

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

15-01-2015

Sagsnr. 15/35

Maren Munk-Madsen

Tel.: 3529 8165

E-mail:

mma@regioner.dk

**Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse
torsdag den 22. januar 2015 kl. 10.30**

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

Afbud: Carl Holst, Jens Stenbæk

Mødested: Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø



Indholdsfortegnelse

1.	Godkendelse af åbent referat af møde den 5. december 2014 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 15/35	1
2.	Formandens meddelelser, sagsnr. 15/35	3
3.	Regionernes strategi for indkøb frem mod 2020, sagsnr. 14/1913	5
4.	Mulig etablering af stamcellebank til navlesnorsblod, sagsnr. 14/515	9
5.	HealthcareDenmark efter 2015, sagsnr. 11/1081	13
6.	Høringsvar vedr. lovforslag til fortsættelse af grundvandskortlægningen efter 2015, sagsnr. 14/172	17
7.	Høringsvar vedr. ny dansk udbudslov, sagsnr. 14/360	19
8.	Markering af 100 året for 1915-grundloven, sagsnr. 14/858	21
9.	Aftale med KL og PLO vedr. oprydning i FMK, sagsnr. 14/3236	23
10.	Benchmarking om sygefravær 2013, sagsnr. 14/1839	27
11.	Sag vedr. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, sagsnr. 13/2372	29
12.	Resultater af regionale vækstforuminvesteringer, sagsnr. 14/274	33
13.	Konference for regionsrådspolikere den 22. april 2015, sagsnr. 14/2786	35
14.	Orientering om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 15/35	37
15.	Generelle orienteringer, sagsnr. 15/35	41
16.	Næste møde, sagsnr. 15/35	43
17.	Eventuelt, sagsnr. 15/35	45



1. Godkendelse af åbent referat af møde den 5. december 2014 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 15/35

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

*Det indstilles,
at referatet godkendes.*

Sagsfremstilling

Bilag

Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse den 5. december 2014.pdf (1202305).





2. Formandens meddelelser, sagsnr. 15/35

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.





3. Regionernes strategi for indkøb frem mod 2020, sagsnr. 14/1913

Jens Peter Bjerg

Resumé

En fortsat effektivisering af indkøbsområdet er en del af bestyrelsens strategi og arbejdsprogram for 2014-2018. Regionernes nuværende fælles strategi på indkøbsområdet udløber ultimo 2015. For at fortsætte den gode udvikling i regionernes arbejde på området er der udarbejdet et udkast til ny fælles strategi for regionerne frem mod 2020. Strategien skal sikre at der frigøres yderligere en milliard kroner. Der er derfor produceret et udkast til en strategi, der indeholder seks strategiske målsætninger samt en række indsatsområder og konkrete mål.

Indstilling

Det indstilles, at bestyrelsen godkender udkastet til Regionernes strategi for indkøb frem mod 2020.

Sagsfremstilling

Regionerne køber årligt varer og tjenesteydelser for ca. 38 milliarder kroner, hvilket svarer til ca. 35 procent af det samlede budget. Regionerne har allerede en fælles strategi på indkøbsområdet for perioden 2010-2015.

Som en del af implementeringen af strategien har regionerne forpligtet sig til at frigøre en milliard kroner på området fra 2010-2015. Den seneste prognose viser at regionerne ligger 167 millioner kroner over målet på en milliard kroner. Alt tyder derfor på, at det vil lykkes for regionerne at opfylde målet om at frigøre en milliard kroner inden 2015.

På trods af de opnåede resultater står regionerne dog også over for nye udfordringer på indkøbsområdet. Regionerne skal fortsat blive endnu bedre til indkøb, hvilket er det overordnede mål med strategien frem mod 2020. Stadig udvikling af indkøbsområdet kræver dog, at der fortsat sættes ambitiøse mål og at regionerne opnår resultater der overgår de kommende års forventninger.

Der er derfor produceret et udkast til strategi for regionernes fælles indsats på indkøbsområdet frem mod 2020.

Strategien indeholder seks strategiske målsætninger samt en række indsatsområder og konkrete mål.

De seks strategiske målsætninger er:

- **Anvendelse af regionernes købekraft for at opnå stordriftsfordele gennem fælles udbud**

Fokusområder: opnå stordriftsfordele, samarbejde på tværs, koordinere udbud.

- **Strategisk konkurrenceudsættelse af tjenesteydelser**

Fokusområder: strukturere udbudsplanlægning, intensivere konkurrenceudsættelse, øge kontraktdekningen.

- **Integration af indkøbs- og forsyningslogistikken**

Fokusområder: udarbejde logistikstrategi, styrke forsyningsikkerheden, integrere udbud med logistik.

- **Standardisering af kategori- og leverandørstyringen**

Fokusområder: etablere fælles kategoriprofiler, systematisere kontrakt-opfølgning, optimere leverandørstyring.

