr. 14/2112

Dokumentnr. 46652/15

Christina Carlsen

Tel. 35298277

E-mail: Cca@regioner.dk

Samlede anbefalinger fra Ernst & Youngs Evaluering af byggestyringsprincipperne i de 16 kvalitetsfundsprojekter

Generelle temaer i relation til byggestyringsprincipper i kvalitetsfundsprojekterne

Anbefalinger:

Totaløkonomi:

- I projektets indledende fase er det vigtigt, at bygherre forholder sig kritisk til realisme i anlægsbudget og skitseret økonomi.
- Der bør være fokus på sikring af den nødvendige økonomiske fleksibilitet og råderum i forhold til at kunne gennemføre visse totaløkonomiske valg undervejs i projektet.

Markedet for leverandører:

- Sikring af udbud, der har en størrelse, hvor de bliver økonomisk attraktive for udenlandske leverandører.
- Sikre realisme i budgetteringen i forhold til det marked, licitationen skal foregå i.
- I revideringen af AB-systemet bør der være fokus på at sikre ensartethed og gennemskelighed i forhold til andre landes regelsæt.

Offentligt fokus:

- Fokus på løbende kommunikation af positive historier til omverdenen.
- Klar pressestrategi, herunder inddragelse af de rette kompetencer til udarbejdelse og eksekvering af denne.

Forventningsafstemning:

- Realisme i forhold til anlægsrammen, herunder afstemning af valg/fravalg.
- Identifikation og involvering af ”ambassadører”, der skal understøtte en positiv stemning.
- Sikre ensartet forståelse for og opfattelse af udfordringer via tværfaglig ”tolk”.
- Fokuseret forventningsafstemning i forhold til målgruppen.

Leverandørstyring:

- Beslutningskriterier og vægtningen heraf bør ikke alene fokusere på pris, men også afspejle vigtigheden af leverandørens konkrete reference og branchespecifikke erfaringer.

Regionernes erfaringer med organisering, styring og opfølgning på projekterne

Anbefalinger:*Bygherres organisering:*

- Byggetekniske kompetencer med fra projektstart med henblik på sikring af byggeteknisk vurdering af helhedsløsningen, og kritisk stillingtagen til byggeledelsens risikovurderinger.
- Sikring af professionelle projektledelseskompetencer.
- Den driftsansvarlige bør indgå i bygherreorganisationen med henblik på sikring af forankring og driftsmæssigt fokus på bygningsmæssige beslutninger.
- Inddragelse af juridisk kompetence til sikring af rette entydige formuleringer og specificering i kontraktgrundlag. Samtidig sikring af rettidig og retmæssig håndtering af tvister.

Rådgiverkonsortium:

- Man bør sikre sig indsigt i konsortiedeltagernes økonomiske forhold inden kontraktindgåelse.
- Man bør i aftalegrundlaget præcisere konsortiets forpligtigelse til at stille de rette og lovede kompetencer til rådighed, herunder at even-

tuelle udskiftninger af medarbejdere skal meddeles og godkendes af bygherre, samt gennemsigtighed i konsortiets interne afregningsmodeller.

- Bygherrefokus på, at der i konsortiets tilbud er tilstrækkelige midler til indkørfasen.

Byggeledelsens kompetence:

- Byggeledelsen skal have de nødvendige ressourcer og rette kompetencer til at modstå, udfordre og afklare entreprenørers ekstrakrav, herunder kunne identificere eventuelle modkrav.
- Byggeledelsen skal være robust og kunne håndtere det stigende pres fra entreprenører, der er blevet teknisk og juridisk stærkere.

Bygherrerådgiver:

- Bygherrerådgiver bør ikke gøres ansvarlig for projekterings- og udførelsesopgaver, da de således ikke kan agere kritisk og uvildigt overfor totalrådgiver.
- Valg af model for bygherrerådgivers rolle afhænger af bygherres egen organisation og kompetencer, bygherrerådgivers forventede opgavetyper og den økonomiske ramme til bygherrerådgivning.

Regionernes erfaringer med og rammer for styring af rådgivere/leverandører

Anbefalinger:

Aftalens indhold:

- I forbindelse med indgåelsen af aftaler med rådgivere/leverandører er det væsentligt, at aftalens parter sammen får kortlagt, forventningsafstemt og beskrevet de ydelser og leverancer, der skal leveres i projektet.

Afregningsmodel:

- Det bør overvejes, at supplere omprojekteringsklausulerne med bonusordninger, der i sin tilgang belønner godt og veludført arbejde fra rådgiver med henblik på at understøtte, at projektets parter arbejder ud fra fælles økonomiske interesser og målsætninger.
- Det anbefales, at bonus-ordningens økonomiske gevinst har et om-

fang, der gør det attraktivt for rådgivere og entreprenører.

Side 4

Mulighed for genforhandling

- Det anbefales, at man overvejer at udarbejde et aftalegrundlag, der giver mulighed for genforhandlinger af dele af aftalen, eksempelvis ved faseskift i projektet.
- I den forbindelse anbefales det, at de eventuelle fordele ved muligheden for genforhandling holdes op imod risikoen for, at sådanne forhandlingsforløb kan have en tidsmæssig og økonomisk indvirkning på projektet.

Aftalegrundlaget

- Ved anvendelse af AB-systemet anbefales det, at der udarbejdes en detaljeret tillægsspecificering af leverancer med henblik på at styrke og/eller klarlægge bygherrens position i forhold til eventuelle tvister med rådgiver og/eller entreprenører.

Samarbejdsmodeller dels i forhold til udførelse, herunder byggeledelse, fagtilsyn, konflikthåndtering m.v. dels i forhold til den efterfølgende driftsorganisation

Anbefalinger:

Styring af rådgiverressourcer:

- Bygherre skal ikke alene fokusere på prisen i valget af totalrådgiver, men tværtimod forholde sig kritisk til realismen i totalrådgivers budget med henblik på at sikre tilstrækkelige rådgiverressourcer i såvel projekterings- som udførelsesfasen.
- I udførelsesfasen skal bygherre have fokus på en stram styring, da konsekvensen af en ændring her er størst, mens det økonomiske råderum er begrænset.

Byggeledelse:

- Det anbefales, at ansvaret for byggeledelsen placeres andetsteds end hos projekterende rådgiver.
- I forhold til honoreringen af den særskilte byggeledelse anbefales det at have fokus på kvalitet fremfor økonomi alene. Dermed sikres, at byggeledelsen ressource- og kompetencemæssigt kan styre og matche entreprenørerne og ikke mister overblikket i forhold til det

faktiske byggeri.

Side 5

Fagtilsyn:

- Ved fastlæggelsen af omfanget af og ressourcebehov til tilsynet skal sikringen af byggeriets kvalitet være i fokus.
- I forbindelse med fastlæggelse af tilsynets omfang anbefales det, at inddrage sygehusets bygningsmæssige driftspersonale. Herved kan driftspersonalet bidrage til identificering af kritiske områder i byggeriet.

Samarbejde med driftsorganisation:

- Driftsorganisationen bør inddrages allerede i forbindelse med projekttilblivelsen, så helhedsplanen udarbejdes med det nødvendige drifts- og effektiviseringsmæssige fokus.
- I udførelsesfasen vil et tæt og integreret samarbejde med driftsorganisationen sikre en klar forventningsafstemning i forhold til, hvorledes ønskelige projektændringer fra driftsorganisationens side vil blive håndteret i projektet.

Konflikthåndtering i udførelsesfasen:

- Bygherre sikrer en fast og hensigtsmæssig strategi for håndtering af konflikter i udførelsesfasen.
- Bygherre bør hele tiden være i stand til at vurdere, hvad der er mest hensigtsmæssigt i den givne konfliktsituation.

Regionernes erfaringer med udbudsstrategi og bygbarhed

Anbefalinger:

Bygbarhed:

- Projekterne bør overvejende bestå af gennemprøvede byggetekniske løsninger. Det anbefales, at eventuelle komplekse/ikke-afprøvede byggetekniske løsningers realiserbarhed (bygbarhed) vurderes af personer med udførelsesmæssige kompetencer.
- Erfaringer har vist, at totalrådgiver i projekteringsfasen med fordel kunne nedtone det arkitektoniske fokus og fokusere på at træffe de mest effektive og fleksible bygningsmæssige valg indenfor projek-

tets økonomiske ramme.

Side 6

Granskning af projektmateriale:

- En grundig og fyldestgørende granskning af projektmaterialet skal bidrage til at minimere risikoen for fejl og mangler i projektmaterialet. Det anbefales, at bygherre prioriterer såvel tid som ressourcer i forhold til en sådan granskning.
- Som supplement til bygherres interne granskning af projektet anbefales det, at lade en projektuafhængig tredjepart granske projektmaterialet. Dette med henblik på at sikre uvildig vurdering af projektets kvalitet, herunder at kunne udfordre valgte løsninger.

Regionernes procedurer for risiko- og reservestyring, økonomi og tidsstyring

Anbefalinger:

Risiko- og reservestyring

- Sandsynlighedsvurdering af kapitaliserede risici ud fra eksempelvis; worst case, most likely og best case. Alle kendte risici skal forsøges kapitaliseret rettidigt enten via forventninger, kvalificerede estimater/overslag, faktiske tilbud eller delvist realiserede. Kapitaliseringen bør løbende ajourføres og skal indeholde risikoens mulige og kendte afledte effekter.

Tidsplaner:

- Der anlægges en mere realistisk og konservativ tilgang til byggeriets tidsplaner, som ligger til grund for de udmeldinger, der gives om byggeriets færdiggørelse. Herunder at bygherre udfordrer rådgivers oplæg til tidsplaner med udgangspunkt i erfaringer fra gennemførte sammenlignelige projekter.

Mangeludbedring:

- I samarbejde med driftsorganisationen, at få foretaget løbende vurderinger af byggeriet med henblik på at identificere eventuelle mangler og disses eventuelle påvirkning på idriftsættelsen.
- Afsættelse af tilstrækkelig tid til mangeludbedring inden ibrugtagning.

Danske Regioner



Evaluering af
byggestyringsprincipperne for de 16
kvalitetsfondsprojekter



Building a better
working world

Indhold

1	Executive summary	2
1.1	Den gennemførte evaluering	2
1.2	Overordnede betragtninger og anbefalinger i relation til de udvalgte analysetemaer	3
1.3	Generelle temaer	3
1.4	En belysning af regionernes erfaringer med organisering, styring og opfølgning på projekterne	4
1.5	En belysning af regionernes erfaringer med og rammer for styring af rådgivere/leverandører	5
1.6	En belysning af samarbejdsmodeller dels i forhold til udførelse, herunder byggeledelse, fagtilsyn, konflikthåndtering mv., dels i forhold til den efterfølgende driftsorganisation	5
1.7	En belysning af regionernes erfaringer med udbudsstrategi og bygbarhed	6
1.8	En belysning af regionernes procedurer for risiko- og reservestyring, økonomi og tidsstyring	7
1.9	Anbefalinger pr. område	9
2	Indledning og baggrund	15
2.1	Strukturen bag evalueringen	15
2.2	KF-projekternes fællestræk og forskelligheder	16
3	Metodebeskrivelse og tilgang	18
3.1	Evaluering	18
4	Anbefalinger i forhold til de udvalgte analysetemaer	19
4.1	Generelle temaer indenfor byggestyringsprincipper for KF-projekterne	20
4.2	En belysning af regionernes erfaringer med organisering, styring og opfølgning på projekterne	23
4.3	En belysning af regionernes erfaringer med og rammer for styring af rådgivere/leverandører	27
4.4	En belysning af samarbejdsmodeller dels i forhold til udførelse, herunder byggeledelse, fagtilsyn, konflikthåndtering mv., dels i forhold til den efterfølgende driftsorganisation	29
4.5	En belysning af regionernes erfaringer med udbudsstrategi og bygbarhed	33
4.6	En belysning af regionernes procedurer for risiko- og reservestyring, økonomi og tidsstyring	37
5	Perspektivering	40
6	Appendix	41
6.1	Beskrivelse af gennemgange - dybdegående og "light"	41
6.2	Materialeindsamling	41
6.3	Definitioner	42

1 Executive summary

EY har i efteråret 2014 og starten af 2015 gennemført en evaluering af byggestyringsprincipperne for de 16 kvalitetsfondsprojekter (herefter KF-projekter).

Evalueringen er blevet til som følge af økonomiaftalen for 2015 mellem Staten og regionerne, hvoraf det fremgår:

”Som led i regionernes projekt om videndeling gennemføres en evaluering af byggestyringsprincipperne i de 16 kvalitetsfondsprojekter med særligt fokus på rammerne for og styring af leverandører. Evalueringen skal munde ud i fælles anbefalinger vedrørende god styring og eksekvering heraf på byggerierne.”

Den aftalte evaluering er efterfølgende af Danske Regioner defineret som en belysning af følgende 5 specifikke spørgsmål:

1. En belysning af regionernes erfaringer med organisering, styring og opfølgning på projekterne
2. En belysning af regionernes erfaringer med og rammer for styring af rådgivere/leverandører
3. En belysning af samarbejdsmodeller dels i forhold til udførelse, herunder byggeledelse, fagtilsyn, konflikthåndtering mv., dels i forhold til den efterfølgende driftsorganisation
4. En belysning af regionernes erfaringer med udbudsstrategi og bygbarhed
5. En belysning af regionernes procedurer for risiko- og reservestyring, økonomi og tidsstyring.

Evalueringen er gennemført af et team af specialister fra EY, der til dagligt blandt andet varetager Det Tredje Øje-funktionen på 2 af de 16 kvalitetsfondsprojekter og herigennem har en dyb indsigt i de udfordringer, KF-projekterne allerede står overfor, og som de måtte komme til at stå overfor fremadrettet.

Endvidere har teamet tidligere deltaget i udarbejdelsen af rapport til Danske Regioner ”Økonomistyring af større anlægsprojekter/sygehusbyggerier” fra 2008.

Målgruppen for evalueringen er primært det regionale ledelsesniveau.

1.1 Den gennemførte evaluering

Evalueringen er gennemført på baggrund af en informationsindsamlingsproces, hvor en række af de enkelte projekters aktører er blevet interviewet.

Med henblik på at dække så bredt et spekter som muligt, så effektivt som muligt, inddelte vi fra starten de 16 KF-projekter i 2 grupper - en gruppe til dybdegående interviews og en gruppe til en mere overordnet gennemgang (Kommentering og perspektivering af en række hypoteser).

Opdelingen blev foretaget under hensyntagen til følgende præmisser:

- ▶ At alle 5 regioner inddrages
- ▶ At alle faser op til og med *Fase 6 - Udførelse* repræsenteres i en dybdegående gennemgang
- ▶ At såvel store som små projekter, nybyggerier og ombygningsprojekter omfattes af en dybdegående gennemgang.

Opdelingen har været aftalt med kontaktgruppen hos Danske Regioner og har været som følger:

Dybdegående interviews	Kommentering og perspektivering af hypoteser
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Det nye Universitetshospital i Aarhus - DNU ➤ Odense Nyt OUH, Somatik ➤ Nyt Aalborg Universitetshospital ➤ Slagelse Psykiatri ➤ Det Nye Hospital i Vest - DNV Gødstrup 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Slagelse akut ➤ Universitetssygehus Køge ➤ Regionshospital Viborg ➤ Nyt Hospital Herlev

Dybdegående interviews	Kommentering og perspektivering af hypoteser
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nyt Hospital Nordsjælland ➤ Sygehus Sønderjylland, Aabenraa ➤ Nyt Hospital Bispebjerg ➤ Det Nye Rigshospital ➤ Kolding Sygehus 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ny Retspsykiatri Sct. Hans ➤ Nyt Hospital Hvidovre

1.2 Overordnede betragtninger og anbefalinger i relation til de udvalgte analysetemaer

Evaluering af byggestyringsprincipper for samtlige 16 kvalitetsfondsprojekter - med en samlet anlægsramme på 42 mia. kr. - omfatter mange forskellige tilgange til mange forskellige problemstillinger.

Og det der måtte være en anvendelig løsning på et givent problem i ét projekt i én region, kan i visse tilfælde vise sig at være lige netop den mindst anvendelige løsning på samme problem i et andet projekt i en anden region.

Der er naturligvis en række fællestræk projekterne imellem og nogle forhold, som vi - baseret på vores erfaringer med Kvalitetsfondsprojekterne - mener, der bør være fokus på hos samtlige projekter og samtlige regioner. Flere af disse ville sandsynligvis også gøre sig gældende på andre offentligt drevne projekter med aktører fra den private sektor.

De mange forskellige organisationer, der mødes, med samme interesser udadtil - projektets succes, vil i mange tilfælde med tiden få mere modstridende - eller i hvert tilfælde knapt så ens - interesser, efterhånden som projekterne skrider frem og støder på udfordringer.

Alle aktører i projekterne, fra region/bygherre over projektafdeling, bygherrerådgiver, hospital, projektrådgivere og entreprenører, kan - efterhånden som projektet måtte blive presset på ressourcer - have tendens til at kigge på egne lokale målsætninger først og det samlede sygehus' succeskriterier senere.

Bygherre bør således sikre konstant fokus på det totale projekt - altså byggeri og fremtidig drift under ét.

En gennemgående anbefaling, der for så vidt dækker alle temaer indenfor denne evaluering, er derfor:

at sikre en instans, der konstant fastholder fokus på KF-projektets samlede interesser, fra første spædestik til behandlingen af patienter mange år frem i tiden.

En sådan instans bør i sagens natur være ekstern, uvildig og uafhængig og således antage en overordnet rolle som uafhængig "vagthund" for projekterne på temaer som risikostyring, tid, kvalitet, økonomi mv.

En model kunne være en ekstern instans, der, udover at granske og overvåge en regions samlede KF-projektportefølje, ligeledes foretager en samlet vurdering og rapportering på den enkelte regions håndtering af KF-projekterne.

En anden model kunne være den, som bruges flere steder i dag, hvor en uvildig instans er udpeget for hvert projekt.

1.3 Generelle temaer

Vi har identificeret en række generelle temaer i forhold til byggestyringsprincipperne for KF-projekterne, der ligger udover de 5 analysetemaer beskrevet ovenfor.

KF-projekterne er i deres helhed underlagt **totaløkonomiske principper** forstået således, at beslutninger taget i projekterne skal tilgodese den samlede økonomi - dvs. såvel anlægsrammen som den efterfølgende drift, og de effektiviseringskrav denne er underlagt.

Den låste anlægsramme for byggeriet samt de medfølgende effektiviseringskrav i driften gør, at det må anbefales, at projekterne så vidt muligt i de indledende faser sikrer den nødvendige realisme i det skitserede byggeri i forhold til anlægsrammen. Det er meget væsentligt at sikre en økonomisk fleksibilitet og

råderum i projektets senere faser, da der med høj grad af sandsynlighed vil tilståde forhold, man på forhånd ikke havde forudset.

KF-projekterne har generelt oplevet, at i og med der har været få bydere til de store udbud, kombineret med manglende udenlandsk involvering og stigende efterspørgsel generelt, så er risikoen for generelt højere priser også steget. KF-projekterne bør derfor, af hensyn til konkurrencen, **sikre udbud med en størrelse, der gør dem økonomisk attraktive** for udenlandske leverandører, ligesom det er vigtigt at **sikre realisme i budgetteringen** i forhold til det marked, licitationerne skal foregå i.

Da totalrammen for projekterne står som en fast præmis for kvalitetsfondsprojekterne, og der således ikke åbnes for muligheder for ekstra bevillinger eller tilførsel af regionale midler, må projekterne sikre en **proaktiv og forsigtig reservestyling**, der sikrer tilstrækkelige midler til realisering af det samlede projekt. Udvikling i teknologi, patientdemografi og sygdomsbilleder gør, at projekternes behov og ønsker for byggeriet kan ændre sig, og således vigtiggøres den proaktive reservestyling.

Hvor reserverne polstrer til nye tiltag og ønsker, danner de også økonomisk værn imod realiserede risici i projektet. Et stort projekt med mange interne afhængigheder er underlagt mange forskellige risici, og der bør ske en **løbende, proaktiv og dynamisk risikovurdering og risikostyring**.

Helt overordnet set har det vist sig meget vigtigt for kvalitetsfondsprojekternes at sikre, at bygherre har den **rette organisering og interne kompetencer** indenfor en række felter. Uagtet der anvendes eksterne parter som rådgivere på projekterne, er ansvaret i sidste ende bygherres - dvs. Regionens - og regionerne må derfor påse, at der er tilstrækkeligt match af kompetencer og kvalifikationer i projektafdelingerne med henblik på at sikre kompetent modspil til de eksterne parter.

Endvidere påvirkes KF-projekterne af det faktum, at den offentlige part (regionerne) møder det private marked (rådgivere, entreprenører, leverandører) med de **forskelle i interesser** og opfattelser, det kan medføre.

Bygningen af nye sygehuse har i sagens natur **stor offentlig fokus**. Således får udfordringerne i projekterne relativt hurtig offentlig bevågenhed. Det er derfor vigtigt, at de enkelte regioner og projekter sikrer fokus på **løbende kommunikation** af de gode historier, samtidig med der anlægges en **klar pressestrategi** med henblik på at håndtere eventuel mindre hensigtsmæssig omtale af projekternes udfordringer. Denne pressestrategi bør involvere relevante kompetencer i organisationen.

Det bør derfor sikres, at parterne *såvel fra starten som løbende i projekternes samlede levetid* (byggeperioden frem til aflevering) er **forventningsafstemt** i relation til samarbejdet, dets krav og forventede leverancer og det faktum, at sygehusbyggeri alt andet lige er mere kompliceret og underlagt skrapere krav i relation til eksempelvis dokumentation end øvrige typer byggerier. Således kan nogle rådgivere og entreprenører blive overrasket over kravene til eksempelvis dokumentation.

KF-projekternes høje grad af kompleksitet samt store omfang og lange tidshorisont gør, at projekterne mødes af **mange forskellige og lokale interesser**. Det kan være en udfordring at bevare et overordnet fokus på det samlede KF-projekts interesser, dels grundet projekternes store omfang, men også det faktum, at projekternes samlede succes jo i realiteten strækker sig over flere organisationer i såvel det offentlige system (Regionen, Projektafdelingen, Hospitalsledelse, Klinik, Teknisk Afdeling, Ministerium osv.) som i blandt de private aktører (Totalrådgiver, Projektrådgiver, Bygherrerådgivere, Entreprenører, myndigheder osv.). Disse mange aktører har jo i sagens natur **lokale målsætninger**, som danner basis for den enkelte aktørs succes i projektet, men disse lokale målsætninger er ikke altid i balance med KF-projektets overordnede målsætninger og succeskriterier.