- **Styrkelse af digitalt indkøb med fuldautomatiske processer**

Fokusområder: standardisere krav, indgå i dialog med leverandører, implementere digitalt indkøb.

- **Måltrettet kompetenceudvikling på indkøbsområdet**

Fokusområder: koordinere vidensdeling, forbedre fælles kompetenceudvikling, målrette karriereforløb.

Danske Regioners bestyrelse besluttede i foråret 2014 at gøre en særlig indsats for at gennemføre flere fælles udbud mellem regionerne gennem oprettelsen af Regionernes Fælles Indkøb (RFI). Implementeringen af RFI er en væsentlig del af regionernes indsats på indkøbsområdet i strategien frem mod 2020.

Danske Regioner udsendte i 2013 *Sund vækst – regionernes erhvervssamarbejde på sundhedsområdet*. *Sund vækst* indeholder blandt andet en række konkrete initiativer til samarbejdet mellem regionerne og deres private leverandører.

Sund vækst og *Regionernes strategi for indkøb frem mod 2020* skal ses i relation til hinanden.

Regionerne har i en årrække stillet enslydende, etiske krav i deres kontrakter baseret på fire internationale konventioner. Regionerne har desuden aftalt med regeringen, at de forpligtiger sig til at stille sociale klausuler på en række udbudsområder. Samtidig har de enkelte regioner vedtaget at stille miljømæssige



krav i forbindelse med relevante udbud. Den fælles strategi implementeres i samspil med disse aftaler og krav.

Regionernes styregruppe for indkøb vil fremadrettet have ansvar for den overordnede fremdrift for de fælles udbud samt implementeringen af regionernes fælles strategi på indkøbsområdet.

Bilag

Regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020 (1202458).





4. Mulig etablering af stamcellebank til navlesnorsblod, sagsnr. 14/515

Jane Brodthagen

Resumé

Danske Regioners bestyrelse har i sidste valgperiode besluttet, at der skal udarbejdes et uvildigt fagligt og økonomisk beslutningsgrundlag om etablering af en national stamcellebank til navlesnorsblod. En arbejdsgruppe har nu udarbejdet en rapport, som beskriver, hvilke muligheder der er teknologisk og organisatorisk, og hvad det betyder for patienterne. Af rapporten fremgår, at der er tale om en ret omkostningsfuld løsning, som få patienter vil få gavn af.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen beslutter, at der ikke skal arbejdes videre mod etablering af en national stamcellebank til navlesnorsblod i regi af regionerne.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen har i august 2013 bedt sekretariatet udarbejde et beslutningsgrundlag om mulig etablering af en national navlesnor-stamcellebank (NSBB). Sundhedsdirektørkredsen nedsatte efterfølgende en arbejdsgruppe, som fik til opgave at lave en faglig udredning af mulighederne på området.

Arbejdsgruppen har bestået af klinikere og administrative personer fra regionerne, som sammen med sekretariatet har udarbejdet rapporten. Desuden har Sundhedsstyrelsen deltaget som observatør.

Rapporten omhandler, hvilke muligheder der er teknologisk og organisatorisk, og hvad det betyder for patienterne samt økonomiske perspektiver.

Stamceller findes i knoglemarv, perifert blod (med knoglemarvstamceller) og i navlesnorsblod (NSB). I Danmark udføres transplantationer med NSB på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital.

Allogene transplantationer (donor og patient er ikke identiske) anvendes til behandling af overvejende maligne (ondartede) blodsygdomme, som f.eks. akut leukæmi, og immunsygdomme. Det er en hård behandling for patienten, som er nødt til at få svækket eget immunforsvar og produktion af knoglemarv for at kunne modtage transplantationen med raske stamceller. Behandlingen anvendes derfor i tilfælde, hvor patienten ellers ikke vil overleve sygdommen.



Autolog transplantation (donor og patient er identiske) anvendes hovedsageligt til patienter med lymfekræft og myelomatose (knoglemarvskræft). I enkelte tilfælde til andre sygdomme for eksempel patienter med reumatologiske sygdomme. Den slags sygdomme optræder hyppigst i 50-60 års alderen – og her anvendes ikke NSB, men typisk stamceller fra knoglemarv/perifert blod.

NSB kan samles ved, at moder til barnet giver samtykke og donerer navlesnoeren til en navlesnorsblodbank. NSBB er i dag etableret internationalt som private eller offentlige banker. I Danmark findes i dag et privat tilbud. Det er etableret som et autolog tilbud, som det også ses i internationalt sammenhæng.

Etablering af en allogen NSBB i Danmark vil skulle indgå i specialeplanlægningen og godkendes som behandling på højt specialiseret niveau.