1.4 En belysning af regionernes erfaringer med organisering, styring og opfølgning på projekterne

Der er på tværs af regionerne og projekterne valgt en række forskellige organiseringsmodeller, i relation til kombinationen imellem Bygherre/projektafdeling og rådgivere, herunder såvel bygherrerådgivere som total-/projektrådgivere. Det er ikke muligt - endsige vores opgave - at udpege den rigtige model for dette, idet den rigtige model naturligvis beror på den enkelte regions og det enkelte projekts forhold.

Bygherre bør sikre, at der i projektet er tilstrækkelige **byggetekniske, projektledelsesmæssige, juridiske og driftsmæssige** kompetencer. Dette med henblik på at matche eksterne parter kompetencer og dermed sikre evnen til at **udfordre og løbende monitorere eksterne parter**, men i lige så høj grad være i stand til at være **proaktiv i forhold til eksterne parter udfordringer**.

Ofte er totalrådgiver et konsortium. En risiko ved konsortiestrukturen er potentielle interessekonflikter mellem konsortiets parter, særligt hvis en eller flere oplever økonomiske udfordringer. Risikoen her er, at konsortiet ikke er i stand til på tilstrækkelig vis at varetage KF-projektets overordnede interesser, men i stedet har mere fokus på egne interesser.

Det anbefales derfor, at bygherre **sikrer sig den fornødne indsigt i konsortiets økonomiske forhold. Ligeledes bør det sikres**, at der er fokus på konsortiets forpligtelser overfor projektet i relation til bl.a. **allokering af ressourcer og kompetencer** samt **realisme** i den tilbudte rådgivning.

Bygherrerådgiver spiller generelt en central rolle i projektets realisering om end en forskellig rolle fra KF-projekt til KF-projekt. Bygherrerådgiver kommer oftest med de mere byggetekniske kompetencer som et match til såvel rådgiver som entreprenører og andre leverandører. Omvendt er det vigtigt at sikre en klar definition af bygherres rolle i forhold til projektorganisationen, så det sikres, at bygherrerådgiveren ikke kommer så tæt på projektafdelingen, at han/hun mister sin objektivitet og uvildighed. Således bør bygherrerådgiver ikke gøres ansvarlig for projekterings- og udførelsesopgaver, da dette påvirke bygherrerådgivers evne til at agere kritisk og uvildigt overfor totalrådgiver.

1.5 En belysning af regionernes erfaringer med og rammer for styring af rådgivere/leverandører

For så vidt angår **aftalegrundlaget** mellem særligt bygherre/projektorganisation og totalrådgiver, så er dette både centralt og styrende for hele KF-projektets realisering. Da forholdet imellem KF-projektets hovedaktører alene reguleres efter dette aftalegrundlag, kan uhensigtsmæssigheder heri i sagens natur påvirke hele KF-projektet negativt.

Det bør derfor sikres, at **aftalegrundlaget indeholder muligheder for genforhandlinger**, idet projekterne kører over en lang årrække, og det er forventeligt, at forholdene omkring projektet ændrer sig.

Ligeledes er det vigtigt, at bygherre gør sig klart, hvilke risici der kan udspringe af den valgte afregningsmodel for totalrådgiver. Kombineret med ovennævnte anbefaling vedrørende indsigt i totalrådgivers økonomiske forhold, vil denne tilgang give mulighed for at agere proaktivt i forhold til risikoen for, at afregningsmodellen viser sig uhensigtsmæssig.

1.6 En belysning af samarbejdsmodeller dels i forhold til udførelse, herunder byggeledelse, fagtilsyn, konflikthåndtering mv., dels i forhold til den efterfølgende driftsorganisation

Overordnet set er det vigtigt at have en forståelse for **forskellen mellem projekteringsfasen og udførelsesfasen** i relation til de konsekvenser, som eventuelle bygningsmæssige ændringer vil medføre.

I **projekteringsfasen** vil konsekvensen ved bygningsmæssige ændringer være begrænset til, at der skal foretages justeringer i et skriftligt projektmateriale, mens konsekvenserne ved bygningsmæssige ændringer i **udførelsesfasen** ville være mere omfattende, særligt da der jo på dette tidspunkt er indgået aftaler med entreprenører, og ændringer vil derfor alt andet lige blive dyrere.

Vi har generelt oplevet, at KF-projekternes udfordringer i udførelsesfasen blandt andet har relateret sig til, at totalrådgiver har **undervurderet opgavens omfang**, herunder det generelle ressourcebehov til projekteringsfasen, hvilket så har betydet knaphed i ressourcer til udførelsesfasen. Således har vi set tilfælde, hvor projektopfølgning, tilsyn og i nogle tilfælde byggeledelse har lidt under mangelende ressourcer.

Læringspunktet fra ovenstående er således, at man som bygherre ikke alene skal fokusere på prisen i valget af totalrådgiver, men at bygherre tværtimod skal forholde sig kritisk til realismen i totalrådgivers budget.

I forhold til samarbejde omkring byggeledelsen har hovedparten af KF-projekterne valgt, at denne udskilles fra den projekterende totalrådgiver, hvilket vi generelt tilslutter os.

Erfaringerne fra de KF-projekter, hvor den projekterende totalrådgiver ligeledes skulle varetage byggeledelsen, har i flere tilfælde ikke været optimale, idet:

- ▶ kvaliteten af den udførte byggeledelse blev påvirket i forhold til totalrådgiverens samlede økonomi, som ofte var presset grundet en projekteringsfase, der blev dyrere end forventet (jf. ovenstående afsnit),

- byggeledelsen ikke kunne agere uvildigt og kritisk i forhold til det udarbejdede projekteringsmateriale.

Det anbefales derfor, at ansvaret for byggeledelsen placeres andetsteds end hos den projekterende rådgiver.

I forhold til samarbejdsmodel med totalrådgiver har vi identificeret to primære modeller anvendt på KF-projekterne:

1. Der er valgt en totalrådgiver til hele KF-projektet - på tværs af alle delprojekter
2. Der vælges en totalrådgiver til hvert delprojekt i KF-projektet.

Valget af samarbejdsmodel med totalrådgiver afhænger til dels af projektets størrelse, kompleksitet og delprojekternes afhængigheder.

Det er ikke muligt at give et endegyldigt svar på, hvilke af modellerne der er den rette, idet det afhænger af en række faktorer, som er vanskelige at forudsige, såsom kemi mellem bygherre og totalrådgiver, totalrådgivers anvendte kompetencer på projektet, hvor presset totalrådgiver er økonomisk mv.

Det er dog klart, at temaer som stordrift, begrænset kontaktflade og samlet koordinering taler for modellen med én totalrådgiver, mens temaer som sårbarhed som følge af stor afhængighed af én rådgiver taler imod.

Fagtilsyn består af totalrådgivers kvantitative og kvalitative kontrol af byggeriet i form af stikprøvevis tilsyn. Omfanget heraf fastlægges i **tilsynsplaner forud for udførelsesfasen**. I forbindelse hermed anbefales det, at sygehusets bygningsmæssige driftspersonale inddrages, idet de må antages at kunne bidrage til at identificere kritiske dele af byggeriet, hvor et skærpet fokus er påkrævet.

Samtidigt kan det overvejes, om sygehusets driftsorganisation, som **supplement til totalrådgiverens fagtilsyn**, skal udføre eget tilsyn af byggeriet. Dette med henblik på en uvildig driftsfokuseret kontrol af det byggeri, der opføres, og for at øge driftspersonalets ejerskab til og viden om byggeriet.

I forhold til den konkrete håndtering af rådgivers tilsyn kan det anbefales, at der etableres et dynamisk og effektivt styringsværktøj i form af en tilsynslog til registrering af udførte fagtilsyn.

I forhold til den **efterfølgende driftsorganisation** må det påpeges, at KF-projektets endelige succes i stor grad afhænger af, hvorvidt driftsorganisationen bliver inddraget rettidigt og føler et behørigt ejerskab til projektet.

Derudover besidder driftsorganisationen såvel værdifuld viden som væsentlig perspektivering i forhold til byggeriet, hvorfor der **tidligt i projektløbet skal etableres et tæt samarbejde mellem projektet og driften**. Dette vil medvirke til at sikre en klar forventningsafstemning parterne imellem til gavn for det samlede projekt.

I disse store komplekse projekter, vil der uvægerligt opstå konflikter parterne imellem. Sådanne **konflikter i udførelsesfasen** vil ofte medføre risiko for, at igangværende byggerier må stoppes, med afledte forskydninger og potentielle forsinkelser i de efterfølgende byggerier.

Vi anbefaler derfor, at bygherre fra starten har en **klar og fast strategi for håndtering af disse konflikter**, med henblik på at minimere de afledte effekter. Således skal bygherre hele tiden være i stand til at vurdere, hvad der er mest hensigtsmæssigt i den givne konfliktsituation.

1.7 En belysning af regionernes erfaringer med udbudsstrategi og bygbarhed

KF-projekterne anvender forskellige udbudsstrategier, der beskriver entreprisformen samt projektets opdeling og strukturen for rådgivers og entreprenørers involvering.

I evalueringen opererer vi med forskellige former for udbudsstrategier - *Hovedentreprise, Fagentreprise, Storentreprise og Totalentreprise*. Vi har i rapporten oplistet en række fordele og ulemper ved de forskellige former for udbudsstrategier og anbefaler samlet set, at projekterne overvejer disse i forbindelse med valg af udbudsstrategi.

Det har vist sig vigtigt hos mange KF-projekter at bibeholde en **dynamisk udbudsstrategi**, således udbudsstrategien løbende kan tilpasses **forhold i markedet og typen af opgaver**. Typen af opgaver kan sondre mellem nybyggeri, ombygning, specialkompetencer mv. Endelig skal der tages højde for regionale forhold og lokale markedsforskeligheder, idet en given region vil have flere KF-projekter i gang samtidigt, hvilket kan presse markedet.

Vi har allerede nu set, at KF-projekterne i deres levetid kan blive underlagt tilpasninger indenfor rammen af såvel kvalitetsmæssig eller arealmæssig karakter. I den forbindelse anbefales det, at KF-projekterne så tidligt som muligt **identificerer og prioriterer særligt kritisk byggeri** som værende byggeri, der er særlig vigtigt og er særlig sårbar overfor eventuelle reduktioner og besparelser. Sådant byggeri bør således **bygges først**, så man har sikkerhed for **tilstrækkelige ressourcer** hertil.

Begrebet bygbarhed har mange betydninger. I denne forbindelse omhandler det vigtigheden i, at totalrådgiver har fokus på, at **projektet skal indeholde "byggbare" byggetekniske løsninger, som i udførelsesfasen er mulig at realisere for entreprenøren.**

Der bør således foretrækkes gennemprøvede tekniske løsninger, og det anbefales, at **komplekse/ikke gennemprøvede løsningers bygbarhed vurderes af folk med udførelsesmæssige kompetencer.**

I forhold til begrebet bygbarhed har erfaringer fra visse KF-projekter vist, at totalrådgiver i projekteringsfasen med fordel kunne nedtone det rent arkitektoniske fokus (i den udstrækning det ikke har behandlingsmæssig relevans) og i højere grad fokusere på at træffe de mest effektive og fleksible bygningsmæssige valg indenfor projektets økonomiske ramme.

Fejl og mangler i projektet er naturligvis u hensigtsmæssigt, og med mindre disse fanges, inden projektet går i udførelse, kan det medføre væsentlige meromkostninger i KF-projekterne. Derfor anbefales projekterne at sikre en struktureret granskning af projektet og tidsplaner efter en særlig granskningsplan, der som minimum bør indeholde følgende aktiviteter:

- ▶ Overdragelse af projektgrundlag
- ▶ Screening, granskning og opsamling af granskningsemner
- ▶ Formidling, afstemning og prioritering af granskningsemner
- ▶ Opfølgning på granskningsemner, herunder tilretning af projektet.

Endvidere anbefaler vi, at man overvejer at lade en projektafhængig og uvildig tredjepart granske projektet, ligesom sygehusets driftsorganisation bør overvejes inddraget.

1.8 En belysning af regionernes procedurer for risiko- og reservestyring, økonomi og tidsstyring

Helt centralt er KF-projekternes risiko- og reservestyring. Der skal løbende sikres en tilstrækkelig balance mellem det nødvendige reserveniveau og de risici, der truer projektet, og samtidig afsættes flest mulige midler til udførelse af selve byggeriet.

I løbet af projektets levetid vil man opleve et faldende reserveniveau, da de forventede risici alt andet lige må forventes at reduceres i takt med, at byggeriet færdiggøres, og budgettet opbruges.

Da projekterne løber over en længere årrække og har en generel høj grad af kompleksitet, er en løbende og dynamisk risiko- og reservestyring helt central, da en given risiko over tid kan have varierende økonomiske, tidsmæssige eller kvalitative konsekvenser, og det løbende reserveniveau skal naturligvis afspejle dette.

Endvidere er det vigtigt, at projekterne betragter og vurderer risici ud fra såvel tidsmæssige som kvalitetsmæssige forhold og ikke alene rene økonomiske betragtninger. En given risiko kan - uagtet den måtte have en lav isoleret økonomisk effekt - medføre større tidsmæssige, organisatoriske og/eller kvalitetsmæssige konsekvenser. Risikovurderingen er således mangesidet og bør betragtes således.

Ved vurdering af reserveniveau oplever vi en vis grad af konsistens regionerne og projekterne imellem med henblik på at kapitalisere risici samt at få koblet den rette sandsynlighed på, med henblik at opgøre et relevant reservebehov.

En metode til at adressere denne udfordring er anvendelsen af følgende principper i forhold til at sandsynlighedsvurdere de kapitaliserede risici:

- ▶ Worst case: beskriver det *mest* pessimistiske udfald
- ▶ Most likely: beskriver det mest sandsynlige udfald
- ▶ Best case: beskriver det *mindst* pessimistiske udfald.

Derved opnås et overblik over projektets samlede økonomiske sårbarhed i forhold til de kapitaliserede risici samt en vurdering af det mest sandsynlige udfald (most likely), som dermed er det realistiske bud på det nødvendige reserveniveau.

I projekterne anvendes såkaldte Change Request-kataloger, der indeholder mulige specifikke besparel-
sesemner til realisering i den udstrækning, projektet bliver presset økonomisk. Vi anbefaler, at det hele
tiden sikres, at katalogernes emner er:

- ▶ Tidsmæssigt realiserbare
- ▶ Opdateret samt
- ▶ Omfatter såvel større som mindre emner.

Vi har oplevet tilfælde, hvor katalogerne alene indeholdt større emner, hvilket alt andet lige begrænser
projektets handlemuligheder.

For så vidt angår håndteringen af det daglige ansvar for risikostyringen, har vi erfaret, at dette generelt
ligger i regi af projektafdeling, bygherrerådgiver eller totalrådgiver. Styrken herved er, at de parter, der
bidrager med input til risikovurderingen, alle har dyb indsigt i KF-projektet.

En svaghed, vi dog har oplevet ved denne model, er, at der kan være en tendens til, at de involverede
parter vurderer risici ud fra egne interesser, og at risikovurderingen således har mere fokus på ansvars-
placering end på realisme og løsningsorienteret dialog.

Vi anbefaler, at det overvejes at få foretaget periodisk uvildig risikovurdering - fx ved faseskift. En så-
dan uvildig ekstern vurdering vil sikre følgende:

- ▶ Risikovurderingens konklusioner vil være upartisk og objektiv
- ▶ Mulighed for at udfordre projektets risikomodeller, -procedurer, -vurderinger mv.
- ▶ Understøtte en løsningsorienteret tilgang til evt. udfordringer.

Vi har erfaret, at en række KF-projekter bliver forsinket i forhold til den oprindelige tidsplan, og det er
generelt vores oplevelse, at tidsplanerne har været for optimistiske.

Forsinkelser kan erfaringsmæssigt have væsentlige økonomiske konsekvenser, men også organisatori-
ske konsekvenser. Og disse konsekvenser er ikke isoleret til selve byggeprojektet, men også i høj grad til
hospitalet, der har planlagt efter en given overtagelsesdag.

Vi anbefaler, at der generelt anlægges en mere realistisk og konservativ tilgang til byggeriernes tidspla-
ner, med henblik på at sikre de nødvendige buffere samt minimere de potentielle store konsekvenser
ved forsinkelser.

1.9 anbefalinger pr. område

For hvert af de berørte områder har vi nedenfor i kortfattet oversigtsform angivet den overordnede udfordring under hvert tema, samt vores overordnede anbefalinger.

Generelle temaer indenfor byggestyringsprincipper for KF-projekterne					
	Totaløkonomi	Markedet for leverandører	Offentligt fokus	Forventningsafstemning	Leverandørstyring
Udfordring	Begrænses i forhold til låst anlægsramme (præmis for KF-projekter).	Få bydere til store udbud, manglende udenlandsk involvering og stigende efterspørgsel medfører risiko for højere pris.	Stor bevågenhed, hvorfor udfordringer i projektet hurtigt får offentlighedens interesse.	Sikre den nødvendige forventningsafstemning ml. byggeriet og driftsorganisationen og det kliniske personale.	Grundet udbudsregler skal alle bydende leverandører som udgangspunkt behandles ens uagtet tidligere erfaringer med disse.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> I projektets indledende fase vigtigt, at bygherre forholder sig kritisk til realisme i anlægsbudget og skitseret byggeri. Fokus på sikring af den nødvendige økonomiske fleksibilitet og råderum i forhold til at kunne gennemføre visse totaløkonomiske valg undervejs i projektet. 	<ul style="list-style-type: none"> Sikre udbud, der har en størrelse, hvor de bliver økonomisk attraktive for udenlandske leverandører. Sikre realisme i budgettering i forhold til markedet, som licitationen skal foregå i. I revideringen af AB-systemet bør der være et fokus på at sikre ensartethed og gennemskelighed i forhold til andre landes regelsæt. 	<ul style="list-style-type: none"> Fokus på løbende kommunikation af positive historier til omverdenen. Påvirke den offentlige opmærksomhed i en positiv retning. Klar pressestrategi, herunder inddragelse af de rette kompetencer til udarbejdelse og eksekvering af denne. 	<ul style="list-style-type: none"> Realisme i forhold til anlægsrammen. Herunder afstemme valg/fravalg. Identifikation og involvering af "ambassadører", der skal understøtte en positiv stemning. Sikre ensartet forståelse for og opfattelse af udfordringer via tværfaglig "tolk". Fokuser forventningsafstemning i forhold til målgruppen. 	<ul style="list-style-type: none"> I prækvalifikations- og udbudsfasen sikres det, at beslutningskriterier og vægtingen heraf ikke alene fokuserer på pris, men også vigtigheden af leverandørens konkrete referencer og branchekendskab.

En belysning af regionernes erfaringer med organisering, styring og opfølgning på projekterne				
	Bygherres organisering	Rådgiverkonsortium	Byggeledelsens kompetence	Bygherrerådgiver
Udfordring	Bygherres egen organisation skal ressource- og kompetencemæssigt kunne følge op på og udfordre totalrådgiver. Herunder matche entreprenørernes juridiske oprustning. Jævnbyrdighed ml. parter er vigtigt for succes.	Typisk er totalrådgiver et konsortium. Risiko ved konsortium er interessekonflikter mellem konsortiets parter, særligt hvis en eller flere får økonomiske udfordringer. Konsortiet taler ikke med "en tunge".	Entreprenører er blevet skarpere på hvad aftalen med bygherre omfatter og ikke omfatter, hvilket har øget omfanget af ekstrakrav. Manglende effektiv afklaring af ekstrakrav hos byggeledelsen øger risiko for voldgiftssager.	Hvor tæt kan bygherrerådgiver være på bygherreorganisationen uden at miste deres objektivitet og uvildighed? Generelt er bygherrerådgivers rolle og involveringsgrad forskellig på tværs af KF-projekter.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Byggeteknisk kompetence sikre byggeteknisk vurdering af helhedsløsning og kritisk stillingtagen til byggeledelsens risikovurderinger. ▶ Professionel projektledelseskompetencer. ▶ Driftsansvarlig bør indgå i bygherreorganisationen. Sikre forankring og driftsmæssig fokus på bygningsmæssige beslutninger. ▶ Juridisk kompetence inddrages til sikring af rette entydige formuleringer og specificering i kontraktgrundlag. Samtidig sikres rettidig og retmæssig håndtering af tvister. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Indsigt i konsortiedeltageres økonomiske forhold inden kontraktindgåelse. ▶ I aftalegrundlag skal præciseres: Etablering af fælles konsortieledelse. Forpligtelse til at stille med lovede og rette kompetence gennem hele projektet, således risikoen for at moderfirmaer trækker dygtigste ressourcer "hjem" minimeres. Gennemsigtighed i konsortiets interne afregningsmodeller. ▶ Bygherrefokus på, at der i konsortiets tilbud er tilstrækkelige midler til indkørfasen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Byggeledelsen skal have de nødvendige ressourcer og rette kompetencer til at modstå, udfordre og afklare entreprenørernes ekstrakrav. Herunder kunne identificere evt. modkrav. ▶ Byggeledelsen skal være robust og kunne håndtere det stigende pres fra entreprenører, der er blevet teknisk og juridisk stærkere. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bygherrerådgiver bør ikke gøres ansvarlig for projekterings- og udførelsesopgaver, da de således ikke kan agere kritisk og uvildigt overfor totalrådgiver. ▶ Valg af model for bygherrerådgivers rolle afhænger af; bygherres egen organisation og kompetencer, bygherrerådgivers forventede opgavetyper og den økonomiske ramme til bygherrerådgivning.