Arbejdsgruppen peger på, at en national NSBB vil kunne bidrage til en bedre kvalitet i behandlingen med stamcelletransplantationer (for eksempel med en mere sikker levering tidsmæssigt set, og ved at produktet lever op til den forventede kvalitet, herunder har det forventede antal stamceller). En national stamcellebank vil også kunne placere Danmark i selskabet af de lande, som kan levere stamceller til behandling og forskning - med de fordele, der ligger i det.

Omvendt kan der argumenteres imod etablering af offentlig NSBB, fordi der opleves et stagnerende behov, eller med en faldende trend, for NSB. Det nuværende behov for NSB kan dækkes ved eksisterende ordninger (alternative kilder til NSB/stamceller og ved køb i internationale NSBB'er).

Behovet for behandling med NSB vurderes at være omkring 10 patienter om året. Det svarer til en årlig udgift til indkøb af NSB i udlandet på 4 millioner kroner.

Etablering af en national NSBB anslås at være ca. 68 millioner kroner fordelt over en 4-års etableringsperiode i forhold til at opbygge et lager af NSB i banken. Herefter vil der være årlige driftsomkostninger på 2 millioner kroner.

Rapporten har været forelagt Sundhedsdirektørkredsen den 12. december 2014. Der var bekymring for, om tiden er løbet fra metoden, da der i dag benyttes andre metoder. Samtidig er antallet af personer, det kan anvendes til, meget lavt og faldende. På den baggrund vurderede kredsen, at udgifterne ikke står mål med gevinsterne ved etablering af en national NSBB.



Sekretariatets bemærkninger

Den tidligere bestyrelse behandlede spørgsmålet på møde den 30. august 2013, hvor bestyrelsen bestilte et beslutningsgrundlag. Sekretariatet har afventet en analyse fra Sundhedsstyrelsen, men denne er endnu ikke gennemført.

Bilag

Bilag - Rapport om mulig etablering af stamcellebank til navlesnors-blod.docx.pdf (1194628).





5. HealthcareDenmark efter 2015, sagsnr. 11/1081

Ole Ravnholt Sørensen

Resumé

Den nuværende finansieringsperiode for HealthcareDenmark udløber i efteråret 2015. Der skal derfor findes en afklaring på hvordan konsortiet skal finansieres efter 1. september 2015. På lige fod med en række andre konsortiepartnere lægges der op til, at Danske Regioner fremadrettet bidrager med 1,111. mio. kr..

Hidtil har HealthcareDenmark haft stor succes med at øge kendskabet til og markedsføre Danmarks styrker og kompetencer indenfor sundheds- og velfærdsløsninger på relevante udenlandske markeder. Det er bl.a. sket gennem: 43 udenlandske delegationsbesøg til Danmark, omtale i 300 internationale presseartikler, over 17.000 visninger af en række engelsk-sprogede kortfilm om det danske sundhedsvæsen mv.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner fortsætter sin deltagelse i konsortiet HealthcareDenmark. Deltagelse indebærer et kontingent på i alt 1,111 millioner kroner (fordelt over perioden fra 1. september 2015 til 31. december 2018), der bevilliges fra bestyrelsespuljen.

Sagsfremstilling

På baggrund af tilfredsstillende resultater og for at sikre et kontinuert arbejde er HealthcareDenmark ved at finde en afklaring på hvordan konsortiet skal finansieres efter den 1. september, 2015. Erhvervs- og Vækstministeriet har meldt ud, at man arbejder på at sikre midler til en ny konsortieperiode. Dette vil være under forudsætning af, at virksomheder og andre parter fortsat også ønsker at sikre medfinansiering til HealthcareDenmark.

Danske Regioners bestyrelse har tidligere bevilget 1 mio. kroner til medfinansiering af Healthcare Denmark for en 3,5-årig periode (2012-2015).

Parterne bag konsortiet er pt Erhvervs- og Vækstministeriet, Danske Regioner, DI, KMD, Systematic A/S, Falck A/S, COWI og Region Syddanmark (samt til dels Sundhedsministeriet og Udenrigsministeriet). Tidligere minister, EU-kommissær mv., Mariann Fischer-Boel, er formand for konsortiet. H.K.H. Kronprinsesse Mary er protektor for konsortiet.



Opgaver og resultater

Healthcare Denmarks opgave er at øge kendskabet til og markedsføre Danmarks styrker og kompetencer indenfor sundheds- og velfærdsløsninger på relevante – og prioriterede – udenlandske markeder. Det er bl.a. sket gennem besøgsprogrammer og presseture til Danmark målrettet udenlandske beslutningstagere, indkøbere og medier. Dertil kommer deltagelse i danske delegationsbesøg i udlandet, eksportfremstød, deltagelse på messer, konferencer, pressebearbejdning osv.

Denne opgave er i vidt omfang lykkedes. Siden 2012 er dette sket gennem bl.a. 43 udenlandske delegationsbesøg til Danmark, omtale i 300 internationale presseartikler, over 17.000 visninger af en række engelske kortfilm om det danske sundhedsvæsen mv., (se bilag for en uddybet oversigt over HealthcareDenmarks resultater).