En belysning af regionernes erfaringer med og rammer for styring af rådgivere/leverandører				
	Aftalens indhold	Afregningsmodel	Mulighed for genforhandling	Aftalegrundlaget - AB-systemet
Udfordring	Erfaringer har vist, at parterne, blandt andet rådgivere, har vurderet deres ansvar og opgavens omfang. Blandt andet oplever bygherre, at rådgivere er blevet overasket over opgavernes reelle omfang.	Anvendelse af afregningsmodeller, der giver divergerende succeskriterier mellem bygherre og totalrådgiver.	Anvendte aftaler med rådgiver indeholder ikke tilstrækkelige muligheder for genforhandling. Værdifulde erfaringer og ny viden bliver således ikke i tilstrækkelig grad indarbejdet i aftalegrundlaget.	AB-systemet er forældet og gør det vanskeligt for projektets parter at få afklaret tvister. Ved samarbejder med udenlandske parter kan der opstå udfordringer grundet disses manglende kendskab til AB-systemet.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> I forbindelse med selve indgåelsen af aftaler med rådgivere/leverandører er det væsentligt, at aftalens parter sammen får kortlagt, forventningsafstemt og beskrevet de ydelser og leverancer, der skal leveres i projektet. Herunder får fastlagt ansvarsfordelingen. Dette giver projektets parter den nødvendige indsigt i KF-projekternes faktiske omfang og kompleksitet. 	<ul style="list-style-type: none"> Efter aftale kan omprojekteringsklausulen suppleres med bonus-ordninger, der i sin tilgang belønner godt og veludført arbejde fra rådgiver. Sådanne bonus-ordninger understøtter, at projektets parter arbejder ud fra fælles økonomiske interesser og dermed en fælles målsætning. Det anbefales, at bonus-ordningens økonomiske gevinst skal have et omfang, der gør det attraktivt for rådgivere og entreprenører. 	<ul style="list-style-type: none"> Det anbefales at overveje at udarbejde et aftalegrundlag, der giver mulighed for genforhandling af dele af aftalen ved eksempelvis faseskift i projektet. I den forbindelse anbefales det, at de eventuelle fordele ved muligheder for genforhandling holdes op imod risikoen for, at sådanne forhandlingsforløb kan have en tidsmæssig og økonomisk indvirkning på projektet. 	<ul style="list-style-type: none"> Ved anvendelsen af AB-aftale-systemet (AB92/ABT93/ABR89) anbefales det, at der udarbejdes en detaljeret tillægsspecificering af leverancer, med henblik på at styrke og/eller klarlægge bygherrens position i forhold til eventuelle tvister med rådgiver og/eller entreprenør. Denne tillægsspecificering vil ligeledes understøtte en bedre ansvarsfordeling og forventningsafstemning mellem bygherre og rådgiver.

En belysning af samarbejdsmodeller dels i forhold til udførelse, herunder byggeledelse, fagtilsyn, konflikthåndtering mv., dels i forhold til den efterfølgende driftsorganisation					
	Styring af rådgiverressourcer	Byggeledelse	Fagtilsyn	Samarbejde med driftsorganisation	Konflikthåndtering i udførelsesfasen
Udfordring	Totalrådgiver har undervurderet ressourcebehovet til projektering og udførelse. Ressourcer bruges i projektering, resulterende i begrænset råderum i udførelsen.	Erfaringer, hvor den projekterende totalrådgiver ligeledes skulle varetage byggeledelsen, har generelt ikke været gode. Manglende uvildighed og kvalitet.	Sikre at rådgivers tilsyn har fokus på at sikre byggeriets kvalitet, herunder rettidig identifikation af mangler i udførelsen mhp. minimering af følgepåvirkninger.	KF-projekternes endelige succes afhænger i høj grad af, hvorledes driften kommer til at fungere, herunder at driftsorg. føler ejerskab for det færdige byggeri.	I udførelsen vil konflikter ofte medføre risiko for, at igangværende aktiviteter stopper, hvilket medfører forsinkelser i efterfølgende og afhængige aktiviteter = Dominoeffekten.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bygherre skal ikke alene fokusere på prisen i valget af totalrådgiver, men tværtimod forholde sig kritisk til realismen i totalrådgivers budget. Dette skal sikre tilstrækkelige rådgiverressourcer i såvel projekterings- som udførelsesfasen. ▶ I udførelsesfasen skal bygherre have fokus på en stram styring, da konsekvensen af en ændring her er størst, mens økonomiske råderum er begrænset. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Det anbefales, at ansvaret for byggeledelsen placeres andetsteds end hos projekterende rådgiver. ▶ I forhold til honoreringen af den særskilte byggeledelse anbefales fokus på kvalitet frem for økonomi alene. Derved sikres, at byggeledelsen ressource- og kompetencemæssigt hele tiden kan styre og matche entreprenørerne og ikke mister overblikket i forhold til det faktiske byggeri. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ved fastlæggelse af omfang af og ressourcebehov til tilsynet skal sikringen af byggeriets kvalitet være i fokus. ▶ I forbindelse med fastlæggelse af tilsynets omfang anbefales at inddrage sygehusets bygningsmæssige driftspersonale. Herved kan driftspersonalet bidrage til identificering af kritiske områder i byggeriet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Driftsorg. bør inddrages allerede i forbindelse med projekttilblivelsen mhp., at helhedsplanen udarbejdes med det nødvendige drifts- og effektiviseringsmæssige fokus. ▶ I udførelsesfasen vil et tæt og integreret samarbejde med driftsorg. sikre en klar forventningsafstemning ift., hvorledes ønskelige projektændringer fra driftsorg. side vil blive håndteret i projektet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bygherre sikrer en fast og hensigtsmæssig strategi for håndtering af konflikter i udførelsesfasen. ▶ Bygherre bør hele tiden være i stand til at vurdere, hvad der er mest hensigtsmæssigt i den givne konfliktsituation.

En belysning af regionernes erfaringer med udbudsstrategi og bygbarhed		
	Bygbarhed	Granskning af projektmateriale
Udfordring	Vigtigheden i, at totalrådgiver har fokus på, at projektmateriale skal indeholde "byggbare" byggetekniske løsninger, som i udførelsesfasen er mulige at realisere for entreprenøren.	Fejl og mangler i projektmateriale har for flere KF-projekter medført væsentlige meromkostninger i udførelsesfasen.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Projekterne bør overvejende bestå af gennemprøvede byggetekniske løsninger. Det anbefales, at eventuelle komplekse/ikke afprøvede byggetekniske løsningers realiserbarhed (bygbarhed) vurderes af personer med udførelsesmæssige kompetencer. ▶ Erfaringer har vist, at totalrådgiver i projekteringsfasen med fordel kunne nedtone det arkitektoniske fokus og fokusere på at træffe de mest effektive og fleksible bygningsmæssige valg inden for projektets økonomiske ramme. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ En grundig og fyldestgørende granskning af projektmateriale skal bidrage til at minimere risikoen for fejl og mangler i projektmateriale. Det anbefales, at bygherre prioriterer såvel tid som ressourcer ift. til en sådan granskning. ▶ Som supplement til bygherres interne granskning af projektet, anbefales at lade en projektuafhængig tredjepart granske projektmateriale. Dette med henblik på at sikre uvildig vurdering af projektets kvalitet, herunder at kunne udfordre valgte løsninger.

En belysning af regionernes procedurer for risiko- og reservestyring, økonomi og tidsstyring			
	Risiko- og reservestyring	Tidsplaner	Mangeludbedring
Udfordring	<p>Risikovurdering og risikostyring bør være en løbende dynamisk proces, der vurderer risici ud fra en konsistent model og ud fra såvel økonomiske som tidsmæssige og kvalitetsmæssige betragtninger.</p> <p>Mod slutningen af KF-projekterne synes der at være en vis udfordring forbundet med at opretholde reserveniveau og anvende hele totalrammen til byggeri.</p>	<p>Ved forsinkelser i forhold til tidsplanerne opstår der ofte afledte risici og udfordringer som følge heraf, herunder bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Økonomiske konsekvenser ▶ Tidskrævende sagsbehandling ▶ Indvirkning på klinikkens ibrugtagning og effektiviseringsplaner. 	<p>I forhold til mangler, der ikke direkte kan relateres til projektmateriale, bør det mellem sygehuset og KF-projektet afklares, hvem der har det økonomiske ansvar for mangeludbedringen efter ibrugtagning, herunder hvor lang en periode denne forpligtelse løber.</p>
Anbefalinger	<p>Sandsynlighedsvurdering af kapitaliserede risici ud fra eksempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Worst case ▶ Most Likely ▶ Best case <p>Alle kendte risici skal forsøges kapitaliseret rettidigt enten via forventninger, kvalificerede estimater/overslag, faktiske tilbud eller delvist realiserede. Kapitaliseringen bør løbende ajourføres i henhold til udviklingen i afklaringsgraden for den enkelte risiko.</p> <p>Kapitaliseringen skal indeholde risikoen mulige og kendte afledte effekter, herunder en kapitalisering af disse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Der anlægges en mere realistisk og konservativ tilgang til byggeriets tidsplaner, og som ligger til grund for de udmeldinger, der gives om byggeriets færdiggørelse. Herunder at bygherre udfordrer rådgivers oplæg til tidsplaner med udgangspunkt i erfaringer fra gennemførte sammenlignelige (og gerne offentlige) projekter. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ I samarbejde med driftsorganisationen, at få foretaget løbende vurderinger af byggeriet med henblik på at identificere eventuelle mangler og disses eventuelle påvirkning på idriftsættelsen. ▶ Afsættelse af tilstrækkelig tid til mangeludbedring inden idrifttagning.

2 Indledning og baggrund

Der bygges i disse år en helt ny sygehusinfrastruktur i Danmark. Store komplekse projekter, hvis slutresultat i sagens natur er betydningsfuldt for os alle, da det er grundstenen i vores fremtidige sundhedsvæsen.

I forhold til regionernes egenfinansierede projekter, skiller de 16 **kvalitetsfondsprojekter** (KF-projekter) sig ud, dels ved at staten via kvalitetsfonden er direkte medfinansierer, dels ved at projekterne er stramt styret i henhold til det givne tilsagn om støtte fra kvalitetsfonden. Kvalitetsfondsprojekterne er ligeledes koblet op på specifikke effektiviseringskrav i den efterfølgende drift.

Projekterne har, i kraft af deres omfang, art og kompleksitet, en række fælles træk og heri også potentielle fælles udfordringer.

Regionerne er som bygherre overordnet ansvarlige for at realisere KF-projekterne i henhold til de givne tilsagn, men besidder i sagens natur ikke alle nødvendige kompetencer til at realisere disse projekter.

Projekterne realiseres således i et samarbejde mellem en række interessenter fra såvel den offentlige som den private sektor. Fra regionerne som bygherrer over totalrådgivere, bygherrerådgiver, entreprenører og andre leverandører skal mange forskellige organisationer, men også forskellige interesser, spille sammen.

Og da forskellige interesser er lig med forskellige succeskriterier, må regionerne som de ultimativt ansvarlige sikre en hensigtsmæssig og effektiv styring af de mange aktører.

Således er de anvendte byggestyringsprincipper i projekterne vigtige faktorer i bestræbelserne på at realisere de visioner, der ligger bag projekterne, og opføre fuldt ud funktionsdygtige og tidssvarende sygehuse indenfor rammerne af tilsagnene.

Denne overordnede målsætning kan imidlertid komme under pres, hvis de enkelte komponenter i projekterne kommer under pres, herunder de enkelte aktører.

EY har i efteråret 2014 og starten af 2015 gennemført en evaluering af byggestyringsprincipperne for de 16 kvalitetsfondsprojekter (herefter KF-projekter).

Evalueringen er blevet til som følge af økonomiaftalen for 2015 mellem Staten og regionerne, hvoraf det i kapitel 6 fremgår:

”Som led i regionernes projekt om videndeling gennemføres en evaluering af byggestyringsprincipperne i de 16 kvalitetsfondsprojekter med særligt fokus på rammerne for og styring af leverandører. Evalueringen skal munde ud i fælles anbefalinger vedrørende god styring og eksekvering heraf på byggerierne.”

Evalueringen er endvidere af Danske Regioner defineret som en belysning af følgende 5 specifikke spørgsmål:

1. En belysning af regionernes erfaringer med organisering, styring og opfølgning på projekterne
2. En belysning af regionernes erfaringer med og rammer for styring af rådgivere/leverandører
3. En belysning af samarbejdsmodeller dels i forhold til udførelse, herunder byggeledelse, fagtilsyn, konflikthåndtering mv., dels i forhold til den efterfølgende driftsorganisation
4. En belysning af regionernes erfaringer med udbudsstrategi og bygbarhed
5. En belysning af regionernes procedurer for risiko- og reservestyring, økonomi og tidsstyring.

2.1 Strukturen bag evalueringen

Evalueringen er gennemført af et team af specialister fra EY, der til dagligt blandt andet varetager Det Tredje Øje-funktionen på 2 af de 16 kvalitetsfondsprojekter og herigennem har en dyb indsigt i de udfordringer, KF-projekterne allerede står overfor, og som de måtte komme til at stå overfor fremadrettet.

Endvidere har vi anvendt denne erfaring til at præsentere en række forslag og anbefalinger til styrkelse af byggestyringen.

Teamet består dels af specialister fra EY samt vores faste samarbejdspartner Ingeniørfirmaet Viggo Madsen.

Danske Regioner har nedsat en følgegruppe bestående af repræsentanter fra de 5 regioner, fra Danske Regioner samt fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (SUM).

Vores løbende kommunikation med kontaktgruppen er foregået med Teamleder Christina Carlsen, Danske Regioner som kontaktpunkt.

Anvendt terminologi

I rapporten anvendes en række branchespecifikke definitioner. For en forklaring på disse henvises til afsnit 6.3.

Det bemærkes dog, at vi i rapporten konsistent anvender begrebet totalrådgiver som en fællesbetegnelse for den/de rådgivere, som bygherre har valgt til at varetage projektering, tilsyn og i visse tilfælde byggeledelse. Totalrådgiver-definitionen dækker ikke bygherrerådgiver.

2.2 KF-projekternes fællestræk og forskelligheder

KF-projekterne har som nævnt en række fællestræk og forskelligheder, hvoraf de væsentligste er beskrevet i nedenstående.

Fællestræk

Rammerne for realiseringen af projekterne

Projekterne realiseres med visse totaløkonomiske spilleregler, der tilsiger, at beslutninger og valg i løbet af projekterne bør tage højde for de afledte effekter på den efterfølgende drift, ligesom statens investering følges af et krav om en væsentlig effektivisering af den efterfølgende drift.

For KF-projekterne har det fra starten været et grundvilkår, at KF-budgetterne er låst, for så vidt angår yderligere tilførsel af regionale midler, ligesom der centralt er opstillet krav om, at en vis andel af den samlede ramme skal gå til anskaffelser og udstyr mv. Dette forhold medfører, at beslutninger, der vil tilgodese det samlede projekt over hele levetiden, kan blive udfordret af hensynet til budgettet "her og nu", hvilket vi har set kan begrænse projekternes handlemuligheder, hvis et givent delprojekt skulle blive presset.

Det er således vigtigt, og en væsentlig forudsætning, med en stram økonomistyring, og at der fra starten af projekterne skaffes fornødent økonomisk råderum med henblik på at styrke projektets fremtidige handlemuligheder. Et forhold, der understøttes af, at KF-projekterne strækker sig over en lang periode fra første planlægning til ibrugtagning, hvorfor sandsynligheden for, at projekterne skal kunne agere i forhold til nye teknologier, udviklinger mv., øges.

Reducerede handlemuligheder kan således medføre, at den planlagte fleksibilitet i byggerierne bliver presset, og man risikerer ikke at være tilstrækkelig i stand til at efterkomme krav og ønsker i forbindelse med ny teknologi, ændrede sygdomsbilleder, ændret demografi osv. De tilfælde, hvor sådanne fremtidige krav ikke kan efterleves effektivt, kan medføre en fordyrelse af disse tilpasninger, der kan overstige de besparelser, man vandt tidligere i forløbet under byggeriet.

Man kan naturligvis ikke forudsige alle nye teknologier, ændringer i befolknings sammensætning eller fremtiden for den sags skyld, men det er en udfordring for styringen af byggerierne, at man kan blive nødsaget til at fravælge visse tiltag, der over tid ville være billigst, grundet den låste anlægsramme.

Kompleksitet

En af de primære forudsætninger for KF-projekterne har været i stigende grad at sammenlægge funktioner med henblik på at opnå en mere effektiv behandling og drift. Dette medfører, at KF-projekterne grundlæggende er store og komplekse byggerier, hvor projekternes involverede parter kun har et begrænset erfaringsgrundlag i forhold til gennemførelsen af netop denne type byggeri. Dette vil som udgangspunkt stille større krav til styringen af og opfølgning på projektet.

Offentlig bevågenhed

KF-projekterne, især de største, er alle underlagt en væsentlig offentlig bevågenhed, da sundhedsområdet, herunder sygehuse, er områder, som offentligheden har en stor interesse i og mange meninger om. Således vil udfordringer i byggerier, såsom besparelser, licitationsoverskridelser mv., hurtigt blive kommunikeret til offentligheden. Et faktum, der medfører et stort politisk fokus på KF-projekterne.

Således skal projektorganisationer kunne agere i et miljø med mange interessenter og med et deraf væsentligt behov for kommunikation og opfølgning.

Forskelligheder

Organisatorisk struktur

KF-projekternes organisering er forskellig fra region til region, men også fra projekt til projekt. Typisk er organisationen en afspejling af såvel projektets størrelse, type, eksisterende bygningsrelaterede funktioner/kompetencer i regionerne mv. Denne forskellighed i det organisatoriske set-up kan vanskeliggøre en decideret erfaringsudveksling mellem projekterne på visse områder, ligesom visse af nærværende rapporters observationer og anbefalinger kan være mere relevante for nogle KF-projekter frem for andre.

Projekttype

Typen af byggeri i KF-projekterne er forskellige. Således dækker KF-projekterne følgende typer af byggeri, som kombineres i visse af KF-projekterne:

▶ Nybyggeri

- Barmarksprojekt: Sygehuset opføres på en ny matrikel, hvorfor der ikke er eksisterende byggeri at tage hensyn til
- Tilbygning på eksisterende matrikel: Nybyggeriet skal integreres med eksisterende byggeri, herunder infrastruktur.

▶ Ombygning: Ombygning af eksisterende sygehus.

Således synes en erfaringsudveksling mellem KF-projekter, der indeholder samme type byggeri, at kunne give en særlig værdi, da disse projekters rammer og forudsætninger ligner hinanden.

Projekternes stade

KF-projekterne er ikke blevet igangsat på samme tid, hvorfor de befinder sig på forskellige stader. Dette giver den mulighed, at erfaringer fra de først igangsatte projekter med fordel kan blive anvendt til efterfølgende KF-projekter. Samtidig kan det argumenteres, at de første projekter dermed har gjort sig nogle erfaringer, som bør komme de andre KF-projekter til gavn.

3 Metodebeskrivelse og tilgang

3.1 Evaluering

Strukturen af vores evaluering er indledningsvist aftalt med kontaktgruppen.

Det var i den forbindelse væsentligt for kontaktgruppen, at alle projekter blev inddraget, men også, at såvel vores som regionernes ressourcer blev anvendt så effektivt som muligt. På den baggrund valgtes det at dele KF-projekterne op i to grupper.

- ▶ en gruppe, hvor vi foretog en dybdegående gennemgang og evaluering af byggestyringsprincipperne
- ▶ en gruppe, hvor vi foretog en mere overordnet gennemgang ("light gennemgang").

Selve dataindsamlingen er gennemført i fire trin:

1. Indsamling af materiale om KF-projekterne (se afsnit 6.2 for specificering heraf)
2. Interviews med regionerne
3. Interviews med de projekter, som er udvalgt til en dybdegående gennemgang
4. Endeligt er der udsendt hypoteser baseret på de dybdegående interviews til projekterne, der har været en del af "light gennemgangen" med henblik på deres skriftlige kommentering.

Fordelingen af, hvilke KF-projekter der var involveret i henholdsvis den dybdegående og "light" gennemgangen, er illustreret i nedenstående:

KF-projekt	Region	Anlægsramme (i mio. kr./09-PL)	Bevilgede lån til opgradering til BK 2020 (i mio. kr.)	Fase
Dybdegående gennemgang				
Det nye Universitetshospital i Aarhus - DNU	Region Midtjylland	6.350	100,8	6
Nyt Psykiatrisygehus Slagelse	Region Sjælland	1.050		6
Det Nye Rigshospital	Region Hovedstaden	1.850	5,1	5
Det Nye Hospital i Vest - DNV Gødstrup	Region Midtjylland	3.150	72,5	4
Nyt Hospital Nordsjælland	Region Hovedstaden	3.800		3
Nyt OUH, Somatik	Region Syddanmark	6.300		3
Nyt Aalborg Universitetshospital	Region Nordjylland	4.100		3
Kolding Sygehus	Region Syddanmark	912	12,3	6
Nyt hospital Bispebjerg	Region Hovedstaden	2.950		0
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Region Syddanmark	1.264	14,1	3

KF-projekt	Region	Anlægs- ramme (i mio. kr./09- PL)	Bevil- gede lån til op- grade- ring til BK 2020 (i mio. kr.)	Fase
"Light" gennemgang				
Slagelse Sygehus - Fase I Akutmodtagelse	Region Sjælland	300		7
Nyt Hospital Herlev	Region Hovedstaden	2.250	40,4	4
Nyt Hospital Hvidovre	Region Hovedstaden	1.450		4
Regionshospital Viborg - RHV	Region Midtjylland	1.150	14,1	3
Universitetssygehus Køge	Region Sjælland	4.000		3
Ny Retspsykiatri Sct. Hans	Region Syddanmark	550		2

Note: Faserne henviser til Danske Regioners fasemodel som illustreret på hjemmesiden www.godtsygehusbyggeri.dk

Fordelingen blev foretaget under hensyntagen til følgende præmisser:

- ▶ At alle 5 regioner inddrages
- ▶ At alle faser op til og med *Fase 6 - Udførelse* repræsenteres i en dybdegående gennemgang
- ▶ At såvel store som små projekter, nybyggerier og ombygningsprojekter omfattes af en dybdegående gennemgang.

For en nærmere beskrivelse af de dybdegående og de mere overordnede "light" gennemgange, henvises til afsnit 6.1.

4 anbefalinger i forhold til de udvalgte analysetemaer

I det følgende gennemgås nogle generelle temaer indenfor byggestyringsprincipperne for KF-projekterne efterfulgt af en gennemgang af de fem analysetemaer opstillet af Danske Regioner i udbudsmaterialet.

Nedenstående betragtninger til hvert af analysetemaerne er baseret på en væsentlighedsvurdering foretaget af EY på baggrund af de afholdte interviews og modtaget materiale. Flere emner end de nedenfor nævnte har været berørt i forbindelse med de afholdte interviews.