HealthcareDenmarks fokus de kommende år

I den nye periode er det HealthcareDenmarks strategi at konsolidere indsatsen i Tyskland, Skandinavien, Storbritannien og USA, så der bliver plads til at fokusere på yderligere lande – hvor der vil blive foretaget en nærmere prioritering imellem lande i syd-Europa/øst-Europa, Kina samt lande i Sydamerika.

HealthcareDenmarks ambassadørkorps – som allerede her kort tid efter etableringen bidrager væsentlig til aktiviteter i fokuslande – vil blive udbygget med HealthcareDenmark ambassadører i nye fokuslande.

Det er desuden målet at tiltrække flere delegationer samt øge påvirkningen via presse- og kommunikation, således HealthcareDenmarks mål i en ny periode i højere grad opnås via besøg til Danmark og påvirkning via pressen og hjemmesiden. Dermed også i mindre grad ved, at HealthcareDenmark deltager i konferencer og fremstød i udlandet.

I den nye periode vil HealthcareDenmark også kunne sætte mere markant ind for at markedsføre Danmarks kompetence indenfor hospitalsinnovation, idet flere af de nye sygehusbyggerier vil komme i drift indenfor den nye periode.

Hvordan gavner HealthcareDenmark Danske Regioner?

Målet med Danske Regioners deltagelse i HealthcareDenmark er todelt. Dels udstilles hvor effektivt og velfungerende det danske sundhedsvæsen er set i en international kontekst. Dels er regionerne med til at understøtte eksportarbejdet for danske virksomheder indenfor sundheds- og velfærdsområdet.



Gennem deltagelsen i HealthcareDenmark kan vi overfor udenlandske repræsentanter vise hvordan bl.a. offentlig-private løsninger (bl.a. indenfor sundhedsIT, telemedicin, patientlogistik, facility management etc.) løbende bidrager til at forbedre både kvalitet og effektivitet på sygehusområdet. Danmark bliver i stadig større grad derfor set som et land, hvor det er lykkedes at kombinere øget kvalitet og effektivitet med tilbageholdenhed og en stram økonomi.

Økonomi

Staten har hidtil leveret halvdelen af finansieringen til HealthcareDenmark. For den kommende periode har Erhvervs- og Vækstministeriet tilkendegivet, at man arbejder på at sikre midler til medfinansiering af konsortiet efter 1. september 2015. Dette under forudsætning af medfinansiering fra øvrige konsortiepartnere.

Bilag

Bilag - HealthcareDenmarks opgaver og resultater siden 2012.pdf (1202733).





6. Høringsvar vedr. lovforslag til fortsættelse af grundvandskortlægningen efter 2015, sagsnr. 14/172

Morten Sørensen

Resumé

Miljøministeriet planlægger at fremsætte et lovforslag, der skal sikre en fortsættelse af grundvandskortlægningen efter 2015, hvor den ifølge den gældende lovgivning ophører.

Der er væsentlige mangler i lovforslaget. Det drejer sig om placering af opgaven, organisering og inddragelse af interessenter, reel fortsættelse af grundvandskortlægningen, revision af kommunale indsatsplaner for grundvandsbeskyttelse og vedligeholdelse af grundvandsdata til brug for myndighedernes administration.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender høringsvaret.

Sagsfremstilling

Miljøministeriet planlægger at fremsætte et lovforslag, der skal sikre en fortsættelse af grundvandskortlægningen efter 2015, hvor den ifølge den gældende lovgivning ophører.

Danske Regioner har sammen med andre interessenter deltaget i et udvalgsarbejde forud for ministeriets udarbejdelse af lovforslaget, der har været i høring frem til den 07. januar 2015.

Danske Regioner har i høringsperioden kommenteret på lovforslaget, og det er Danske Regioners opfattelse, at der er væsentlige mangler i lovforslaget. De vigtigste elementer fremgår herunder:

- **Placering af opgaven:** Opgaven bør placeres hos regionerne fremfor hos Naturstyrelsen. En decentral placering hos regionerne vil være garant for brugerfokuserede løsninger, skabt efter behov og i dialog med interessenterne.
- **Nedsættelse af en national styregruppe:** En række af de væsentligste interessenter har peget på, at der er behov for nedsættelse af en central styregruppe til at prioritere indsatsen.
- **Reel fortsættelse af grundvandskortlægningen:** Lovforslaget lægger kun op til en midlertidig fortsættelse af grundvandskortlægningen frem til 2020, hvilket skaber usikkerhed om at grundvandsbeskyttelsen i Danmark kan finde sted på et fagligt velfunderet grundlag.