Anbefalingerne er formuleret med henblik på at fungere som generelt input på tværs af KF-projekterne. Desuden er anbefalingerne formuleret på et generelt niveau, således at de også kan anvendes i forbindelse med fremtidige offentlige bygge- og anlægsprojekter. Anbefalingerne beror på tværgående betragtninger, hvis væsentlighed for de enkelte projekter er afhængig af det enkelte projekts karakteristika i forhold til stade, typen af byggeri, kompleksitet, størrelse, organisering mv. Således er de enkelte anbefalinger ikke lige relevante for alle KF-projekterne.

Endelig skal det fremhæves, at vores betragtninger og anbefalinger er baseret på såvel gode som dårlige erfaringer fra KF-projekterne. En anbefaling er således ikke nødvendigvis et udtryk for, at alle KF-projekterne har en udfordring på det pågældende område.

4.1 Generelle temaer indenfor byggestyringsprincipper for KF-projekterne

Udover de på forhånd specificerede analysetemaer har EY i sin dataindsamling og efterfølgende analyse identificeret en række temaer af mere generel karakter i forhold til byggestyringsprincipper for KF-projekterne. Disse gennemgås i nedenstående.

4.1.1 Totaløkonomiske betragtninger

Grundlæggende bygger det totaløkonomiske princip på, at det undervejs i byggeriet er muligt at vælge byggetekniske løsninger, der samlet set giver samme eller bedre kvalitet og samtidig reducerer de driftsmæssige udgifter. Sådanne totaløkonomiske løsninger kan medføre en forøgelse af anlægsinvesteringen, men vil samlet set give større driftsmæssige besparelser og effektiviseringer på det efterfølgende sygehus. Forudsætningen for den totaløkonomiske tilgang er således en vis fleksibilitet i anlægsbudgettet i forhold til at kunne træffe de "rigtige" driftsmæssige valg på det rigtige tidspunkt.

På KF-projekterne er anlægsrammen låst, hvilket begrænser den totaløkonomiske tilgang til alene at kunne foregå inden for det givne anlægsbudget. Risikoen ved dette forhold er, at der fokuseres på at vælge løsninger, der alene minimerer byggeriets omkostninger, og som kan holdes inden for anlægsbudgettet, mens det totaløkonomiske perspektiv, blandt andet i forhold til drift, kvalitet og fleksibilitet, nedprioriteres.

Denne risiko synes kun at blive forstærket af det forhold, at en række af KF-projekterne enten har eller vil opleve økonomiske udfordringer, resulterende i besparelser, der kan påvirke driften, kvaliteten og/eller fleksibiliteten i negativ retning.

Omvendt er ethvert byggeri altid underlagt en vis anlægsramme, og der vil være grænser for projektets alternative finansieringsmuligheder, hvorfor det rene totaløkonomiske perspektiv udfordres. Målet må således være at skabe et projekt, der til en vis grad kan understøtte og rumme totaløkonomiske valg.

Vedrørende de totaløkonomiske betragtninger anbefales:

- ▶ I forbindelse med projektets indledende fase, før selve projekteringen, anbefales det at sikre, at der er den nødvendige realisme i forholdet mellem anlægsbudget og det skitserede byggeri. Således er det væsentligt, at bygherren ved fastlæggelse af anlægsrammen forholder sig kritisk i forhold til, hvorvidt det skitserede byggeri vil kunne realiseres inden for den givne anlægsramme og projektets finansieringsbetingelser. I denne kritiske vurdering skal der blandt andet fokuseres på, hvorvidt anlægsrammen og finansieringsbetingelserne giver den nødvendige økonomiske fleksibilitet og råderum i forhold til at kunne gennemføre visse totaløkonomiske valg undervejs i projektet.

Totaløkonomiske betragtninger fordrer muligheden for, at anlægsbudgettet kan forøges med henblik på at kunne træffe valg, der ud fra en totaløkonomisk betragtning giver den største besparelse. Dette forudsætter muligheden for at kunne tilvejebringe ekstra midler blandt andet via supplerende finansieringskilder.

4.1.2 Markedet for leverandører

I forbindelse med nærværende opgave noterede vi os, at anvendelsen af udenlandske samarbejdspartnere i KF-projekterne er yderst begrænset. Vi erfarede desuden, at der har været meget få udenlandske leverandører, der har givet tilbud på de udbudte byggeopgaver.

Den begrænsede involvering af udenlandske leverandører på KF-projekterne synes blandt andet at skyldes følgende forhold:

- ▶ De danske udbudsregler, herunder den danske tolkning af EU-udbudsreglerne og særlige danske regler for byggeriet, eksempelvis:
 - Aftalegrundlaget (AB-systemet) er anderledes end regelsættet i andre lande, hvilket kræver forklaring og omstilling for udenlandske leverandører
 - I Danmark er der en vis kutyme for at løse tvister via voldgift, hvilket er en ukendt fremgangsmåde for mange udenlandske leverandører
 - De danske normer og standarder med udgangspunkt i bygningsreglementet, eksempelvis brandregler, myndighedsbehandling, kan være svært gennemskuelige grundet lokale forhold.

- ▶ Omfanget af og opdelingen af projekterne spiller også en rolle, idet mindre udbudsområder gør det mindre attraktivt for udenlandske leverandører at etablere en byggeorganisation i Danmark.

Generelt er der forholdsvis få bydere til større udbud på danske anlægsopgaver, herunder sygehusbyggerier. Alt andet lige vil dette medføre mindre konkurrence og dermed risiko for højere priser for bygherre. Ligeledes vil få store spillere øge følsomheden for KF-projekterne generelt, i tilfælde af konkurs blandt rådgivere og entreprenørerne.

Samtidig stiger efterspørgslen markant på byggeprojekter over 50 millioner kroner i de kommende år især inden for specifikke segmenter, herunder sygehusbyggerier.

Ovenstående markedsforhold udfordrer således KF-projekternes styring af økonomi med risiko for, at projekternes oprindelige omfang ikke kan realiseres inden for den givne anlægsramme.

Den seneste tid har endvidere vist en række eksempler på store afvigelser imellem budgetrammerne for delprojekter og de modtagne bud, hvor licitationsresultaterne har ligget væsentligt over budget.

I forhold til ovenstående anbefales:

- ▶ Fokuser på at udbyde projekterne i større delområder, således disse bliver økonomisk attraktive for udenlandske leverandører at deltage i - enten alene eller via samarbejder med eksempelvis danske leverandører. Herunder at udbudsstrategien sikrer, at der ikke opstår en interessekonflikt mellem udbudsform og de udenlandske leverandører.
- ▶ Sikre en større grad af balance og realisme i budgetteringen i forhold til det marked, licitationen foregår i.
- ▶ I forbindelse med den forestående revidering af AB-systemet bør der være et fokus på at sikre en overskuelighed og ensartethed i forhold til andre landes regelsæt (eksempelvis i forhold til de geografiske nabolande), således systemet bliver mere gennemskueligt og lettere anvendeligt for udenlandske leverandører.

4.1.3 Offentligt fokus

Generelt er der en stor offentlig bevågenhed i forhold til sundhedsområdet og sygehusvæsenet, herunder borgernes perspektiver på behandlingskvaliteten. Det samme gør sig derfor også gældende for KF-projekterne, hvor udfordringer og eventuelle besparelser i byggeriet hurtigt får offentlighedens interesse.

Som bygherre på et KF-projekt skal man derfor gøre sig klart, at den offentlige interesse for KF-projekterne kræver en proaktiv PR og pressepolitik, der understøtter et positivt image af projektet hos befolkningen som helhed og hos politikerne.

Får et KF-projekt først et dårligt omdømme i offentligheden, kan der være en tendens til, at dette bliver en selvforstærkende effekt i forhold til projektet som helhed, hvor negativ omtale påvirker projektets parter, medarbejdere, borgere og politikere. Risikoen er således, at projektets gennemførelse og den efterfølgende ibrugtagning præges af en generel negativ holdning til byggeriet.

I forhold til ovenstående anbefales følgende:

- ▶ Projektet skal fra opstart og derefter løbende fokusere på at kommunikere positive historier og succeser til omverdenen. Projektet skal være aktivt i mediebilledet og hele tiden forsøge at påvirke den offentlige opmærksomhed i en positiv retning, herunder være synlige i det geografiske nærområde, som sygehuset primært dækker.
- ▶ Eksempler på sådanne tiltag fra KF-projekterne er blandt andet; involvering af en nærliggende skole i forbindelse med opstarten af byggeriet, en drone der flyver rundt på byggepladsen, så offentligheden kan følge med i arbejdet, royal indvielse af færdigt byggeri, løbende indslag om byggeriet i lokal-tv, Facebook-sider for projekterne mv.
- ▶ Projektet skal desuden have lagt en klar og kommunikeret pressestrategi, herunder inddrage de nødvendige kompetencer til udarbejdelse og eksekvering af denne.

¹ "Store byggeprojekter i vanskeligt dansk marked" udgivet af bygherreforeningen - juni 2014

4.1.4 Erfaringsudveksling

Det er vores indtryk, at KF-projekterne generelt er tilfredse med den strukturerede erfaringsudveksling, der foregår såvel regionalt som tværregionalt, eksempelvis i form af projekt "Godt Sygehusbyggeri - koordination og innovation" i regi af Danske Regioner. Desuden har vi erfaret, at indhentning og deling af erfaringer og viden er et fokusområde i de enkelte projektfunktioner.

Således anbefales, at det fortsat sikres, at der er en formaliseret og struktureret erfaringsudveksling på tværs af projekterne med henblik på at drage nytte af hinandens erfaringer.

Udvekslingen af erfaringer og ideer sker ikke udelukkende gennem formelle kanaler, men også i høj grad via de mere uformelle kontakter og netværk på tværs af projekterne. Således er de enkelte projekter gode til at tage kontakt til hinanden bilateralt i forbindelse med konkrete udfordringer og/eller emner.

4.1.5 Forventningsafstemning

KF-projekternes succes vil i høj grad afhænge af, hvorledes det kliniske personale og den tekniske driftsorganisation vurderer og anvender det endelige sygehus.

Således er det vigtigt, at der løbende er fokus på at sikre den nødvendige forventningsafstemning mellem byggeriet og såvel det personale, der skal varetage driften, som klinikken, der skal anvende bygningerne. I den henseende er det vigtigt, at forventningsafstemningen løbende bliver tilpasset. Dette skyldes, at byggeprojektet strækker sig over en tidsmæssig lang periode, hvor der på en række områder sker en løbende udvikling, som kan påvirke såvel det kliniske personale som den tekniske driftsorganisations forventninger til det endelige byggeri - eksempelvis nye tekniske løsninger, ændrede behandlingsformer, optimerede driftssystemer mv.

I relation til ovenstående anbefales følgende:

- ▶ Det anbefales, at der foretages en forventningsafstemning baseret på, hvad der er realistisk i forhold til projektets anlægsramme, herunder at det sikres, at valg/fravalg rettidigt bliver klart kommunikeret til og afstemt med det kliniske personale og den tekniske driftsorganisation.
- ▶ I forhold til det kliniske personale anbefales, at forventningsafstemningen fokuserer på den daglige funktionalitet, det visuelle indtryk, rumindretningen mv., mens det for den tekniske driftsorganisation er vigtigt at få afstemt forventningerne i forhold til de teknologiske løsninger, logistiske forhold og behovet for vedligehold mv.
- ▶ Det anbefales, at forventningsafstemningen understøttes af en identifikation og involvering af "ambassadører" (personer der ofte uformelt har en væsentlig indflydelse på funktioners/afdelingens holdninger), således disse kan være med til at skabe en positiv stemning i forhold til anvendelsen af byggeriet. Eksempelvis har man på et KF-projekt løbende frikøbt yngre læger til periodevist at deltage i effektiviseringsarbejdet, således disse opnår et ejerskab af projektet. Målet er, at dette ejerskab kan anvendes til at skabe større engagement og positivitet i forhold til det kliniske personales anvendelse af byggeriet.
- ▶ Det er vigtigt, at der tales samme sprog mellem projektet og det driftsmæssige og kliniske personale på sygehuset, hvorfor en tværfaglig "tolk" (en med kendskab til såvel byggeri som sygehusets drift) vil kunne tilsikre, at der er ens opfattelse af og forståelse for eventuelle udfordring.

4.1.6 Pris- og lønreguleringsindeks

Kvalitetsfondens bevillinger og tillige KF-projekternes samlede tilsagnsramme indeksreguleres og udbetales på basis af den regionale pris- og lønfremskrivning for regionale anlægsudgifter, også kaldet det regionale anlægs-PL (RAPL).

En række KF-projekters entreprenør- og rådgiveromkostninger reguleres og afregnes imidlertid efter byggeomkostningsindekset (BOI).

De to indeks - RAPL og BOI - har udviklet sig forskelligt i årene fra 2009 til i dag, hvorfor der er opstået et spænd imellem de to indeks. Dette spænd udgør for KF-projekterne en økonomisk usikkerhed i forhold til den økonomiske udfordrings omfang samt styringen heraf.

Det fremgår af regnskabsinstruksen for KF-projekterne, at projekterne skal sikre tilstrækkelig reserve til imødegåelse af ovennævnte økonomiske udfordring.

For mere detaljeret information herom, kan henvises til særskilt notat vedrørende P/L-divergensen.

4.1.7 Leverandørstyring

Det faktum, at projekterne er underlagt EU-udbud, medfører som udgangspunkt, at alle bydende leverandører skal behandles ens uagtet regionernes tidligere erfaringer med selv samme leverandører (dog under hensyntagen til mulighederne i Nøgletalsbekendtgørelsen). Dette forhold vanskeliggør en egentlig leverandørstyring, da der inden for udbudsreglernes rammer ikke er mulighed for at fravælge leverandører baseret på tidligere (og mindre gode) erfaringer. Samtidig svækkes nogle leverandørers incitamenter til at oparbejde positive relationer til bygherre.

I såvel prækvalifikations- og udbudsfasen anbefales det derfor, at beslutningskriterier og vægningen heraf ikke alene fokuserer på pris, men også afspejler vigtigheden af leverandørens konkrete referencer, herunder branchespecifikke erfaringer.

4.2 En belysning af regionernes erfaringer med organisering, styring og opfølgning på projekterne

4.2.1 Bygherres organisering

Vores analyse har vist, at en erfaring fra en række KF-projekter har været vigtigheden af, at bygherres egen organisation har den fornødne ressourcemæssige tyngde og kompetence til at kunne følge op på og udfordre totalrådgiver gennem projektet og matche den øgede tekniske og juridiske oprustning, der i de seneste år er sket inden for entreprenørbranchen. Det er af afgørende betydning for et succesfuldt samarbejde og projekt, at der er jævnbyrdighed mellem de tre parter; bygherre, rådgiver og entreprenør. Samtidig skal bygherres organisation være gearret til at kunne agere professionel modpart til totalrådgiver, herunder levere de nødvendige input og svar rettidigt til totalrådgiveren.

Det faktum, at visse opgaver er outsourcet til en totalrådgiver, fritager således ikke bygherre fra det overordnede ansvar, hvorfor det er vigtigt, at bygherres organisation kan understøtte varetagelsen af dette ansvar.

I forhold til bygherres organisation og kompetencer har vi nedenstående betragtninger og anbefalinger. Disse er udarbejdet med udgangspunkt i pointen om, at bygherre har det endelige ansvar, og at dette ansvar ikke kan outsources:

Byggeteknisk kompetence

Det anbefales, at der er byggetekniske kompetencer med allerede fra projektets start med henblik på at sikre en byggeteknisk vurdering af helhedsplanen, hvor projektets overordnede tid, byggetekniske løsninger og økonomi fastlægges.

Desuden er det vigtigt, at bygherre har egne projektledere med byggetekniske kompetencer, som i udførelsesfasen kan give modspil og sparring til byggeledelsen. Dette sikrer også, at bygherres egne projektledere vil kunne forholde sig kritisk til den risikovurdering, som byggeledelsen eventuelt varetager. Et forhold, der er særligt vigtigt i de tilfælde, hvor byggeledelsen ligeledes har stået for projekteringen.

Endelig anbefales, at bygherre besidder kompetencer med indsigt i entreprenørbranchen. Dette sikrer et kvalificeret modspil til leverandørerne, som i stigende grad har fået et professionelt fokus på kontraktlige/juridiske forhold og rettidigheder. Samtidig vil bygherre bedre kunne bidrage i forhold til at give input til bygbare løsninger på konkrete udfordringer i såvel projekterings- som udførelsesfasen.

Projektledelseskompetencer

Det anbefales, at bygherre i sit ledelsesniveau har professionelle projektledelseskompetencer. Med dette menes ressourcer, der har konkrete erfaringer med ledelse af store og komplekse anlægsprojekter, og som har projektledelse som deres faglige speciale. Projektledelse er således en disciplin i sig selv, hvor praktiske erfaringer med kontraktstyring, håndtering af leverandører, konfliktstyring, forandringsledelse, interessentstyring, økonomi- og tidsplanstyring, ledelse af egen projektafdeling mv. er væsentlige ledelseskompetencer i forhold til at kunne styre et succesfuldt projekt.

Bygherres projektledelse bør således besidde ovennævnte kompetencer. Samtidig bør bygherres projektledelse suppleres med:

- ▶ Sygehusfaglige kompetencer
- ▶ Kompetencer med indsigt og forståelse for det politiske system.

Disse supplerende kompetencer kunne eksempelvis integreres via stabsfunktioner til projektledelsen.

I forlængelse af ovenstående kan det overvejes at hente erfarne projektledelsesressourcer fra den private sektor ind i bygherres ledelsesniveau. Dette vil give en offentlig bygherre en nyttig viden og forståelse i forhold til at styre og give modspil til private rådgiverkonsortier og øvrige samarbejdspartnere, som alle har et primært fokus på egen indtjening.

Juridisk kompetence

Juridiske kompetencer skal være tilgængelig for bygherren i hele projektforløbet, blandt andet med henblik på at sikre at de kontraktlige forhold overfor rådgivere og entreprenører er formuleret tilstrækkelig entydigt og detaljeret med henblik på at reducere risikoen for tvister. En løbende anvendelse af juridiske eksperter sikrer ligeledes, at potentielle juridiske udfordringer og tvister vil blive håndteret retmæssige og rettidigt med henblik på at styrke bygherres position overfor rådgivere og entreprenører. Vigtigheden af en juridisk kompetence understøttes af det faktum, at entreprenører, som tidligere nævnt, er blevet yderligere professionaliseret i forhold til deres kontraktstyring, herunder deres krav og rettigheder.

Driftsmæssige kompetencer

Der synes at være gode erfaringer med, gennem alle projektets faser, at inddrage kompetencer med det driftsmæssige ansvar på sygehuset ind i bygherreorganisationen - gerne på ledelsesniveau. Derved understøttes det rette driftsmæssige fokus og perspektiv på bygningsrelaterede beslutninger. Samtidig sikres en forankring af projektet i forhold til den efterfølgende driftsorganisation. Eksempler på adressering af dette forhold i KF-projekter er følgende:

- ▶ Projektdirektøren er samtidig vicedirektør på sygehuset
- ▶ Projektdirektøren er med i sygehusets ledelse af driftsorganisationen
- ▶ Leder af driftsafdelingen er en integreret del af projektorganisationen.

En manglende rettidig inddragelse af sygehusets driftsorganisation kan medføre, at der træffes bygningsrelaterede valg uden den fornødne fokus på påvirkningen af den efterfølgende drift. Samtidig vil en mangelfuld eller for sen inddragelse af driftsorganisationen kunne medføre et u hensigtsmæssigt samarbejdsforhold mellem projektet og sygehusets driftsorganisation, præget af skepsis og mistillid, og hvor driftsorganisationen ikke tager ejerskab for byggeriet.

Kendskab til sygehusets drift

Med henblik på at sikre, at projektet undervejs træffer de rette driftsmæssige valg og har fokus på sygehusets funktionalitet og kvalitet, anbefales det, at bygherres projektorganisation får en god indsigt i og forståelse for sygehusets dagligdag, herunder arbejds gange og systemer. Eksempelvis har et KF-projekt haft gode erfaringer med at lade projektafdelingens medarbejdere deltage i delprojekter sammen med sygehusets personale. Formålet var, at projektafdelingens medarbejdere fik et godt indblik i dagligdagen på en akutmodtagelse, facility management og logistikkoncepter mv.

Beslutningsmandat

Det anbefales, at projektets ledelse har en direkte og effektiv adgang til det nødvendige beslutningsmandat, med henblik på at sikre en rettidig eskalering, adressering og perspektivering af kritiske og principielle udfordringer, der måtte opstå undervejs i projektet.

Netop KF-projekternes kompleksitet, antallet af interessenter og den offentlige bevågenhed understøtter behovet for, at der hurtigt og effektivt kan træffes de nødvendige beslutninger med det rette mandat. Således er bygherren i disse projekter underlagt et samtidigt og modsatrettet pres fra henholdsvis:

- ▶ Totalrådgiveren og eventuelle øvrige interessenter, der ønsker hurtige beslutninger, således der sikres fremdrift og kontinuitet i projektet
- ▶ Sygehuset, der i bestræbelserne på at inddrage den nyeste viden og de rette interessenter i beslutningsprocessen, kan være med til at trække en given beslutning.

Dette pres kan medføre et behov for drøftelser og beslutninger af principiel karakter, hvilket understøtter ovenstående pointe vedrørende projektledelsens adgang til det rette beslutningsmandat.

4.2.2 Rådgiverkonsortium

I størstedelen af KF-projekterne er totalrådgiveren et konsortium typisk bestående af flere ingeniør- og arkitektfirmaer. Et konsortium har sine fordele ved at sikre adgang til de rette kompetencer og minimere projektets sårbarhed. Omvendt kan et konsortium give udfordringer, idet der kan opstå interessekonflikter mellem konsortiets parter, hvorfor bygherre kan opleve, at konsortiet ikke taler med "en tunge". Samtidig kan konsortiets interne samarbejde blive påvirket, såfremt en eller flere af konsortiedeltagerne oplever økonomiske udfordringer. Således kan det anbefales, at bygherre undersøger konsortiedeltageres økonomiske forhold inden kontraktindgåelse. Desuden bør bygherre i forbindelse med aftalegrundlaget præcisere sine krav til konsortiet, eksempelvis i forhold til:

- ▶ Etablering af en fælles konsortieledelse, der kan træffe beslutninger og tale på konsortiets vegne
- ▶ Konsortiets forpligtelse til at stille de rette og lovede kompetencer til rådighed i et omfang, som skal være klart specificeret i kontrakten, og som skal dække hele projektforsløbet. Herunder at eventuelle udskiftninger af medarbejdere skal meddeles og godkendes af bygherre. Dette har blandt andet til formål at minimere risikoen for, at konsortiedeltageres moderfirmaer trækker de dygtigste kompetencer ud af projektet, med henblik på at anvende dem på andre projekter. Et forhold, der ofte aktualiseres yderligere, når totalrådgivers rolle minimeres i den sidste del af projektet, og ressourcerne derfor i stigende grad trækkes hjem til moderselskaberne
- ▶ Eventuelle krav om gennemsigtighed i konsortiets interne afregningsmodeller med henblik på at identificere eventuelle uhensigtsmæssigheder, der vil kunne påvirke konsortiets stabilitet.

Der vil ofte være en forholdsvis ressourcekrævende indkøringsfase for et konsortium i forhold til at få etableret den indbyrdes organisation, kommunikation, ansvarsfordeling, arbejdsgange, systemer mv. Det anbefales således, at bygherre i forbindelse med tilbudsfasen har fokus på, hvorvidt et givent konsortium i sit tilbud har afsat tilstrækkelige midler til denne indkøringsfase, da en underfinansiering af dette forløb ofte vil kunne ramme bygherre senere i projektforsløbet, eksempelvis i form af manglende kvalitet i leverancer, forsinkelse mv.

I de tilfælde, hvor rådgiverkonsortiet (=totalrådgiver) er repræsenteret i styregruppen, skal bygherre sikre, at vedkommende, der deltager, er en ledelsespersion, der alene har en overordnet og strategisk indsigt i projektet. Ellers er der risiko for, at totalrådgiver anvender styregruppemøderne til at gå uden om bygherres projektledelse og således drøfter konkrete udfordringer direkte med styregruppen ud fra totalrådgivers egen agenda.

4.2.3 Byggeledelsens kompetence

Det faktum, at leverandørerne i stigende grad er blevet skarpere på, hvad aftalen med bygherren omfatter, og ikke mindst, hvad aftalen ikke omfatter, har resulteret i et øget omfang af ekstrakrav fra leverandørerne. Således er det vigtigt, at byggeledelsen har det nødvendige antal ressourcer og de rette kompetencer til at kunne modstå, udfordre og afklare leverandørernes ekstrakrav, herunder identificere eventuelle modkrav. I den henseende er det bygherres interesse at sikre, at byggeledelsen har de fornødne ressourcer og kompetencer til at håndtere presset fra leverandørerne. En manglende effektiv og rettidig afklaring af leverandørernes ekstrakrav hos byggeledelsen vil medføre såvel økonomiske som tidsmæssige udfordringer for projektet og dermed bygherren. Dette kan desuden medføre øget risiko for voldgiftssager.

4.2.4 Bygherrerådgiver

Bygherrerådgiveren har til formål at varetage bygherrens interesser i forhold til projektet, herunder supplere bygherren med bygningstekniske kompetencer. Bygherrerådgiver skal således kunne dække de kompetencemæssige huller, der måtte være i bygherres egen projektorganisation. Det anbefales dog, at

Bygherrerådgiver ikke gøres ansvarlig for projekterings- og udførelsesopgaver, idet deres objektivitet og uvildighed i forhold til at kunne agere kritisk overfor totalrådgiver dermed forsvinder.

Bygherrerådgivning vil i praksis være struktureret forskelligt afhængig af bygherres behov. Således har vi erfaret, at bygherrerådgivers rolle og involveringsgrad er forskellig på tværs af KF-projekterne. I nedenstående har vi opsummeret de primære modeller for involvering af bygherrerådgiver, herunder KF-projekternes erfaring i forhold til den enkelte model.

Tabel 1: Bygherrerådgivers rolle set i forhold til projektorganisationen

Rolle	Fordele	Ulemper
Bygherrerådgiver er en integreret del af projektorganisationen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Grundig indsigt og forståelse for projektet ▶ Bygherrerådgiver kan være en ressourcemæssig buffer for bygherren (eks. ved sygdom, fravær, manglende kompetencer mv.) ▶ Ved denne model deltager bygherrerådgiver ved alle beslutninger 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Svært at placere ansvar ift. beslutninger. Der er risiko for, at bygherrerådgiver er involveret i beslutningsprocesser i samarbejde med totalrådgiver, hvorfor de efterfølgende kan have vanskeligt ved at stille sig kritisk overfor totalrådgiveren
Bygherrerådgiver er tilknyttet på ad hoc basis (og kan være forskellig alt efter opgavens type) og anses som en ekstern rådgiver ift. bygherre	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Uvildighed og kritisk stillingtagen i forhold til beslutninger i projektet. Man er ikke "fedtet ind" i projektets beslutningsprocesser 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ulemperne forbundet med denne organisering er manglende rettidig involvering, hvorfor beslutninger træffes uden ordentlig granskning og rådgivning ▶ Manglende kendskab til projektet, hvilket medfører, at sparring og vurdering bliver af mere generel og overordnet karakter
Bygherrerådgivning varetages af regionens egen byggeafdeling (Denne model fordrer en klar vurdering af, hvilke kompetencer der besiddes internt i byggeafdelingen, således at eventuelle manglende kompetencer indkøbes på ad hoc basis)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tilgængeligheden til ressourcerne og et grundigt kendskab til driften, det politiske system og de generelle arbejdsgange hos bygherre ▶ Læring fra et KF-projekt indenfor regionen kan nemmere og mere effektivt deles med de andre KF-projekter i regionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Risiko for en manglende uvildighed i vurderingen af bygherreorganisationen, da man er en del af samme organisation (måske tidligere kolleger mv.) ▶ Rådgivningen præges af rutiner, historik og vaner

Bygherres valg af model for bygherrerådgivning vil i høj grad afhænge af bygherres vurdering af:

- ▶ egen organisation og kompetencer
- ▶ bygherrerådgivers uafhængighed versus involveringsgrad
- ▶ bygherrerådgivers forventede opgavetyper
- ▶ den økonomiske ramme til bygherrerådgivning.

4.2.5 Vigtighed af et godt forhold til rådgiver

Vigtigheden af et godt forhold til rådgiver nævnes på samtlige KF-projekter som en væsentlig faktor for succes. Det er vigtigt at have fokus på kemien mellem de mennesker, der skal arbejde sammen, hvorfor man ikke alene kan bero sig på cv'er i udvælgelsen af rådgivere. I det projekterne strækker sig over en tidsmæssig lang periode, vil der alt andet lige foregå en naturlig udskiftning af medarbejdere hos projektets parter. For at sikre den rette kemi blandt de for projektet kritiske medarbejdere, anbefales det således, at bygherre sikrer sig mulighed for at møde og godkende disse, inden udskiftningen finder sted.

4.3 En belysning af regionernes erfaringer med og rammer for styring af rådgivere/leverandører

Overordnet er det vores indtryk, at KF-projekterne generelt har måttet afsætte flere ressourcer end forventet i forhold til at styre deres rådgivere og leverandører, herunder følge op på leverancer, sikre kvaliteten heraf, koordinere aktiviteter mv. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at en række KF-projekter i stigende grad anvender tredjepartsgranskninger i forhold til væsentlige afleveringer fra deres totalrådgivere, at bygherre mander op i egen projektorganisation og en øget anvendelse af bygherrerådgivere.

Et læringspunkt er således, at bygherre, herunder det politiske bagland, i tilbudsfasen ikke lader sig "forblænde" af flotte visualiseringer og arkitektoniske ideer til projektet, og dermed ikke i tilstrækkelig grad vægter vigtigheden af konsortiets ledelses-/styringsmæssige kompetencer og fokus.

Det er også vigtigt, at bygherre holder sig for øje, at uagtet projektet er fælles i den forstand, parterne arbejder sammen om det, så er den enkelte parts ultimative interesse alene den at levere aftalt ydelse til aftalt tid og pris.

4.3.1 Aftalens indhold

I forbindelse med selve indgåelsen af aftaler med rådgivere/leverandører er det væsentligt, at aftalens parter sammen får kortlagt, forventningsafstemt og beskrevet de ydelser og leverancer, der skal leveres i projektet, herunder får fastlagt ansvarsfordelingen. Dette giver projektets parter den nødvendige indsigt i KF-projekternes faktiske omfang og kompleksitet, hvorfor risikoen for, at parterne undervurderer såvel deres ansvar som opgavens omfang, minimeres. Pointen understøttes af de faktiske erfaringer fra visse KF-projekter, hvor bygherre oplever, at rådgiver er blevet overrasket over opgavernes omfang, blandt andet i forhold til dokumentationskrav, projekt- og risikostyring, interessentstyring mv.

I relation til ovenstående bemærkes, at den standardydelsesbeskrivelse (udarbejdet af Foreningen af Rådgivende Ingeniører og Danske Arkitektvirksomheder), der typisk anvendes som tjekliste ved udarbejdelse af aftaler, ikke synes tilstrækkelig i forhold til KF-projekternes kompleksitet og omfang.

4.3.2 Afregningsmodel

Vi har konstateret, at en række aftaler med totalrådgivere indeholder afregningsmodeller, der giver en risiko for divergerende succeskriterier mellem bygherre og totalrådgiveren. Dette baseres på, at en række aftaler indeholder en honorarmodel, hvor totalrådgiver afregnes i forhold til håndværkerudgiften, hvorfor et for bygherren dårligt licitationsresultat (=høj pris) er godt for totalrådgiveren og omvendt. Denne risiko forsøges primært adresseret gennem omprojekteringsklausuler i aftaler, hvor totalrådgiver uden ekstra honorar skal omprojektere, såfremt licitationsresultatet ligger over eller under en given afvigelsesprocent.

Omprojekteringsklausulen alene er dog basalt en strafbaseret tilgang, der typisk har en tidsmæssig konsekvens for projektet og dermed bygherre. En omprojekteringsklausul fremmer ikke, at der fra starten etableres en fælles målsætning mellem bygherre og rådgiver, ligesom realiseringen af en omprojekteringsklausul næppe styrker det fremadrettede samarbejdsforhold mellem bygherre og rådgiver. Man kan i den henseende anse det for en mulig risiko, at rådgiver vil forsøge at indhente deres økonomiske tab ved omprojekteringen senere i projektforløbet.

Vi anbefaler således, at det i aftalerne med rådgiver overvejes at supplere omprojekteringsklausulen med bonusordninger, der i sin tilgang belønner godt og veludført arbejde fra rådgiver. Sådanne bonusordninger understøtter, at projektets parter arbejder ud fra fælles økonomiske interesser og dermed en

fælles målsætning². Det bemærkes, at bonusordningens økonomiske gevinst skal have et omfang, der gør det attraktivt for rådgivere og entreprenører. Således har erfaringer fra et KF-projekt vist, at de i dette projekt udarbejdede incitament er ikke blev vurderet attraktive nok af rådgiverne og entreprenørerne. Konkret var der fastsat bonus, såfremt ufo-budgettet (budgettet til uforudsete udgifter) ikke blev opbrugt. Dog viste det sig, at det for entreprenørerne var mere økonomisk fordelagtigt at overskride ufo-budgettet fremfor at realisere bonussen.

4.3.3 Muligheder for genforhandling af aftalegrundlag

Vi har erfaret, at en række KF-projekter anser det for en fordel, såfremt aftalen med rådgivere var mere fleksibel i forhold til genforhandling. Da bygherre og rådgivere har begrænsede erfaringer med projekter, der ligner KF-projekternes kompleksitet og størrelse, vil begge parter således undervejs i projektet gøre sig erfaringer, som med fordel kunne indarbejdes i det gældende aftalegrundlag.

Således kan det anbefales at overveje at udarbejde et aftalegrundlag, der giver mulighed for genforhandlinger af dele af aftalen ved eksempelvis faseskift i projektet. I den forbindelse skal de eventuelle fordele ved muligheder for genforhandling holdes op imod risikoen for, at sådanne forhandlingsforløb kan have en tidsmæssig og økonomisk indvirkning på projektet.

4.3.4 Aftalegrundlaget - AB-systemet

De indgåede aftaler mellem såvel bygherre og rådgivere som bygherre og entreprenører på KF-projekterne er udarbejdet på basis af det såkaldte AB-system, der er et standardiseret aftalesystem, som den danske bygge- og anlægsbranche arbejder under.

Ifølge flere af KF-projekternes bygherrer giver det nuværende AB-system følgende udfordringer:

- ▶ AB-systemet er forældet og gør det vanskeligt for projektets parter at få afklaret tvister, herunder hvem der skal drages til ansvar for mangler og fejl. Dette medfører en øget risiko for ressourcekrævende voldgiftssager
- ▶ Endvidere kan der i forbindelse med samarbejder med udenlandske rådgivere eller entreprenører opstå udfordringer, idet de ikke nødvendigvis har kendskab til AB-systemet, og systemet er vanskeligt at overskue.

Ved anvendelsen af AB-aftalesystemet (AB92/ABT93/ABR89) anbefales det således, at der udarbejdes en detaljeret tillægsspecificering af leverancer, med henblik på at styrke og/eller klarlægge bygherrens position i forhold til eventuelle tvister med rådgiver og/eller entreprenør. Denne tillægsspecificering vil ligeledes understøtte en bedre ansvarsfordeling og forventningsafstemning mellem bygherre, rådgivere og entreprenører. Det skal naturligvis tages i betragtning, at tillægsspecificeringer i nogle tilfælde vil kunne skabe usikkerhed hos entreprenører med risiko for øgede priser til følge.

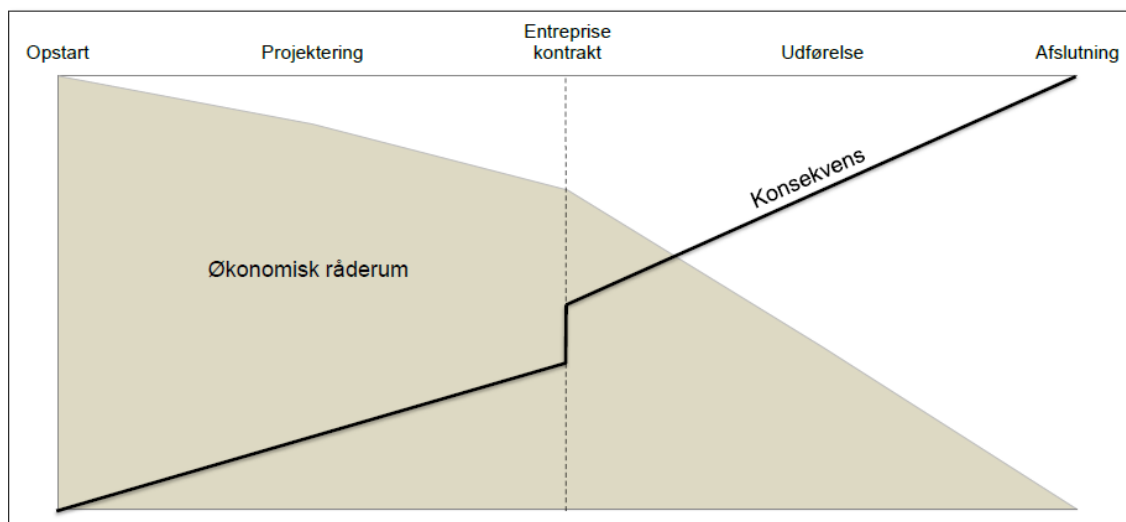
I forhold til at gøre AB-systemet nemmere at overskue og forstå for såvel danske som udenlandske parter, henviser vi til, at der er igangsat en revision af AB-systemet i regi af Klima-/Energi- og Bygningsministeriet. Denne revision forventes afsluttet i 2018.

² "Partnering i praksis" - udgivet af Statens Byggeforskningsinstitut i 2004

4.4 En belysning af samarbejdsmodeller dels i forhold til udførelse, herunder byggeledelse, fagtilsyn, konflikthåndtering mv., dels i forhold til den efterfølgende driftsorganisation

4.4.1 Belysning af samarbejdsmodeller i forhold til udførelse

Overordnet set er det vigtigt at have en forståelse for forskellen mellem projekteringsfasen og udførelsesfasen i relation til de konsekvenser, som eventuelle bygningsmæssige ændringer vil medføre (se nedenstående figur).



I projekteringsfasen vil konsekvensen ved bygningsmæssige ændringer være begrænset til, at der skal foretages justeringer i et skriftligt projektmateriale, hvorfor de økonomiske og tidsmæssige konsekvenser primært relaterer sig til ekstrahonorar til rådgiver.

I udførelsesfasen (i dette tilfælde defineret som efter aftaleindgåelse med entreprenører) vil konsekvensen ved bygningsmæssige ændringer være mere omfattende, grundet følgende:

- ▶ Ændringer vil ligeledes medføre justeringer i projektmaterialet, nu bare med den forskel, at der er indgået aftaler med entreprenører, hvorfor ekstraarbejder prisfastsættes uden konkurrence fra andre leverandører
- ▶ Ændringer kan have som konsekvens, at der skal udføres ændringer i allerede opført byggeri, hvilket medfører en række yderligere økonomiske og tidsmæssige konsekvenser for projektet
- ▶ Ændringerne vil desuden kunne have en direkte tidsmæssig påvirkning på byggeriets afleveringsdato
- ▶ Endelig vil ændringer kunne have afledte effekter på øvrige entreprenørers tidsplaner med de økonomiske konsekvenser, dette måtte have.

Som det er illustreret i ovenstående figur, så vil projektets økonomiske råderum (og projektets samlede reserver) aftage væsentligt i udførelsesfasen, hvor projektets samlede udgifter er størst. Der er således et mindre råderum til håndtering af eventuelle projektændringer i udførelsesfasen.

Styring af rådgiverressourcer

Generelt er det vores vurdering, at en af KF-projekternes foreløbige udfordringer i forhold til udførelse har været, at totalrådgiver generelt har undervurderet opgavens omfang, herunder ressourcebehovet til projektering og udførelse. Dette har blandt andet medført, at totalrådgiver har måttet anvende flere ressourcer end planlagt i projekteringsfasen, hvilket resulterer i et begrænset råderum i selve udførelsesfasen, eksempelvis i forhold til projektopfølgning, tilsyn og evt. byggeledelse.

Konsekvensen af dette forhold kan være en mangelfuld styring og opfølgning på selve byggeriets kvalitet, som er en vigtig parameter i forhold til brugernes oplevelse af det færdige byggeri ved ibrugtagning. Samtidig vil manglende styring og opfølgning i netop udførelsesfasen kunne have væsentlige økonomiske og tidsmæssige konsekvenser, idet kvalitative justeringer kan medføre ændringer i allerede opført byggeri, og ekstraarbejder prisfastsættes uden konkurrence fra andre bydende.

Læringspunktet fra ovenstående er således, at man som bygherre ikke alene skal fokusere på prisen i valget af totalrådgiver, men at bygherre tværtimod skal forholde sig kritisk til realismen i totalrådgivers budget. Dette med henblik på at sikre tilstrækkelige rådgiverressourcer i såvel projekterings- som udførelsesfasen. Forholdet understøttes ligeledes af vores tidligere pointe i forhold til at få beskrevet rådgivers og entreprenørers leverancer så detaljeret som muligt i aftalegrundlaget. Dette sikrer, at bygherre som supplement til sin normale honorarstyring af rådgivere samtidig i højere grad kan styre rådgiver i forhold til de aftalte leverancer. Som tidligere beskrevet, er det for bygherre generelt vigtigt, at der i udførelsesfasen er fokus på en stram styring, da konsekvensen af en ændring her er størst sammenholdt med, at projektets økonomiske råderum begrænses i denne fase af byggeriet.

I alle faser er det væsentligt og nødvendigt, at der foretages klare og dokumenterede overdragelser mellem de enkelte faser.

Byggeledelse

I forhold til samarbejde omkring byggeledelsen har hovedparten af KF-projekterne valgt, at denne udskilles fra den projekterende totalrådgiver. Erfaringerne fra de KF-projekter, hvor den projekterende totalrådgiver ligeledes skulle varetage byggeledelsen, har i flere tilfælde ikke været optimale, idet:

- ▶ kvaliteten af den udførte byggeledelse blev påvirket i forhold til totalrådgiverens samlede økonomi, som ofte var presset grundet en projekteringsfase, der blev dyrere end forventet (jf. ovenstående afsnit),
- ▶ byggeledelsen ikke kunne agere uvildigt og kritisk i forhold til det udarbejdede projekteringsmateriale.

I forhold til byggeledelsen på store og komplekse projekter som KF-projekterne, er der en øget risiko for rådgivers underestimering af ressourceforbrug til såvel projektering som byggeledelse. Det anbefales derfor, at ansvaret for byggeledelsen placeres andetsteds end hos den projekterende rådgiver. Dette giver blandt følgende fordele:

- ▶ Udførelsen af byggeledelsen påvirkes ikke af den projekterende rådgivers eventuelle økonomiske udfordringer grundet dennes eventuelle underestimering af projekteringsfasen.
- ▶ Byggeledelsen er uvildig i forhold til den projekterende rådgiver, hvorfor byggeledelsen kan antage en mere kritisk rolle i forhold til at granske og udfordre projekteringsmaterialet, herunder tilsynsplaner, inden dette sendes i udbud.
- ▶ I selve udførelsen af byggeriet vil byggeledelsens uvildighed samtidig sikre en objektivitet i forhold til opfølgning på tilsynsplaner og en placering af ansvar for eventuelle fejl og mangler.

Erfaringerne fra KF-projekterne har således vist, at ovenstående fordele ved særskilt byggeledelse generelt vurderes større end ulemperne. Ulemper som typisk relaterer sig til, at en særskilt byggeledelse først skal sættes ind i projektet og etablere et samarbejde med den projekterende rådgiver (tilsyn og projektopfølgning).

I forhold til honoreringen af den særskilte byggeledelse skal bygherres fokus være på kvalitet frem for økonomi alene. Således skal det sikres, at byggeledelsen ressource- og kompetencemæssigt hele tiden kan styre og matche entreprenørerne og ikke mister overblikket i forhold til det faktiske byggeri. Således bør det overvejes, at honoraret for byggeledelse aftales på medgået tid med loft frem for en fastpris aftale. En fastpris aftale kan medføre, at byggelederens tilgang vil være at anvende så få ressourcer som muligt, hvilket kan resultere i, at byggeledelsen ikke matcher/magter projektets udfordringer.

Risikospredning i forhold til totalrådgiver

I forhold til samarbejdsmodel med totalrådgiver har vi identificeret to primære modeller anvendt på KF-projekterne:

1. Der er valgt en totalrådgiver til hele KF-projektet - på tværs af alle delprojekter
2. Der vælges en totalrådgiver til hvert delprojekt i KF-projektet.