-
- **Revision af kommunale indsatsplaner for grundvandsbeskyttelse:** Der er behov for en løbende revision af kommunale indsatsplaner, idet trusselfølelsen overfor grundvandet ikke er konstant, og det er derfor nødvendigt at overveje, hvorvidt der skal ske en supplerende indsats eller om der eventuelt kan ske lempelser.
 - **Vedligeholdelse af data:** Der er gennem kortlægningen siden 1999 anvendt betydelige ressourcer på indsamling og sammenstillingen af data. Disse data skal vedligeholdes og opdateres for at myndigheder og private kan have et opdateret og samlet vidensgrundlag at træffe beslutninger ud fra.

Regionerne har haft lovforslaget til kommentering inden udarbejdelse af Danske Regioners høringssvar. Grundet en kort høringsfrist er høringssvaret afgivet med forbehold for efterfølgende politisk behandling.

Link til høringsmateriale:

<http://www.hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/42260>

Bilag

Høring af lov om ændring af lov om vandforsyning m.v. og om lov om afgift af ledningsført vand (1202478).



7. Høringssvar vedr. ny dansk udbudslov, sagsnr. 14/360

Marie Bodenhoff

Resumé

EU's reviderede udbudsdirektiv fra februar 2014 skal implementeres i en ny dansk udbudslov. Formålet med at udarbejde en dansk udbudslov er, at skabe klarhed og fleksibilitet både i forhold til selve udbudsprocessen og de forskellige udbudsformer.

Sekretariatet har i arbejdet været støttet af en arbejdsgruppe med repræsentanter for regionerne. Danske Regioner har samtidig lagt vægt på at have løbende dialog med KL og de væsentligste private interesseorganisationer.

Danske Regioner bakker op om det samlede lovudkast. Lovforslaget ændrer ikke afgørende ved at det også fremadrettet vil være forbundet med bureaukrati at gennemføre offentlige udbud. Der er dog opnået en række fordele, der både præciserer og skaber klarhed.

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen godkender udkastet til høringssvar.*

Sagsfremstilling

Baggrund

Danske Regioner har siden efteråret 2013 deltaget i udvalgsarbejdet, der blev afsluttet den 3. november 2014. Lovudkastet blev sendt i høring den 5. december og forventes fremsat i Folketinget i foråret 2015. Loven forventes at træde i kraft ultimo 2015-primo 2016.

Danske Regioner bakker op om det samlede lovudkast. Lovforslaget ændrer ikke afgørende ved at det også fremadrettet vil være forbundet med bureaukrati at gennemføre offentlige udbud. Der er dog opnået en række fordele, der både præciserer og skaber klarhed.

Sekretariatet har i arbejdet været støttet af en arbejdsgruppe med repræsentanter for regionerne. Danske Regioner har samtidig lagt vægt på at have løbende dialog med KL og de væsentligste private interesseorganisationer med henblik på at finde fælles løsninger på de udfordringer, der har været undervejs i udvalgets arbejde.



Lovforslaget

I forbindelse med arbejdet om en dansk udbudslov har der været en række centrale drøftelser. Der har været vedvarende drøftelser af primært to centrale sager, nemlig forudgående offentliggørelse af evalueringsmodeller og adgangen til fleksible udbudsprocedurer.

Forudgående offentliggørelse af evalueringsmetoder

Udkastet til udbudsloven indeholder en bestemmelse om, at ordregivere sammen med offentliggørelse af udbudsmaterialet skal fremlægge den metode der vil blive anvendt til at evaluere tilbuddene med. Dette er en skærpelse i forhold til nuværende praksis. Det er regionernes holdning, at der er en væsentlig risiko for, at det medfører flere annullerede udbud.

Adgangen til de fleksible procedurer

Det har været en central mærkesag for regionerne, at muligheden for at anvende de fleksible udbudsprocedurer ikke blev fortolket indskrænkende. Det vil sige udbud med forhandling og konkurrencepræget dialog samt den nye udbudsprocedure for innovationspartnerskaber. Udvalget har arbejdet på, at skabe klarhed over hvornår og hvordan procedurerne kan anvendes. Dette ønske er i høj grad imødekommet i lovforslaget. Danske Regioner hilser den udvidede adgang til procedurerne velkommen, da mulighederne for øget dialog og forhandling er til gavn for både ordregivere og virksomheder.

Yderligere ændringer

På nogle områder udvides fleksibiliteten og på andre områder indskrænkes den i forhold til ordregiverne. Desuden er der nyskabelser, der kræver ændring i forhold til nuværende udbudsproces. For eksempel foreslås annonceringspligten for anskaffelser under tærskelværdien (ca. 1,5 millioner kroner) uden klar grænseoverskridende interesse afskaffet og erstattet med et krav om markedsafdækning.

Bilag

Danske Regioners høringssvar til ny dansk udbudslov - Danske Regioners høringssvar til ny dansk udbudslov.pdf (1203493).