Valget af samarbejdsmodel med totalrådgiver afhænger til dels af projektets størrelse, kompleksitet og delprojekternes afhængigheder.

Det er ikke muligt at give et endegyldigt svar på, hvilke af modellerne der er den rette, idet det afhænger af en række faktorer, som er vanskelige at forudsige, såsom kemi mellem bygherre og totalrådgiver, totalrådgivers anvendte kompetencer på projektet, hvor presset totalrådgiver er økonomisk mv. Vi har således perspektiveret modellerne i forhold til fordele og ulemper i nedenstående:

Model	Fordele	Ulemper
En totalrådgiver til hele KF-projektet	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bygherre har kun én grænseflade i forhold til rådgiver ▶ Sikre et helhedsperspektiv i projektet ▶ Bedre koordination af afhængigheder mellem delprojekter 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stor afhængighed til en rådgiver giver større sårbarhed ▶ Samarbejds-mæssige udfordringer på et delprojekt kan påvirke resten af projektet ▶ Manglende grundlag for bygherre til at udfordre totalrådgivers metodik
En totalrådgiver pr. delprojekt i KF-projektet	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Risikospredning i forhold til sårbarhed og konsekvens af samarbejds-mæssige udfordringer ▶ Opgaver, som kræver specialistviden, afgrænses til et delprojekt, som så varetages af rådgiver med disse kompetencer (eksempelvis helipad, logistik, forsyning) ▶ Opdeling af projektet i delprojekter med flere totalrådgivere kan medføre en tidsmæssig forskydning, der muliggør en større intern læring, der kan omsættes i højere effektivitet i de efterfølgende delprojekter 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Grænsefladeproblematik og uoverensstemmelser mellem flere rådgivere ▶ Eventuelt behov for videnoverdragelse mellem flere totalrådgivere

Fagtilsyn

Totalrådgiverens fagtilsyn forestår den kvantitative og kvalitative kontrol af byggeriet i form af stikprøvevis tilsyn. Omfanget heraf fastlægges i aftale mellem bygherre og rådgiver. Som tidligere nævnt er det her vigtigt, at bygherre, i forbindelse med fastlæggelse af omfang af og ressourcebehov til rådgivers

fagtilsyn, har fokus på at sikre byggeriets kvalitet, herunder sikre rettidig identifikation af eventuelle fejl/mangler i udførelsen med henblik på minimering af følgepåvirkninger.

Konkret fastlægges og specificeres omfanget af fagtilsynet i tilsynsplaner forud for udførelsesfasen. Disse bør således afstemmes og godkendes af bygherre, inden arbejder igangsættes på byggepladsen. I forbindelse med denne fastlæggelse af tilsynets omfang anbefales at inddrage sygehusets bygningsmæssige driftspersonale, som senere skal overtage byggeriet. Herved kan driftspersonalet bidrage til identificering af kritiske områder i byggeriet, hvor et skærpet fokus er påkrævet.

Samtidigt kan det overvejes, om sygehusets driftsorganisation, som supplement til totalrådgiverens fagtilsyn, skal udføre eget tilsyn af byggeriet. Dette med henblik på en uvildig driftsfokuseret kontrol af det byggeri, der opføres, og for at øge driftspersonalets ejerskab til og viden om byggeriet.

Hvis bygherre vælger, at totalrådgivers eget tilsyn skal suppleres af anden part, skal "spillereglerne" være klart defineret og aftalt for at undgå uklarheder i forhold til roller og ansvar blandt de i tilsynet involverede parter. Eksempelvis kan der være en potentiel risiko for, at involveringen af driftsorganisationen i tilsynet kan medføre ansvarsfraskrivelser hos såvel totalrådgiver som entreprenører. Dette med udgangspunkt i, at driftsorganisationens supplerende tilsyn pludselig kan anses som værende det gældende og endelige tilsyn hos såvel totalrådgiver som entreprenører.

I forhold til den konkrete håndtering af rådgivers tilsyn kan det anbefales, at der etableres et dynamisk og effektivt styringsværktøj i form af en tilsynslog til registrering af udførte fagtilsyn. Dette understøtter en gennemsigtighed i forhold til:

- ▶ Vurdering af det aftalte versus faktisk udførte tilsyn
- ▶ Sammenhæng mellem tilsynsplaner og det udførte tilsyn
- ▶ Status på det enkelte tilsynsemne, herunder opfølgning på og ansvar for identificerede udfordringer.

Anvendelsen af styringsværktøj bidrager til, at bygherre løbende kan overvåge og identificere eventuelle udfordringer i rådgivers fagtilsyn.

Samarbejde med bygherrerådgiver

Som tidligere nævnt er det bygherrerådgivers rolle at kunne bistå bygherre i forbindelse med at sikre, at bygherres ønsker og krav så vidt muligt indarbejdes i projektet. En del af bygherrerådgivers assistance er derfor også at kunne udfordre de valg- og løsningsmuligheder, som totalrådgiver foreslår. For at kunne varetage denne rolle er det nødvendigt, at bygherrerådgiver sikres den fornødne indsigt i driftspersonalets krav og ønsker til projektet, således der foretages prioriteringer, der i videst muligt omfang afspejler brugerens og dermed bygherres ønsker.

Det anbefales således, at bygherrerådgiver - hvor det organisatorisk er muligt - er involveret i brugerprocessen i forbindelse med projekteringen.

Samarbejde med driftsorganisation

KF-projekternes endelige succes afhænger i høj grad af, hvorledes driften af sygehuset kommer til at fungere, og at driftsorganisationen føler et ejerskab for det færdige byggeri. Derudover besidder driftsorganisationen såvel værdifuld viden som væsentlig perspektivering i forhold til byggeriet, hvorfor der tidligt i projektforløbet skal etableres et tæt samarbejde mellem projektet og driften. Således bør driftsorganisationen inddrages allerede i forbindelse med projekttilblivelsen med henblik på, at helhedsplanen udarbejdes med det nødvendige drifts- og effektiviseringsmæssige fokus. Desuden bidrager den tidligere involvering af driftsorganisationen til et øget ejerskab for projektet i driftsorganisationen, hvilket alt andet lige vil sikre en mere effektiv og positiv idriftsættelsesproces.

I forhold til udførelsesfasen vil et tæt og integreret samarbejde med driftsorganisationen kunne sikre en klar forventningsafstemning i forhold til, hvorledes ønskelige projektændringer fra driftsorganisationens side vil blive håndteret i projektet.

Konflikt håndtering i udførelsesfasen

Store komplekse projekter som disse KF-projekter vil i sagens natur være i risiko for, at der opstår uenigheder, uoverensstemmelser og konflikter parterne imellem. Sådanne uenigheder, uoverensstem-

melser og konflikter i de indledende faser af projektet vil oftest blive løst "på papiret" og eventuelt afstedkomme ændringer i eksempelvis projektmateriale og lignende.

Når projektet når udførelsesfasen, vil konflikter derimod ofte medføre øget risiko for, at igangværende aktiviteter stopper før færdiggørelse. Et sådant stop kan nemt medføre udfordringer for det givne projekt i form af forsinkelser i efterfølgende aktiviteter, der er afhængige af den afbrudte aktivitets færdiggørelse.

Denne dominoeffekt i udførelsesfasen gør, at det må anbefales, at bygherre sikrer en fast og hensigtsmæssig strategi for håndtering af konflikter i udførelsesfasen.

Bygherre bør således hele tiden være i stand til at vurdere, hvad der er mest hensigtsmæssigt i den givne konfliktsituation.

Med henvisning til tidligere omtale af totaløkonomiske betragtninger, bør sådanne også anvendes her, idet en undgået omkostning her og nu i forbindelse med konflikten i mange tilfælde risikerer at ramme endnu hårdere længere henne i projektet, grundet forsinkelser, ombygninger mv.

Vi har set eksempler i KF-projekterne, hvor man vælger at tage kampen op i konflikten og dermed acceptere de forsinkelser og deraf afledte meromkostninger, dette måtte medføre.

4.5 En belysning af regionernes erfaringer med udbudsstrategi og bygbarhed

4.5.1 Udbudsstrategi

En udbudsstrategi fastlægger, hvordan et eller flere udbud skal håndteres i forhold til realiseringen af projektet. Udbudsstrategien beskriver således entreprisformen, herunder projektets opdeling og strukturen for rådgivers og entreprenørers involvering.

I nedenstående har vi opsummeret fordele og ulemper ved de gængse udbudsformer:

Tabel 2: Udbudsstrategier og fordele og ulemper forbundet hermed

	Kort beskrivelse	Fordele	Ulemper
Hovedentreprise	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kontrakt med én entreprenør ▶ Alle fagentrepriser er ud fra bygherrens synspunkt dækket af denne kontrakt 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bygherren har kun én kontrakt at forholde sig til, hvilket er mindre ressourcetrækkende at administrere ▶ Ingen grænsefladeproblematik mellem de enkelte fagdiscipliner ▶ Risici for konkurs falder, da der typisk vil være tale om en større spiller på markedet 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hovedentreprenøren tager sig betalt for den styring og koordinering, der skal foretages ▶ Højere licitationsresultat end ved fagentreprise ▶ Manglende mulighed for at vælge underentreprenørerne (eksempelvis lokale hensyn) ▶ Risici er ikke spredt ▶ Hvis hovedentreprenørens økonomi ikke er robust, kan eventuel konkurs have indflydelse på hele projektet ▶ Kun én kontrakt at regulere efter gør projektet mere følsomt for u hensigts-

	Kort beskrivelse	Fordele	Ulemper
			mæssigheder
Fagentreprise	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kontrakter med de enkelte fagentreprenører ▶ Bygherre er ansvarlig for at varetage byggeledelsen og dermed at styre og koordinere de forskellige grænseflader 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bygherre kan selv styre processen ▶ Lettere for mindre virksomheder at byde på opgaven ▶ Muligheden for at lade flere virksomheder byde ind kan medføre en lavere pris for den samlede opgave 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Større ressourceforbrug hos bygherren end de øvrige modeller, grundet kontraktforhold der skal styres ▶ Der kan opstå tvister i forbindelse med de relativt mange kontrakter
Storentreprise	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kontrakter med 3-4 entreprenører, hvor beslægtede arbejder er samlet i en storentreprise, eksempelvis alt installationsarbejde samlet ▶ Bygherre er ansvarlig for at varetage byggeledelsen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Samme fordele som fagentreprise, dog i mindre omfang 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Samme ulemper som fagentreprise, dog i mindre omfang
Totalentreprise	<ul style="list-style-type: none"> ▶ En kontrakt med en totalentreprenør, der er ansvarlig for hele arbejdet - både projektering, udførelse og ledelse ▶ Totalentreprenøren vil have tilknyttet rådgivere (arkitekt og ingeniør) samt forskellige underentreprenører ▶ Ved totalentreprisemodellen er der således kun én kontrakt at håndtere for bygherren ▶ Totalentreprenøren tager sig af styring og koordinering af grænseflader mellem de forskellige underentreprenører 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Totalentrepriseformen giver ofte en høj grad af sikkerhed i forhold til tid og budget, såfremt projektet har været tilstrækkeligt klart beskrevet ▶ Bygherren skal ikke selv bruge mange ressourcer på koordinering og styring 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bygherrens indflydelse på valg af teknisk løsning, materialevalg kan være begrænset, da entreprenøren varetager projekteringen ▶ Da tid og pris i vid udstrækning ligger fast, kan man opleve, at kvaliteten kan blive presset, fordi kvaliteten er den eneste faktor, som entreprenøren kan ændre på, hvis projektets økonomi er under pres ▶ Prisen vil afspejle, at bygherren tilbydes en højere grad af sikkerhed for tid og budget, da entreprenøren i sit tilbud vil tage sig betalt for at varetage styringen og koordineringen af alle de forbundne risici

I forhold til valget af udbudsstrategi, som typisk besluttet i samarbejde med totalrådgiver, bør bygherre være opmærksom på det forhold, at såfremt totalrådgiver varetager byggeledelsen, vil totalrådgiver alt andet lige kunne have en præference for færrest mulige entreprenører, idet dette letter deres styring.

Dynamisk udbudsstrategi

Et gennemgående tema hos en række KF-projekter har været vigtigheden af at have en dynamisk udbudsstrategi. KF-projekterne strækker sig over et tidsmæssigt langt forløb og er bygningsmæssigt varieret, hvorfor udbudsstrategien løbende bør tilpasses både i forhold til markedsudviklingen og den enkelte opgavetype (dvs. typen af byggeri). Eksempelvis skal udbudsstrategien rumme eventuelle forskelle mellem nybyggeri eller ombygning, og hvorvidt der er behov for specialkompetencer eksempelvis i forbindelse med logistik, laboratorier eller lignende. Desuden kan det faktum, at der i regionerne udføres flere KF-projekter samtidigt, presse markedet og dermed påvirke såvel antallet af som størrelsen på de bydende.

Udbudsstrategien skal endvidere tilpasses regionale forhold.

4.5.2 Prioritering af kritisk byggeri

KF-projekterne er alle projekter af en vis størrelse og kompleksitet, der skal bygges inden for en låst anlægsramme. Præmissen med den låste anlægsramme medfører en risiko for, at byggeri, der opføres sidst i projektet, kan blive underlagt en række kvalitative og/eller arealmæssige besparelser. Det er således vigtigt, at der sker en prioritering af det byggeri, der skal opføres, således at kritisk byggeri opføres først, mens der fortsat er et vist råderum i budgettet. Denne prioritering skal afspejles i projektets samlede tidsplan.

Det anbefales derfor, at der fastlægges og besluttet en byggetakt, der afspejler, hvad der er kritisk byggeri, og hvad der, uden større afledte effekter, vil kunne fravælges i tilfælde af budgetmæssige udfordringer.

Dette understøtter endvidere en totaløkonomisk betragtning til projektet, idet sygehusets behov i højere grad søges efterlevet.

4.5.3 Bygbarhed

Begrebet bygbarhed anvendes typisk i forhold til at vurdere et givent projektmateriale. Dog har vi erfaret, at der på tværs af KF-projekterne synes at være forskellige tolkninger af begrebet i forhold til kvalitet, tid og økonomi. En endelig og branchegodkendt definition af begrebet synes således ikke at foreligge.

Flere af KF-projekterne nævner, i forbindelse med begrebet bygbarhed, vigtigheden i, at totalrådgiver har fokus på, at projektmateriale skal indeholde "bygbare" byggetekniske løsninger, som i udførelsesfasen er mulig at realisere for entreprenøren. Generelt bør projekterne således overvejende bestå af gennemprøvede byggetekniske løsninger, eksempelvis ved facadevalg, valg af byggeriets bærende system, logistikvalg mv. Det anbefales, at eventuelle komplekse/ikke afprøvede byggetekniske løsninger realiserbarhed (bygbarhed) vurderes af personer med udførelsesmæssige kompetencer.

I forhold til begrebet bygbarhed har erfaringer fra visse KF-projekter vist, at totalrådgiver i projekteringsfasen med fordel kunne nedtone det arkitektoniske fokus og mere fokusere på at træffe de mest effektive og fleksible bygningsmæssige valg indenfor projektets økonomiske ramme.

Granskning af projektmateriale

Fejl og mangler i projektmateriale er naturligvis u hensigtsmæssigt, og med mindre disse fanges, inden projektet går i udførelse, kan det medføre væsentlige meromkostninger i KF-projekterne. Dette har flere af de KF-projekter, som er i udførelse, måttet sande. Kvalitet i byggeriet forudsætter bygbare, robuste og gennemprøvede løsninger, dokumenteret i forståelige og dækkende byggeprojekter³. Det bør således sikres, at disse forudsætninger for kvalitet i byggeriet er til stede i det projektmateriale, som danner grundlag for entreprenørens tilbudsgivning. Dette kan blandt andet sikres via eksterne granskninger, typisk udført af bygherre, bygherrerådgiver og/eller en projektafhængig tredjepart.

³ Granskning af byggeprojekter - udgivet af Statens Byggeforskningsinstitut 2014

En grundig og fyldestgørende granskning af projektmateriale skal bidrage til at minimere risikoen for fejl og mangler i projektmateriale. Det anbefales derfor, at bygherre prioriterer såvel tid som ressourcer i forhold til gennemførelse af en sådan granskning, også selvom det er rådgivers opgave at sikre, at der ikke er fejl og mangler i materialet. Projektets overordnede tidsplan bør således indeholde den fornødne tid til granskningsprocessen, som bør gennemføres efter en særlig granskningsplan.

Granskningsplanen bør indeholde følgende aktiviteter:

- ▶ Overdragelse af projektgrundlag
- ▶ Screening, granskning og opsamling af granskningsemner
- ▶ Formidling, afstemning og prioritering af granskningsemner
- ▶ Opfølgning på granskningsemner, herunder tilretning af projektet.

Da den tidsmæssige og økonomiske konsekvens af ændringshåndtering, som tidligere nævnt, øges gennem projektforløbet, bør bygherre løbende overveje initiering af eksterne granskninger af relevante emner. Eksempelvis i forbindelse med faseskift i projekteringen.

Som supplement til bygherres (og bygherrerådgivers) interne granskning af projektet, kan det som tidligere nævnt anbefales at lade en projektuafhængig tredjepart granske projektmateriale. Dette med henblik på at sikre en uvildig vurdering af projektets kvalitet, herunder at kunne udfordre valgte løsninger. Desuden kan der være områder, hvor granskningen kræver specialkompetencer, der typisk ligger uden for bygherres og bygherrerådgivers, hvorfor en specialiseret tredjepart bør inddrages. Det kunne eksempelvis dreje sig om granskning vedrørende helipad, medico teknik, logistik- og it-løsninger, laboratorier mv.

Såfremt bygherre har valgt, at byggeledelsen ikke skal varetages af totalrådgiver, anbefales det, at byggeledelsen involveres i granskningen som uvildig tredjepart. Hermed sikres:

- ▶ Byggeleders ejerskab i projektet, inden opstart af udførelsen
- ▶ At byggeleders indsigelser/afklaringer til tidsplan og projektmateriale generelt bliver adresseret rettidigt
- ▶ At byggeleder bedre kan strukturere og planlægge sin kommende opgave.

I forbindelse med anvendelsen af en projektuafhængig tredjepart til granskning af totalrådgivers projektmateriale er det vigtigt, at bygherre understøtter, at dette foregår i en ordentlig og konstruktiv dialog med totalrådgiver. Dette skal blandt andet sikre, at eventuelle misforståelser ikke blæses ud af proportioner, herunder at samarbejdet mellem bygherre og totalrådgiver lider skade. Bygherre skal således sikre en balanceret tilgang til granskningens resultater og tolkning herpå.

I forhold til den interne granskning af et givent projektmateriale, kan det ligeledes anbefales at inddrage sygehusets organisation hvor relevant. Sygehuset har kendskabet til selve sygehusdriften og de daglige arbejdsgange og vil derfor kunne forholde sig både relevant og kritisk i relation at vurdere de driftsmæssige konsekvenser ved byggetekniske løsninger.

3D-projektering

I forbindelse med projekteringsfasen er der fra statens side stillet krav om, at projekteringen i offentligt byggeri, herunder KF-projekterne, skal foregå via 3D-modeller. Dette med henblik på at realisere de potentielle gevinster omkring budgetoverholdelse, sikring af bygbarhed mv.

Således fungerer KF-projekterne i nogle tilfælde som pilotprojekt på 3D-projektering. Dette har medført en indlæringsproces hos totalrådgiver, der i visse tilfælde synes at have resulteret i et tab af kvalitet i projektmateriale. Dette skyldes blandt andet en mindre detaljeringsgrad, og at fokus har været på at få en retvisende 3D-model frem for udarbejdelse af et fyldestgørende materiale, som entreprenøren kan bygge efter.

Konsekvensen ved ovenstående er en øget risiko for, at entreprenørernes tilbud ikke bliver retvisende, og at der således efterfølgende kan forekomme manglende indkøb, som vil påvirke de uforudsete udgifter.

I forbindelse med ovenstående udfordring kan det anbefales, at bygherre ved faseskift sikrer kontrol af, at de udarbejdede 3D-modeller overholder de krav, der er defineret i aftalens ydelsesbeskrivelse, og at detaljeringsniveauet matcher den traditionelle model (2D).

4.6 En belysning af regionernes procedurer for risiko- og reservestyring, økonomi og tidsstyring

Generelt er udfordringen i KF-projekternes risikostyring at sikre en tilstrækkelig balance mellem det nødvendige reserveniveau og samtidig afsætte flest mulige midler til udførelse af selve byggeriet. I relation til dette, vil der i løbet af projektets levetid opleves et faldende reserveniveau, da de forventede risici alt andet lige må forventes at reduceres i takt med, at byggeriet færdiggøres, og budgettet opbruges.

I forbindelse med KF-projekternes afslutning synes der dog at være en vis udfordring i forhold til at skulle opretholde et vist reserveniveau samtidig med, at hele anlægsrammen helst skal anvendes til byggeri.

Samtidig kan der være en udfordring i forhold til, hvor længe et givent reserveniveau til ikke-afsluttede voldgiftssager og/eller mangeludbedring skal opretholdes efter byggeriets faktiske aflevering.

4.6.1 Risiko- og reservestyring

Da KF-projekterne gennemføres over en lang tidsperiode og har en høj grad af kompleksitet, er der i sagens natur mange risici for øgede omkostninger til de mange komponenter i byggerierne. Det er således vigtigt, at projekterne er i stand til at agere i henhold til de løbende ændringer og opståede udfordringer i projekterne.

Derfor er projekterne underlagt krav om en løbende risiko- og reservestyring for at sikre projektets fortsatte robusthed i forhold til de økonomiske risici, der måtte opstå i projektets levetid. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses regnskabsinstruks⁴ beskriver disse krav, hvortil der henvises.

Generelt skal processen for risikovurdering være dynamisk, idet en given risiko kan have skiftende økonomiske, tidsmæssige eller kvalitative konsekvenser, og den løbende reserve skal således afspejle dette.

Ligeledes anbefaler vi generelt, at det sikres, at den løbende vurdering af risici i projekterne anlægger en bredere betragtning til risici end blot økonomiske risici. Dette hænger sammen med, at en given risiko, der - i lyset af den samlede totalramme kan synes bagatelagtig - kan medføre andre konsekvenser end blot de økonomiske, som risikoen er kapitaliseret til.