8. Markering af 100 året for 1915-grundloven, sagsnr. 14/858

Eva M. Weinreich-
Jensen

Resumé

Region Midtjyllands har opfordret Danske Regioners bestyrelse til at drøfte muligheden for at medvirke til at fejre 100 året for 1915-grundloven ved en landsdækkende, regionalpolitisk markering af jubilæet. Motivationen er, at der stadig er brug for at værne om og udvikle folkestyret og borgernes muligheder for at blive en del af dagens demokrati.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender at markeringen sker i form af et stort åbningsarrangement om demokrati på Folkemødet i Danske Regioners telt.

Sagsfremstilling

Region Midtjylland foreslår, at bestyrelsen drøfter muligheden for at gennemføre en landsdækkende regionalpolitisk markering af grundlovens jubilæum.

Sekretariatet foreslår i den forbindelse, at der kan arbejdes videre med følgende mulighed:

Et særligt arrangement på Folkemødet, der tager udgangspunkt i demokratiet og dets muligheder, herunder fordelene ved demokratisk forankring - også i regionerne. Herunder betydningen af fortsat at udvikle demokratiske muligheder for deltagelse.

Det kan eventuelt undersøges, om der kan etableres et samarbejde med KL om markeringen.

Økonomi

Udarbejdelse af en kort film til brug på regionernes hjemmesider kan have et budget på op til 2000 000 kr. der finansieres af bestyrelsen pulje.

Et arrangement på Folkemødet vil have et begrænset budget og kan finansieres ud fra en generelle Folkemødebevilling.



Bilag
Ingen.



9. Aftale med KL og PLO vedr. oprydning i FMK, sagsnr. 14/3236

Louise Sauer

Resumé

Den 22. december 2014 indgik Danske Regioner en aftale med KL og PLO om oprydning i FMK i forbindelse med ibrugtagning af FMK i kommunerne. Aftalen træder i kraft, når de lokale parter i de fem praksisplanudvalg tilslutter sig en lokal implementeringsaftale.

Aftalen er tidsbegrænset og udløber den 31. december 2015. Udgifterne forbundet med aftalen finansieres ligeligt af regioner og kommuner op til et niveau på højst 30 mio. kr. i alt. Udgiften for den enkelte region vil skulle finansieres inden for de allerede lagte budgetter for 2015.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

I forbindelse med at kommunerne er gået i gang med at implementere FMK, således at medicinkortet kan bruges som grundlag for det kommunale plejepersonales medicinadministration for borgere med plejebehov, er der konstateret mangelfulde og ikke ajourførte medicinkort. Dette kan – jfr. Rigsrevisionens rapport fra september 2014 – blandt andet henføres til forsinkelser i implementeringen af FMK i sygehusvæsenet, tekniske problemer med FMK i de praktiserende lægers og hospitalernes egne systemer og manglende ajourføring af FMK fra sygehusenes/ambulatoriernes side.

For at kommunerne kan basere deres medicinadministration på oplysningerne i FMK er det nødvendigt, at der foretages en oprydning af udvalgte medicinkort på FMK.

I henhold til overenskomst om almen praksis er de praktiserende læger forpligtet til uden honorar at anvende FMK for alle fremadrettede ordinationer, det vil sige nye såvel som ændringer i eksisterende ordinationer, som lægen selv eller andre læger oprindeligt har ordineret. Lægernes basishonorar er i 2011 og 2012 forhøjet varigt med i alt 125 mio. kr. til dækning af blandt andet anvendelse og drift af FMK.

Den praktiserende læge er ligeledes forpligtet til at besvare kommunens spørgsmål i relation til konkret tvivl om ordinationer, fx ved diskrepans mellem



kommunens egen medicinliste og FMK. Herudover er medicingennemgang en del af de ydelser i almen praksis, der vedrører årskontrol for kronikere og op-søgende hjemmebesøg.

De allerede gældende forpligtelser for almen praksis mht. brugen af FMK omfatter imidlertid ikke oprydning i medicinkortet for konkrete borgere på kommunens anmodning, ligesom kommunen i øvrigt heller ikke kan bede om en generel gennemgang af den enkelte borgers medicin.

Aftalen mellem Danske Regioner, KL og PLO af den 22. december 2014 om lokal implementering af FMK har derfor til hensigt netop at give den enkelte kommune mulighed for i en begrænset periode frem til udgangen af 2015 at kunne anmode den praktiserende læge om at rydde op i medicinkortet på FMK for konkrete patienter, som er tilmeldt praksis. Dermed bliver medicinkortet gjort klar til, at kommunen kan administrere borgernes medicin på baggrund af FMK.

Når kommunen implementerer FMK, orienteres de praktiserende læger. Herefter kan kommunen anmode den praktiserende læge om at rydde op i konkrete borgeres medicinkort på FMK. På baggrund af kommunens anmodning foretager den praktiserende læge opslag på FMK og sammenholder medicinkortet med egne journaloplysninger og epikriser, overfører papirrecepter til FMK og sletter udløbne ordinationer mv. Fristen for lægens oprydning i forbindelse med igangsætning og ajourføring af et konkret medicinkort er 10 arbejdsdage efter kommunens anmodning. Den praktiserende læge afslutter opgaven ved at markere i systemet, at medicinkortet er ajourført.

Den praktiserende læge honoreres for oprydningsopgaven med 300 kr. pr. patient via en ny, tidsbegrænset ydelse i afregningssystemet med regionen. Kommuner og regioner kan samlet set hver især anvende op til 15 mio. kr. til opgaven.

Aftalen træder i kraft, når region, kommuner og de praktiserende læger i regionen har tiltrådt en lokal implementeringsaftale. Aftalen bortfalder senest per 31. december 2015 eller tidligere, såfremt den samlede pulje på 30. mio. kr. er opbrugt. Regionernes udgifter til aftalen afholdes indenfor de allerede lagte budgetter for 2015.

Bilag

Ingen.







10. Benchmarking om sygefravær 2013, sagsnr. 14/1839

Lars Mørck Jarl

Resumé

Der er gennemført en benchmarkinganalyse af sygefraværet i regionerne for 2013. Herudover er der gennemført en sammenligning af udviklingen i sygefraværet i regionerne fra 2012 til 2013. Begge rapporter forventes offentliggjort på Danske Regioners hjemmeside medio januar 2015.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Der er gennemført en benchmarkinganalyse af sygefraværet i regionerne for 2013, der har tidligere været gennemført tilsvarende analyser for 2011 og 2012.

Rapporten viser overordnet, at der stadigvæk er markante forskelle i sygefraværet mellem regioner og internt i regionerne.

I rapporten fokuseres der også på fire store områder, som er, somatikken, psykiatrien, socialområdet og regionshuset. Her viser det sig, at regionshuset er det område med det laveste sygefravær, mens socialområdet umiddelbart er det område med højest sygefravær. Generelt tegner der sig et billede af, at jo længere uddannelse, jo lavere fravær.

Der er endvidere udarbejdet en rapport, hvor udviklingen i sygefraværet i regionerne fra 2012 til 2013 beskrives.

Denne rapport viser overordnet, at der er sket et fald i sygefraværet i perioden 2012 til 2013 i alle regioner. Dog er der sket en generel, men lille stigning i det korte sygefravær.

Analyserne forventes offentliggjort på Danske Regioners hjemmeside medio januar.

Bilag

Benchmarkinganalyse af sygefravær i regionerne - baseret på data fra 2013.pdf (1202569).

Udvikling i sygefravær i regionerne 2012-2013.pdf (1202567).





11. Sag vedr. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, sagsnr. 13/2372

Lars Mørck Jarl

Resumé

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (KFST) har igennem en periode behandlet en sag mod Foreningen af Speciallæger (FAS) og Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS) vedr. konkurrencebegrænsende adfærd. KFST vurderer, at FAPS' tiltag til at sænke omsætningen på speciallægeområdet via udsendelse af brev til samtlige medlemmer i april 2012 har været konkurrencebegrænsende.

Ministeren for sundhed og forebyggelse præciserede den 15. december 2014 overfor KFST, at FAPS' handling var en direkte og nødvendig følge af Sundhedsloven.

KFST har efterfølgende offentliggjort en pressemeddelelse, der fastholder styrelsens vurdering og en beklagelse over, at ministerens udmelding kommer så sent i processen.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (KFST) har igennem en periode behandlet en sag vedr. konkurrencebegrænsende adfærd mod Foreningen af Speciallæger (FAS) og Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS).

FAPS udsendte i april 2012 en skrivelse til samtlige medlemmer om at begrænse omsætningen. Begrundelsen herfor var, at omsætning i speciallægepraksis nærmede sig loftet på den faste økonomiske ramme, som er aftalt i overenskomsten om speciallægehjælp mellem RLTN og FAS.

KFST har således vurderet, at FAPS' tiltag til at bremse væksten i omsætningen på speciallægeområdet har været konkurrencebegrænsende.

Både FAPS og Danske Regioner har flere gange haft længere korrespondancer, samt afholdt møder med KFST omkring sagen, herunder specielt forståelsen af overenskomstens bestemmelser og hensigten med økonomiprotokollatet til overenskomsten. Det er overenskomstens økonomiprotokollat som fastsætter den økonomiske ramme for sektoren. Her er det specielt fremhævet, at organi-



sationerne har et medansvar for at aftalen overholdes, hvilket også vil sige den faste økonomiske ramme.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har flere gange udtalt sig til KFST, hvor de har skrevet, at en form for kollektiv adfærdsregulering af behandlingsaktiviteten blandt praktiserende speciallæger kan udgøre en nødvendig følge af overenskomsten og dermed sundhedslovgivningen.