En realiseret risiko kan således eksempelvis medføre:

- ▶ Tidsmæssige konsekvenser

Forsinkelser af hele eller dele af et delprojekt, hvilket igen kan medføre øgede omkostninger/øgede UFO'er i de efterfølgende dele af delprojektet. Risikoen bliver således dyrere, end den i sig selv var medtaget til. Dette kan medføre pres på reserverne.

- ▶ Kvalitetsmæssige konsekvenser

Dette øgede pres på reserverne og dermed på budgettet kan nødvendiggøre besparelser/fravalg i efterfølgende dele af delprojektet og dermed have negative konsekvenser for delprojektet, idet man eksempelvis må foretage fravalg, vælge billigere og mindre gode løsninger osv. Disse forhold kan både betyde ringere kvalitet i selve byggeriet, men også arealreduktioner, der kan medføre udfordringer for den planlagte drift, herunder de planlagte effektiviseringstiltag.

- ▶ Organisatoriske konsekvenser

De fravalg og ændringer, der måtte opstå som følge af de tidsmæssige forsinkelser og deraf afledte fravalg, ændringer eller valg af alternative løsninger, kan medføre konsekvenser for de organisatoriske enheder, herunder blandt andet det kliniske og tekniske personale på sygehusene.

Særligt i tilfælde, hvor et projekt nærmer sig sin aflevering, kan de planlagte tests, gennemgange,

⁴ Regnskabsinstruks til behandling af tilskud fra Kvalitetsfonden til sygehusbyggeri

godkendelser mv. risikere at blive udfordret og forsinket. Sådanne forsinkelser kan endvidere risikere at gå ud over driften og dermed effektiviseringsplanerne for det idriftsatte sygehus.

Som ovenstående illustrerer, kan en given risiko udløse en "domino-effekt", hvor den samlede økonomiske, tidsmæssige, kvalitetsmæssige og organisationsmæssige konsekvens langt overstiger de beløb, hvormed den oprindelige risiko var medtaget.

Vi anbefaler derfor, at risikostyringen gøres så proaktiv og dynamisk som muligt samt udføres af medarbejdere med den fornødne kompetence og indsigt.

Vurdering af reserveniveau

I de enkelte regioner synes der at være en vis konsistens i forhold til de rammer og strukturer, der er udarbejdet for KF-projekternes risikostyring. Udfordringen ved KF-projekternes risikostyring i forhold til reserveniveauet er at få kapitaliseret de kendte risici, herunder sandsynlighedsvurderer disse og afsætte det rette beløb i reserver. En metode til at adressere denne udfordring er anvendelsen af følgende principper i forhold til at sandsynlighedsvurderer de kapitaliserede risici:

- ▶ Worst case: beskriver det *mest* pessimistiske udfald
- ▶ Most likely: beskriver det mest sandsynlige udfald
- ▶ Best case: beskriver det *mindst* pessimistiske udfald.

Derved opnås et overblik over projektets samlede økonomiske sårbarhed i forhold til de kapitaliserede risici samt en vurdering af det mest sandsynlige udfald (most likely), som dermed - sammen med relevante aftalesedler og ekstrakrav - er det realistiske bud på det nødvendige reserveniveau.

Ovenstående metode til risiko- og reservestyring baseres på, at så mange kendte risici som muligt kapitaliseres, således reserveniveauet løbende beregnes på et ajourført og realistisk grundlag. I den henseende er følgende vigtigt:

- ▶ Alle kendte risici skal forsøges kapitaliseret rettidigt enten via forventninger, kvalificerede estimater/overslag, faktiske tilbud eller delvist realiserede. Kapitaliseringen bør løbende ajourføres i henhold til udviklingen i afklaringsgraden for den enkelte risiko
- ▶ Kapitaliseringen skal indeholde risikoens mulige og kendte afledte effekter, herunder en kapitalisering af disse. Eksempelvis sikre, at kapitaliseringen indeholder en økonomisk vurdering af de eventuelle tidsmæssige konsekvenser ved en given risiko.

Vurdering af risiko

I projekter med så store budgetter som KF-projekterne kan der være en tendens til, at visse risici undervurderes, såfremt deres økonomiske konsekvens alene sammenholdes med det totale anlægsbudget. Således kan det anbefales at koble risikostyringen op på økonomistyringen, således at en given risikos økonomiske konsekvens holdes op mod det budget, der er på den konkrete budgetpost.

Samtidig anbefales, at en konsekvensvurdering af en risiko inkluderer projektets stade, da konsekvensen af en eventuel risikorealiserings alt andet lige vil være større i projektets afsluttende fase grundet reducerede handlemuligheder og økonomisk råderum, herunder reduceret reserveniveau.

Budget til uforudsete udgifter i udførelsesfasen

I forbindelse med KF-projekternes gennemførelse har alle projekterne afsat midler til såkaldte uforudsete udgifter i udførelsesfasen. Niveauet, for hvor meget projekterne afsætter til denne reserve, varierer fra projekt til projekt. Generelt er det dog en "tommelfingerregel", at der afsættes flere midler til uforudsete udgifter til ombygning sammenholdt med nybyggeri. Et forhold der blandt andet afspejler den større usikkerhed, der eksisterer i ombygninger, idet ombygninger baseres på antagelser om eksisterende konstruktioners beskaffenhed.

Erfaringsmæssigt har det vist sig at være en udfordring for visse KF-projekter at fastlægge et realistisk niveau for budgettet til uforudsete udgifter i udførelsesfasen. I den henseende kan det anbefales at anvende generelle erfaringer fra branchen og fra egne delprojekter til at fastlægge og revurdere niveauet for sine budgetter til uforudsete udgifter. Dertil skal tillægges det faktum, at KF-projekterne er yderst komplekse byggerier, som få af projekternes parter har indgående erfaringer med.

Baseret på KF-projekternes hidtidige erfaringer kombineret med, hvad der er det gængse reserveniveau til uforudsete udgifter i branchen, anbefales således, at budgettet til uforudsete udgifter i udførelsesfasen ikke ligger under 10 % af de samlede håndværkerudgifter efter kontrahering med entreprenørerne.

Change request-kataloger

Udover projekternes reservepuljer er der typisk udarbejdet såkaldte Change Request-kataloger, der indeholder mulige specifikke besparelsememner til realisering, såfremt projektet bliver økonomisk udført.

I forhold til Change Request-katalogerne anbefaler vi, at det sikres, at disse katalogers emner:

- ▶ Konstant er tidsmæssigt realisérbare

I lighed med risikostyringsprincipperne nævnt ovenfor, så anbefales det at holde Change Request-kataloget dynamisk og opdateret.

Et givet besparelsememne kan med tiden falde i realiserbarhed, eller den tilknyttede besparelse kan ændre sig.

- ▶ Konstant opdateres.

I kombination med, at besparelsememnerne er realiserbare indenfor den tid, projektet måtte have til rådighed, bør kataloget også indeholde emner, der kan realiseres på forholdsvis kort tid med henblik på at minimere eventuelle forsinkelser forbundet med besparelsen.

- ▶ Omfatter såvel større som mindre emner (sondringen mellem større og mindre emner må være op til det enkelte projekt).

Vi har på enkelte KF-projekter oplevet, at Change Request-kataloget alene indeholdt forholdsvis store emner, hvilket gjorde projektets handlemuligheder i forhold til mindre besparelsesbehov begrænset.

Uvildighed

Vi har erfaret, at ansvaret for den daglige risikostyring hovedsageligt ligger i regi af KF-projekterne enten hos bygherre selv, bygherrerådgiver eller totalrådgiver, hvor disse parter alle bidrager med input. Styrken ved dette er, at risikostyringen udarbejdes med involvering af projektets parter, der har en grundig indsigt i projektets udfordringer.

Til gengæld viser erfaringer også, at der er visse uhensigtsmæssigheder i forhold til denne organisering. Således er der tendens til, at parterne vurderer risici ud fra egne interesser, og at håndteringen af risici fokuserer på ansvarsplacering frem for en konstruktiv løsningsorienteret dialog.

Med henblik på yderligere at kvalificere den daglige risikostyring, kan det overvejes periodisk at få foretaget en uvildig risikovurdering af projektet (eks. ved faseskift eller konkrete problemstillinger). Dette vil sikre følgende:

- ▶ Risikovurderingens konklusioner vil være upartiske og objektive
- ▶ Mulighed for at udfordre projektets risikomodeller, -procedurer, -vurderinger mv.
- ▶ Understøtte en løsningsorienteret tilgang til evt. udfordringer.

4.6.2 Tidsplaner

Realistiske tidsplaner

Vi har erfaret, at en række KF-projekter er blevet forsinket i forhold til den oprindelige tidsplan. Således er det vores oplevelse, at en række af tidsplanerne har været og er præget af en vis optimisme frem for realisme. Dette forhold medfører, at projekterne løbende må revurdere tidsplaner og udskyde byggeriet, hvilket giver følgende uhensigtsmæssigheder for KF-projekterne:

- ▶ Forsinkelser kan erfaringsmæssigt have væsentlige økonomiske konsekvenser

- ▶ Grundet den store bevågenhed vil forsinkelser blive synliggjort og kommunikeret offentligt, resulterende i at projektet som helhed får et dårligt image
- ▶ Gennemførelsen af ændringer i den overordnede tidsplan kræver behandling og godkendelse i et politisk system, med en ofte forholdsvis tidskrævende sagsbehandling
- ▶ Ændringer i projektets tidsplan har en væsentlig indvirkning på sygehusets planer for ibrugtagning samt sygehusets realisering af forventede effektiviseringsgevinster.

Det anbefales således, at der generelt anlægges en mere realistisk og konservativ tilgang til byggeriets tidsplaner, som ligger til grund for de udmeldinger, der gives om byggeriets færdiggørelse. Herunder at bygherre udfordrer rådgivers oplæg til tidsplaner med udgangspunkt i erfaringer fra gennemførte sammenlignelige (og gerne offentlige) projekter.

Buffer i tidsplan

Erfaringsmæssigt er det hensigtsmæssigt, at man i KF-projekterne indlægger buffere i tidsplaner, således der er indlagt en tidsmæssig reserve til imødegåelse af eventuelle tidsmæssige udfordringer. Samtidig understøtter anvendelsen af tidsmæssige buffere som udgangspunkt en mere realistisk tidsplan.

I relation til ovenstående kan det anbefales, at der i tidsplanen indlægges buffere undervejs i såvel projekterings- som udførelsesfasen, så "sneboldeffekten kan stoppes, inden det bliver en lavine". Det er i den forbindelse vigtigt, at granskningsperioden ikke bruges som buffer, men tidsangives og prioriteres som en særskilt opgave.

4.6.3 Mangeludbedring

I forbindelse med afslutningen af projektet, hvor der sker en overdragelse til driftsorganisationen, kan der fortsat udestå visse mangler. I forhold til mangler, der ikke direkte kan relateres til projektmateriale, bør det mellem sygehuset og KF-projektet afklares, hvem der har det økonomiske ansvar for mangeludbedringen efter ibrugtagning, herunder hvor lang en periode denne forpligtelse løber.

I forhold til at minimere antallet af mangler, anbefales bygherre, i samarbejde med driftsorganisationen, at få foretaget løbende vurderinger af byggeriet med henblik på at identificere eventuelle mangler og disses eventuelle påvirkning på idriftsættelsen.

Med henblik på at understøtte en positiv ibrugtningsproces, kan det overvejes at afsætte tilstrækkelig tid til denne mangeludbedring, inden bygningen ibrugtages af driften. Derved minimeres forstyrrende mangeludbedring samtidig med sygehusets drift, ligesom personalet alt andet lige får en mere positiv oplevelse af byggeriet.

5 Perspektivering

Denne evaluering af byggestyringsprincipperne for KF-projekterne fokuserer i sagens natur på de projekterende og udførende dele af projekterne og samspillet mellem projekternes mange aktører i forbindelse hermed.

Imidlertid vil projekterne naturligvis nå til de mere afsluttende faser op i mod aflevering, hvor rådgiverens ressourcemæssige indsats reduceres, og rådgivere må antages at påbegynde ressourceallokering imod andre opgaver.

Belært af denne evalueringens konklusioner og anbefalinger bør bygherre være opmærksom på denne mulige forskydning i rådgiverens fokus og planlægge herefter.

Det er ligeledes væsentligt, at bygherre har stærkt fokus på planlægningen og gennemførelsen af overlevering fra projekt til drift, herunder de bygningsmæssige udfordringer, og deraf følgende økonomiske konsekvenser, der måtte opstå efter ibrugtagning. I forhold til sådanne eventuelle økonomiske udfordringer efter ibrugtagning bør ansvar og omfang afklares rettidigt mellem KF-projektet og sygehuset. Dette med henblik på en proaktiv tilgang til imødegåelse af disse økonomiske udfordringer i KF-projektets regi.

6 Appendix

6.1 Beskrivelse af gennemgange - dybdegående og "light"

Dybdegående gennemgang

Den dybdegående gennemgang blev udført med 10 udvalgte KF-projekter og alle regioner.

For de 10 KF-projekter, der blev gennemgået i dybden, gjaldt:

For alle projekter afholdes der interviews med bygherre, bygherrerådgiver og sygehuset.

Disse projekter er udvalgt på baggrund af økonomi, projektets stade og hensynet til repræsentation af alle regionerne.

For de fem regioner, der deltog i gennemgange, gjaldt:

Et interview pr. region med 2-3 deltagere fra den funktion, der rapporteres ind til i forhold til kvalitetsfundsprojekterne.

Temaer for interviews var som udgangspunkt evalueringens seks temaer, desuden et overordnet overblik over projekterne samt input til risici/udfordringer.

Forud for de dybdegående gennemgange blev der udarbejdet spørgeguides til henholdsvis møderne med regionerne, bygherrer, bygherrerådgiver og sygehuse. Interviewguides er blevet godkendt af Danske Regioner, hvorefter de er blevet sendt ud til deltagerne inden møderne.

De spørgeguides, der blev anvendt som guidelines i forbindelse med vores dybdegående interviews/gennemgange med såvel de 10 KF-projekter som de fem regioner, er, grundet deres omfang, vedlagt denne rapport som særskilt pdf-fil.

"Light" gennemgang

På basis af foreløbige konklusioner fra de dybdegående interviews blev der udarbejdet hypoteser, der blev sendt ud til kommentering og perspektivering hos de resterende 6 KF-projekter. Dette med henblik på at sikre, at alle KF-projekterne blev inddraget, og dermed sikre fuldstændighed i datagrundlaget.

6.2 Materialeindsamling

EY havde desuden udarbejdet en materialeliste over dokumentation, som alle projekterne blev bedt om at fremsende. Det var tilsigtet, at materiale skulle modtages inden gennemgange/interviews med regioner og KF-projekterne, så det kunne indgå som baggrundsmateriale.

Der blev bedt om materiale angående følgende:

- ▶ Beskrivelse af projekternes organisering
- ▶ Beskrivelse af projekternes samarbejdsform
- ▶ Projekternes valgte rådgivere (bygherrerådgiver og totalrådgiver(e))
- ▶ Bemanding i organisationen
- ▶ Håndtering af bygherreleverancer - hvilke leverancer er bygherre ansvarlig for?
- ▶ Kvartalsvise rapporter
- ▶ Månedsrappporter
- ▶ Styringsmanual/projektmanualer
- ▶ Tilsagnsskrivelser
- ▶ Centrale fælles krav vedr. risikostyring (regionalt, ministerielt etc.)
- ▶ Økonomiske oversigter pr. projekt (budgetter, reserveniveauer, besparelser-/prioriteringskatalo-ger, budgetter til uforudsete udgifter)
- ▶ Tidsplaner pr. projekt (byggeprojekt, udflytningsplan)
- ▶ Tilsynsplaner.

6.3 Definitioner

Aftalegrundlaget AB92/ABT93/ABR89: Standardiserede regelsæt til brug ved byggeprojekter. Almindelige betingelser for arbejder og leverancer i bygge- og anlægsvirksomheder af 1992 (AB 92), Almindelige betingelser for totalentrepriser (ABT 93), Almindelige bestemmelser for teknisk rådgivning og bistand (ABR89).

Byggeledelse: Byggeledelse repræsenterer bygherre overfor entreprenørerne med hensyn til arbejdets tilrettelæggelse og udførelse. Byggeledelsen styrer byggeriets samlede tids- og kvalitetsmæssige samt økonomiske forløb, herunder sikrer koordinering af fælles byggepladsmæssige aktiviteter.

Bygherre: Bygherren udgør/repræsenterer køberollen i byggesagen. Mere bredt anvendes ordet bygherre som et fælles begreb for de af byggeriets aktører, der forestår den række af beslutninger, der normalt karakteriseres som bygherrebeslutninger og er knyttet til egentligt byggeri.

Bygherrerådgiver: Bygherrerådgiveren rådgiver og bistår bygherren i samarbejdet mellem denne og tilknyttede tekniske rådgivere, entreprenører mv.

Bygbarhed: Kan have forskellig betydning eksempelvis: tidsplansrelateret, detaljeringsniveau, overholdelse af budgetter (areal i forhold til budgetter).

Claim manager: Håndterer og følger op på kontrakten med henblik på at rejse en række krav om erstatning.

Fagentreprise: En entrepriseform, hvor der indgås kontrakter med flere fagentreprenører med særlige kompetencer indenfor forskellige felter. Her varetager entreprenøren ikke selv byggeledelsen og koordineringen af byggeaktiviteter.

Fagtilsyn: Er en udførelseskontrol, som varetages af rådgiver, og som sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med projektet og entreprisaftalerne.

Hovedentreprise: Entrepriseform, hvor bygherren indgår kontrakt med en hovedentreprenør. Hovedentreprenør varetager styringen af de nødvendige underentreprenører (andre håndværksmestre) og styrer både kontrakter, økonomi, tidsplan, koordinering og byggeledelse.

Stoentreprise: Entrepriseform, hvor bygherre indgår aftale med få udførende firmaer (typisk 3-4 stor-entreprenører) på forskellige grupperinger af opgaver. Der er således færre kontrakter end ved fagentreprise, men flere end ved hoved- og totalentreprise. Her varetager entreprenøren ikke selv byggeledelsen og koordineringen af byggeaktiviteter.

Totalentreprise: Entrepriseform, hvor bygherren indgår kontrakt med en totalentreprenør, der har ansvaret for hele arbejdet – både projektering, udførelse og ledelse. Totalentreprenøren vil således have tilknyttet rådgivere (eks. ingeniører, arkitekter) samt forskellige underentreprenører.

Totalrådgiver: Er ansvarlig for hele byggeforløbet, hvorfor det kun er nødvendigt, at bygherren indgår én rådgivningskontrakt. Totalrådgiver skal sikre sammenhæng mellem funktion, økonomi og tid.

Totaløkonomi: Overvejelser angående anlægsomkostninger i forhold til de samlede omkostninger, der løbende er forbundet med bygningen. Eksempelvis at anlægsudgiften bliver højere, men til gengæld medfører lavere driftsomkostninger, der samlet set vil være en fordel for både bygherre og samfundsøkonomien på længere sigt.



21-09-2015

Sag nr. 14/123

Dokumentnr. 44812/15

Statusrapport for afdelingerne med særligt ansvar for patienter med uklare symptomer

Indledning

Regionerne har udpeget en afdeling i hver region med særligt ansvar for patienter med uklare symptomer, hvor der kan være mistanke om bivirkninger til HPV-vaccinen. Siden den 1. juni 2015 har det været muligt for blandt andet de praktiserende læger at henvise patienter disse afdelinger.

I tilfælde, hvor den praktiserende læge ikke selv kan udrede og behandle patienten, og er i tvivl om, hvilket speciale i sygehusregi, der bedst kan varetage det videre udrednings- og behandlingsforløb, kan den praktiserende læge henvise til denne afdeling. Den pågældende afdeling har efter henvisningen ansvaret for at holde sammen på patientforløbet og inddrage de lægefaglige kompetencer og specialer, der er relevante i det konkrete patientforløb. Det er også muligt for andre afdelinger at henvise til den pågældende afdeling.

Med modellen har det været regionernes ønske

- at skabe større sammenhæng for patienterne i deres udrednings- og behandlingsforløb
- at muliggøre faglig vidensopbygning og ekspertise, og sikre at der skabes et fagligt netværk mellem de involverede afdelinger og specialer.

Siden den nye organisering trådte i kraft, har der været stor opmærksomhed på og interesse for tilbuddet. Det fremgår således af nærværende statusopgørelse, at godt 1300 piger/kvinder er blevet henvist til regionernes afdelin-

ger. Som det også fremgår af statusopgørelsen, betyder de mange henvisninger, at der på næsten alle afdelinger er patienter, der venter på at komme i gang med et forløb på den pågældende afdeling. Det var tilfældet for i alt 758 patienter pr. 1. september. Den estimerede ventetid varierer mellem afdelingerne, fra 14 dage til ca. 9 måneder. Ventetiden vil dog afhænge af den fremtidige tilstrømning af patienter til afdelingerne. Afdelingerne arbejder fokuseret på at få nedbragt ventelisterne. Det er ikke ukendt, at der ved etableringen af nye tilbud allerede i udgangspunktet forekommer ventetid. Det bemærkes, at mange af de henviste patienter tidligere har været igennem et udredningsforløb, blot ikke i det nyetablerede regi.

Et kvartal efter den nye organiserings ikrafttræden tegner der sig et billede af en patientgruppe med et meget bredt symptomspektrum, og hvor patienterne har mangeartede og ofte diffuse symptomer. Flere afdelinger anfører, at der er tale om en patientkategori, som afdelingerne også tidligere har kendt. Det har kun været muligt at stille få diagnoser, men en stor del af afdelingerne vurderer, at symptomerne har karakter af funktionelle lidelser.

Regionerne har siden den 1. juni høstet de første nyttige erfaringer med organiseringen af én indgang for denne patientgruppe. Erfaringen peger blandt andet på, at det vil være hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen indgår i processen omkring den faglige udvikling på området og blandt andet bidrager med faglig rådgivning om tilrettelæggelsen.

Sundhedsstyrelsen skal desuden spille en rolle i den vidensopbygning, der er nødvendig for den faglige udvikling på området, blandt andet i forhold til internationale erfaringer med udredning og behandling af patientgruppen.

I det fremadrettede arbejde kan forskning udgøre et element i den vidensopbygning, der skal ske. Som det fremgår af statusrapportens afsnit 8 er der beskrevet en række forskningsprojekter, hvis realisering vil kunne bidrage med ny viden på området.

1. Afdelingerne med særligt ansvar for patientgruppen

Regionerne har udpeget en afdeling i hver region med særligt ansvar for patienter med uklare symptomer, hvor der kan være mistanke om bivirkninger til HPV-vaccinen.

Organiseringen med én indgang trådte i kraft den 1. juni 2015.

Sundheds- og Ældreministeriet har anmodet Danske Regioner om en status for initiativet med den nye organisering. Ministeriet har i den forbindelse udformet følgende spørgeramme:

- Beskrivelse af set-up'et for "Én indgang", geografisk placering, specialer, startdato, antal henviste patienter til de respektive fem afdelinger, antal udredte patienter, aktuel venteliste (både antal patienter og ventetid) pr. afdeling, patienternes alder og evt. andre forhold.
- Beskrivelse af forløbet – visitation, diagnose(-r), videre forløb, behandling – igen gerne fordelt på regionsniveau samt evt. nationale fællestræk/enigheder
- Beskrivelse af det faglige netværk, dets arbejde, erfaringer og initiativer, herunder arbejdet med fælles henvisningskriterier, fælles udredningskriterier og evt. kommende udredningsmodeller
- Beskrivelse af praksiskonsulenternes arbejde, erfaringer og initiativer
- Beskrivelse af relevante regionale forskningsprojekter, herunder SSI's med regional deltagelse

Danske Regioners statusopgørelse er opbygget omkring denne spørgeramme.

Danske Regioner har indhentet de ønskede oplysninger fra regionerne og har desuden på statusmøde i det faglige netværk på tværs af afdelingerne haft lejlighed til at få uddybet regionernes tilbagemeldinger. Det er på den baggrund, at Danske Regioners statusopgørelse er udarbejdet.

2. Set-up'et i den nye organisering

Af tabellen nedenfor fremgår det, hvordan regionerne konkret har organiseret sit i forhold til de involverede afdelinger og specialer, der har fået et særligt ansvar for patientgruppen i de enkelte regioner. I de regioner, hvor en pædiatrisk afdeling er udpeget til at varetage funktionen, har man valgt

at supplere med en ”voksen-indgangsafdeling”, idet – som det fremgår af tabel 3 – størstedelen af de henviste patienter er over 18 år.

Side 4

Tabel 1.: Én indgang- afdelinger, fordelt på regioner

Region	For pt. under 18 år	For pt. over 18 år
Nordjylland	Børneafd., Aalborg Universitetshospital	Neurologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
Sjælland	Børneafd., Roskilde Sygehus	Medicinsk Afd. Roskilde Sygehus
Midtjylland	Pædiatrisk Afd., Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Viborg	Diagnostisk Center*, Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg
Syddanmark	H.C. Andersens Børnehospital, OUH Odense Universitetshospital	Infektionsmedicinsk Afdeling Q, OUH
Hovedstaden	Synkopezenteret, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	

*Diagnostisk Center dækker alle de medicinske specialer dog ikke neurologi, og klinikken varetages primært af reumatolog, gastroenterolog og cardiolog.

3. Aktivitet

Tabellen nedenfor viser, hvor mange patienter, der er blevet henvist til afdelingerne pr. 1. september, hvor mange patientforløb der er påbegyndt, samt ventelister og estimerede ventetider. Region Nordjylland er først pr. 1. september startet op med de indledende samtaler med patienter, der er henvist gennem det nye regi. Antal påbegyndte patienter er for Region Nordjylland opgjort pr. 11. september 2015.

Tabel 2: Antal henviste pt., antal påbegyndte forløb, pr. 1. september 2015

Region	Antal henviste	Antal påbegyndte pt. forløb	Antal udredte	Indkaldt	Ventende	Estimeret ventetid
Nordjylland*	125	18**	0		125	-18 år: Alle set inden årets udgang.** +18 år: Alle set medio november
Sjælland	172	44			128	-18 år: 2 mdr. +18 år: Ca. 5 mdr.
Midtjylland	275	32		92	158	Ca. 9 mdr.
Syddanmark	193	153	-	40	0	-18 år: 14 dage +18 år: 1-2 mdr. efter henvisning
Hovedstaden	525	178			347	13 uger
I alt		-	-	-	-	-

**De 18 påbegyndte patientforløb er alle patienter over 18 år. Derudover har afdelingen set enkelte af pigerne under 18 år, der for længe siden er blevet booket i ”det almindelige

børneambulatorium” og dermed ikke er henvist via det nye regi. Alle disse piger er efterfølgende også registreret til en supplerende undersøgelse via det nye regi.

Side 5

4. Patienterne – karakteristika

Nedenstående tabel viser, hvordan de henviste patienter fordeler sig på hhv. børne- og ”voksen”-afdelingerne.

Tabel 3: Henviste patienter fordelt på børne- og ”voksen”-afdelingerne.

Region	Antal henviste pt. til pædiatrisk afd. (- 18 år)***	Antal henviste pt. til voksen-indgang (+18 år)
Nordjylland	50	75
Sjælland	62*	110**
Midtjylland	25	250
Syddanmark	81	112
Hovedstaden	Gn.snitsalder 23 år	-

*12-14 år: 16 pt. 15-17 år: 46 pt.

**Overvejende ”unge voksne” kvinder

***I Region Midtjylland modtager pædiatrisk afd. patienter t.o.m. 14 år. I de øvrige regioner modtager pædiatrisk afd. patienter t.o.m. 17 år.

5. Det faglige netværk

I forbindelse med, at regionerne besluttede at udpege afdelinger med særligt ansvar for patientgruppen, besluttede de også, at der på tværs af afdelingerne skulle etableres et fagligt netværk med det formål at opbygge og udveksle viden om patientgruppen.

Det faglige netværk har udarbejdet de fælles vejledende visitationskriterier, der ligger til grund for de praktiserende lægers henvisninger til afdelingerne. Henvisningskriterierne ligger på sundhed.dk.

Det faglige netværk arbejder i øjeblikket på at sammensætte et udredningsprogram, der kan indgå i udredningen af patientgruppen.

Derudover skal det faglige netværk løbende udveksle viden og erfaringer med det formål, at der gradvist opbygges større viden om patientgruppen og om udrednings- og behandlingsmuligheder. Der tænkes etableret en fælles database som element i denne vidensopbygning.

Ud over den løbende vidensopbygning afholdes der kvartalsvise møder i det faglige netværk med henblik på status og koordination. Det faglige net-

værk var samlet første gang i maj 2015 og mødes igen medio september 2015.

Side 6

6. Praksiskonsulenterne

Som en del af udmøntningen af satspuljeaftalen fra 2014 har regionerne udpeget faglige konsulenter, som kan give de praktiserende læger råd og vejledning om patientgruppen.

Regionerne har i den forbindelse informeret de praktiserende læger i regionen om muligheden for at hente råd og vejledning hos den faglige konsulent.

Generelt sker inddragelsen af praksiskonsulenterne i form af information til praktiserende læger, bidrag til udarbejdelsen af visitationsretningslinjen og deltagelse i faglige møder.

Praksiskonsulenterne har indtil videre samarbejdet med afdelingerne om information og udarbejdelse af nyhedsbreve til de praktiserende læger i de enkelte regioner, blandt andet omkring set-up'et med én indgang og vedrørende målgruppebeskrivelsen (henvisningskriterierne).

Yderligere informationsmøder er på vej; I Region Hovedstaden planlægger afdelingen i samarbejde med praksiskonsulenten et informationsmøde for praktiserende læger omkring bl.a. de piger, der er blevet undersøgt. I Region Nordjylland planlægges i samarbejde med praksiskonsulenten tre informationsmøder for praktiserende læger i efteråret 2015, hvor HPV indgår som tema.

Praksiskonsulenterne deltager også i det faglige netværkssamarbejde og har i den forbindelse været involveret i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelsen (henvisningskriterier). I Region Syddanmark har praksiskonsulenten desuden bidraget til den supplerende visitationsretningslinje for regionen.

Endelig deltager praksiskonsulenterne i et vist omfang i faglige møder på afdelingerne. Region Syddanmark oplyser desuden at praksiskonsulenten dér også har deltaget i dagsprogrammet for HPV-ambulatoriet for at få et billede af de ny-henviste patienter.

7. Forløbsbeskrivelse

Afsnittet indledes med en beskrivelse af det generelle og fælles for patientforløbene i de fem regioner. Herefter følger en mere indgående beskrivelse af indholdet af patientforløbet i de enkelte regioner.

Generelt

Patienterne bliver henvist til afdelingerne via den praktiserende læge eller via en anden sygehusafdeling. Patienterne henvises i henhold til de fælles henvisningskriterier, der er udarbejdet af det faglige netværk på tværs af afdelingerne. Synkopecenteret ved Frederiksberg og Bispebjerg Hospital bliver dog også kontaktet direkte af patienterne.

Der foretages en individuel gennemgang af patientens sygdomsforløb og igangsættes relevante undersøgelser, primært i ambulant regi. Nogle afdelinger anfører, at mange af de henviste patienter allerede har gennemgået en lang række undersøgelser, f.eks. blodprøver, ultralyd, røntgen m.v. I de tilfælde gennemgås dette udredningsforløb. Med udgangspunkt i en individuel og lægefaglig vurdering kan der foretages eller henvises til supplerende undersøgelser.

Herefter aftales det videre forløb i form af evt. en opfølgende ambulant kontrol, evt. behandling/symptombehandling i afdelingen eller i anden afdeling, alt efter hvad der er mest relevant for patienten. Flere afdelinger visiterer til forløb inden for det funktionelle felt, f.eks. i form af samtale- og gruppeterapi. Andre nævner fysio- og ergoterapeutiske forløb og vejledning i kost- og motion.

På den måde foregår udredningsforløbet i den nye organisering efter de samme principper, som udredninger gør generelt, det vil sige med udgangspunkt i den enkelte patient og dennes symptombillede.

For så vidt angår diagnoser vurderer flere af regionerne, at erfaringsgrundlaget på nuværende tidspunkt er for spinkelt til, at de kan udtale sig om diagnoser.

De enkelte regioners forløbsbeskrivelser

Region Nordjylland: Henvisningen til én indgang modtages fra patienternes egen læge og andre sygehusafdelinger i Region Nordjylland. De modtagne henvisninger – der kommer via én indgang – fordeles mellem pædiatrisk afdeling og neurologisk afdeling efter patientens alder.

Når afdelingen har modtaget henvisningen, bliver der sendt et indkaldelsesbrev til patienten. Første kontakt er en indledende samtale. Efterfølgende vil et individuelt udredningsforløb med relevante undersøgelser blive planlagt og effektueret med henblik på at afklare eventuel behandlingsmulighed.

Region Sjælland: Pædiatrisk afdeling: Patienterne er blevet visiteret ud fra en lægefaglig vurdering af, om der var et sub-akut behov for udredning. Patienter med sub-akut behov for udredning er blevet prioriteret ofte i form af indlæggelse. Det er patienter, der typisk ikke tidligere har gennemgået et relevant udredningsprogram, men har haft symptomer, der krævede hurtig udredning. De øvrige patienter – hvor der ikke har været behov for sub-akut udredning – er blevet prioriteret og indkaldt.

Før den nationale målgruppeafgrænsning blev afklaret, blev alle patienter indkaldt. Efterfølgende er enkelte henvisninger blevet returneret til praktiserende læge, hvis de ikke har opfyldt de nationale henvisningskriterier f.eks. med hensyn til det tidsmæssige sammenfald mellem vaccine og symptomernes opståen.

Det har været en gennemgående gruppe læger, der har set hovedparten af patienterne, hvilket har muliggjort faglig sparring. Hvor det har været relevant, er der blevet henvist til vippelejetest.

Medicinsk afdeling: På Medicinsk Afdeling – indgangen for de voksne patienter – er det de to ansvarlige overlæger i Akut Diagnostisk Enhed/Intern Medicinsk Ambulatorium, der står for visitationen. Patienterne bliver set i det intern medicinske ambulatorium, hvor der er afsat dobbelt ambulatorietid, da de første erfaringer viser, at patienterne er tidskrævende.

Der er endnu for begrænset erfaring til at kunne udtale sig om diagnoser etc. for patientgruppen.

Region Midtjylland: Henvisningen visiteres og enkelte henvisninger er returneret til egen læge med ønske om supplerende oplysninger eller udredning samt information om, at patienten kan genhenvises, hvis det fortsat er relevant. Når patienterne ses, gennemgås udredningsforløbet, og der suppleres med udredning inkl. blodprøver og henvisning til undersøgelser internt i huset eller andre steder, hvis det er relevant.

For omkring halvdelen af patienterne aftales en opfølgende kontrol, mens de øvrige patienter har tilknytning til afdelingen og kan kontakte afdelingen, eller blive kontaktet af afdelingen, hvis der skal suppleres yderligere.

Udredningen i børneafdelingens regi tilrettelægges efter de symptomer og objektive fund, som patienterne har ved det indledende besøg. De fleste af de sete patienter har været igennem omfattende udredning på andre afdelinger før henvisningen til udredningen i det nuværende regi.

Patienter, der opfylder kriterierne for funktionel lidelse, visiteres til et tværfagligt forløb i Børneafdelingens regi med mindre det af hensyn til logistik eller igangværende behandling andetsteds er mere relevant, at behandlingsdelen varetages af en anden afdeling. Børneafdelingens tværfaglige team består af læger, psykologer, læge, pædagog, fysio- og ergoterapeuter, socialrådgiver samt sygeplejersker. Der er mulighed for behandling i ambulant regi eller under indlæggelse afhængig af sygdommens sværhedsgrad.

Region Syddanmark:

Der er udarbejdet regional retningslinje for henvisning af patienter med uklare symptomer efter HPV-vaccination.¹ Dette er en regional tilpasning af national konsensus om visitationskriterier.

Patienter henvises i henhold til den regionale visitationsretningslinje med visitationsdiagnose T88.1 (ICD10). ”Mulig komplikation til vaccination”

I forbindelse med den ambulante vurdering foretages en individuel gennemgang af sygdomsforløbet. Udover den lægefaglige vurdering tilstræbes, at der foretages en uafhængig fastlæggelse af tidsforløbet. Det derved fastslåede tidsmæssige sygdomsforløb relateres til evt. dokumenterede/ journalførte oplysninger, og endelig fastslås tidspunktet for HPV-vaccinationer. I mange tilfælde er der forud foretaget gentagne undersøgelser inkl. div. blodprøver, røntgen, ultralyd, ekkokardiografi, langtidsmonitorering af hjerterytme, MR-skanninger, EEG osv. Der foretages eventuelle supplerende undersøgelser efter en individuel vurdering, og da med aftale om vurdering og videre plan efter en observationsperiode og afhængig af prøvesvar.

På OUH er der etableret et netværk af kontaktpersoner (speciallæger) fra relevante specialer, som kan foretage en vurdering af, hvorvidt yderligere ud-

¹<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/patientforloeb/visitation/henvisning-patienter-hpv/>

redning og behandling skal tilbydes i speciale-specifikt regi. Det er afdelingens HPV-koordinationsteam, der efter en individuel og konkret vurdering af den enkelte patient, kan bede kontaktpersonerne om at foretage en sådan vurdering. Koordinationsteamet gennemgår alle journaler med henblik på det videre forløb.

Patientgruppen dækker over piger og kvinder med mangeartede og ofte diffuse symptomer, og det er endnu for tidligt at sige noget om, hvorvidt der ses et fælles billede. OUH forventer efter årsskiftet at have et klarere billede af dette.

Region Hovedstaden: Patienterne henvises fra almen praksis, og derudover kontaktes Synkopecenteret af patienter fra andre regioner.

Der findes ingen samlende diagnose, men tilstanden beskrives som MELignende (Myalgisk Encephalomyelitis – ”kronisk træthedssyndrom”)

Der gives symptomatisk behandling mod ortostatisk intolerance (de symptomer, der kan opstå ved skift fra liggende til oprejst stilling), Calcium, Magnesium og D-vitamin mod muskelkramper, instruktion i gradvis fysisk genoptræning, samt diætvejledning ved gastrointestinale gener.

Patienterne fortsætter i ambulant kontrol efter behov. Der opstartes trænings- og diæthold pr. 1. oktober 2015. Derudover opstartes der snarest muligt hold med psykolog fra Videncenter for Funktionelle Lidelser.

Synkopecenteret er en tværgående afdeling, som samarbejder med en række specialer. Der er således faste aftaler om samarbejde med hjertemedicinsk og endokrinologisk afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, med Pædiatrisk Afdeling, Rigshospitalet, og med Liaisonpsykiatrien og Videncenter for Funktionelle Lidelser i Region Hovedstadens psykiatri.

8. Regionale forskningsprojekter

Der er i regi af Synkopecenteret ved Frederiksberg og Bispebjerg Hospital udarbejdet en række forskningsprotokoller i samarbejde med en række andre forskningsinstitutioner.

Der arbejdes således sammen med Aalborg Universitetshospital om vævs-typebestemmelser, med Dansk Center for Søvnmedicin om søvnforstyrrelser/narkolepsi, med Aarhus Universitetshospital og DTU om mitokondriedysfunktion, med Rigshospitalet (PET-centeret) om opsætning af ny metode til undersøgelse af neuroinflammation, med SSI om antistofanalyser,

med Harvard School of Medicine om ”small-fibre”-sygdom, med Mayo Clinic om spørgeskemaer, med North Carolina State University om klassifikation af autonome funktionsforstyrrelser, med Urologisk Afdeling ved Frederiksberg og Bispebjerg Hospital om blærefunktionsforstyrrelser.

Side 11

Realiseringen af de nævnte forskningsprojekter afhænger af, at der findes finansiering til dem.

På Diagnostisk Center, Regionshospitalet i Silkeborg, er der igangsat et arbejde med fysioterapeuter og ergoterapeuter, der skal teste i første omgang en gruppe af pigerne og køre et forløb med primært kognitiv indsats som behandling. Sigtet er at gøre det til et tilbud til alle patienterne. Projektet foregår i samarbejde med Region Hovedstaden.

Energi-, Forsynings- og Klimaminister
Lars Christian Lilleholt
Stormgade 10-12
1470 København K
ms@kebmin.dk

DANSKE
REGIONER



25-08-2015
Sag nr. 14/153
Dokumentnr. 39047/15
Johan Nielsen
Tel. 35 29 81 74
E-mail: Jon@regioner.dk

Fortsættelse af strategisk energiplanlægning

Kære Lars Christian Lilleholt

Det fremgår af det nye regeringsgrundlag, at Danmark fortsat skal være et af de førende lande i den grønne omstilling, at klima- og energipolitikken skal bygge på grøn realisme samt, at Danmark skal reducere afhængigheden af fossile brændstoffer. Som vi skrev til dig i vores velkomstbrev af 30-06-2015 bidrager regionerne løbende til den grønne omstilling.

En fortsættelse af det regionale og kommunale arbejde med strategisk energiplanlægning vil understøtte denne omstilling, og den regionale og kommunale involvering er en forudsætning for, at omstillingen lykkes.

Ved energiforliget fra 2012 blev der afsat midler til partnerskaber om strategisk energiplanlægning. Regionerne har i samarbejde med lokale energiaktører vist, hvordan en regional involvering i øget energieffektivitet og anvendelse af vedvarende energiresourcer kan understøtte de nationale målsætninger for energi og klima på en omkostningseffektiv måde.

De nye vækst- og udviklingsstrategier, som regionerne er ved at udarbejde, er velegnede til at sikre de tværgående rammer for den strategiske energiplanlægning, idet de regionale rammer sikrer en hensigtsmæssig geografi til planlægning af den vedvarende energi. Samtidig har regionerne rammerne dels til at kunne sikre en effektiv planlægning på tværs af regionernes grænser, hvor dette er påkrævet og dels til sammen med kommuner og for-

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

syningsselskaber at sikre det optimale beslutningsgrundlag for de omkostningseffektive løsninger.

Side 2

De fleste steder er de største energiressourcer til rådighed i én del af den enkelte region, mens energiforbruget er størst i andre dele. Det kræver derfor en tværgående dialog og planlægning at udnytte energiressourcerne mest effektivt, bl.a. for at undgå, at flere forsyningselskaber planlægger at udnytte de samme energiressourcer, fx halm, eller at udbygge forsyningen i de samme områder. Den regionale indsats og involvering af kommuner, forsyningselskaber mv. sikrer et lokalt engagement i løsninger, som er tilpasset de lokale forhold.

KL ønsker, at den strategiske energiplanlægning skal foregå i energioplange, bestående af 4-7 kommuner, jf. artikel i Teknik og miljø juni/juli 2015. Det er, som de nuværende strategiske energiprojekter viser, i de fleste tilfælde for små områder til at sikre en optimal løsning. Det kan i de tilfælde, hvor det er relevant at se på delområder indenfor regionen med forskellige energimæssige betingelser, mest hensigtsmæssigt ske indenfor de regionale rammer, som det bl.a. ses i Region Midtjylland. Her er regionen opdelt i tre energiområder med forskellige ressourcer og forbrug, idet det samlede regionale midtjyske projekt sikrer helheden.

Kommunerne har naturligvis en vigtig rolle i energiarbejdet, idet de står for den lokale energiplanlægning og for de lokale forsyningselskabers aktiviteter.


Vi vil gerne påpege behovet for at gå videre med den strategiske energiplanlægning. Der er behov for at fortsætte arbejdet med energikortlægning og prioritering af anvendelsen af energiressourcer regionalt og nationalt for at undgå suboptimering og for at indfri energimålsætningerne. Den kommende strategiske energiplanlægning skal derudover også sikre rammerne for, at aktørerne kan gennemføre de nødvendige tiltag på et sikkert grundlag.

Vi vil derfor opfordre ministeren til fortsat at understøtte den strategiske energiplanlægning. Puljemidler vil mange steder være en forudsætning for at fortsætte det arbejde der er begyndt og for at sikre, at der lokalt afsættes de nødvendige ressourcer til at videreføre den erfaring og engagement, der er opbygget lokalt i forbindelse med partnerskaberne.

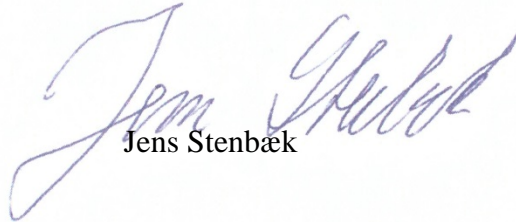
Vi ser frem til at drøfte regionernes rolle i den strategiske energiplanlægning med dig på vores møde den 21. september 2015.

Side 3

Venlig hilsen



Bent Hansen



Jens Stenbæk