Den 15. december 2014 udtalte Ministeriet sig for tredje gang til KFST. Her præciserede ministeriet sine tidligere udmeldinger, at det i henhold til konkurrencelovgivningens § 2 stk. 2 må anses som en nødvendig og direkte følge af lovgivningen, at FAS kontrollerer og følger op på overenskomstens økonomiprokollat, således som det er sket. Dette skete umiddelbart før Konkurrencerådet skulle behandle sagen den 17. december 2014.

KFST har efterfølgende offentliggjort en pressemeddelelse, der fastholder styrelsens vurdering. Direktøren i KFST har bl.a. udtalt, at styrelsen var overrasket over, at sundhedsministeren sent i processen besluttede, at adfærden var en direkte og nødvendig følge af sundhedslovgivningen, hvilket betød, at Konkurrencerådet blev afskåret fra at gribe ind. Herudover vurderer KFST fortsat, at der er tale om en alvorlig begrænsning af konkurrencen til skade for patienterne og overvejer nu mulighederne for på anden vis at forbedre konkurrencen på området.

Sagen blev som følge af pressemeddelelsen ligeledes nævnt i medierne lørdag den 20. december 2014.

Udviklingen i ventetider, antal patienter og økonomien i protokollatperioden Økonomiprokollatet med en økonomisk ramme blev første gang introduceret på speciallægeområdet med overenskomsten af 1. april 2011, som trådte i kraft 1. oktober 2011.

I den første overenskomstperiode 1. oktober 2011 til 30. september 2014 har de gennemsnitlige ventetider stort set været stabile på ca. 11-12 uger. Økonomien har holdt sig inden for den økonomiske ramme. Således har speciallægerne ligget mellem 35 og 65 millioner kroner under den tilladte økonomiske ramme.

Ligeledes er der i perioden behandlet ca. 2,2 procent flere nye patienter i speciallægepraksis i overenskomstperioden oktober 2011 til september 2014 i forhold til 2010.



Der har således været en fornuftig udvikling i forhold til ventetider, økonomi og behandlede patienter i den første periode med et økonomiprotokollat og en fast økonomisk ramme.

Økonomiprotokollatet forhindrer ikke regionerne i øge patientvolumen, hvis de mener, at der eksempelvis er behov for at øge patientindtaget på et givet område. Dette kan ske ved lokale aftaler, som er friholdt økonomiprotokollatet og dermed den faste økonomiske ramme.

Planlægningsmæssigt understøtter den økonomiske ramme en samlet prioritering af ressourcerne i speciallægepraksis og sundhedsvæsenet generelt, ligesom den sikrer regionerne budgetsikkerhed.

Bilag

Ingen.





12. Resultater af regionale vækstforuminvesteringer, sagsnr. 14/274

Lone Vingtoft

Resumé

Der er netop gennemført en stor effektmåling af en del af de regionale vækstforas investeringer. Projekterne har kastet særdeles positive resultater af sig i form af både jobskabelse og øget omsætning hos tusindvis af mindre virksomheder.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Regionerne og Erhvervsstyrelsen arbejder sammen om at udvikle gode metoder til at måle effekterne af de regionale vækstforas investeringer i erhvervsudvikling. Metoderne udvikles sammen med Danmarks Statistik, og målingerne sker med udgangspunkt i Danmarks Statistiks registre.

En gang om året kommer der tal, der dokumenterer effekterne af de projekter, som vækstforaene investerer strukturfondsmidler i. Udviklingen i de virksomheder, der deltager i projekterne, sammenlignes med en kontrolgruppe, som ligner deltagerne, men som ikke har været med i de regionale projekter.

Fra 2007 til september 2014 deltog mere end 38.000 virksomheder i vækstforum-projekter. I årene 2010-2013 er knap 9.000 af disse virksomheder blevet sammenlignet med virksomheder, som ikke har deltaget.

Der er netop gennemført en analyse, der viser, at de knap 9.000 virksomheder over tre år har skabt flere end 8000 nye fuldtidsjob via de regionale investeringer, og at virksomhederne samtidig som følge af deltagelsen har øget omsætningen med samlet 16 milliarder kroner.

Vækstforuminvesteringerne har typisk bidraget til, at virksomheder har udviklet nye produkter og teknologier, søgt nye eksportmarkeder og kvalificeret medarbejderne til at løse nye opgaver. Investeringerne kan også gå til etablering af nye fysiske testfaciliteter.

Vækstforaene investerer i en lang række virksomheder i brancher som turisme, fødevarer, uddannelse, sundhed, energi, klima og miljø. De bedste resultater af vækstforum-investeringerne i den akutte måleperiode ses hos virksomheder,



som har videreuddannet deres medarbejdere, samt generelt ved virksomheder, som arbejder inden for energi, klima og miljø.

De seks regionale vækstfora vil frem mod 2020 årligt investere cirka 350 millioner kr. fra EU's strukturfonde i det danske regionale erhvervsliv. Hertil kommer regionsrådenes midler til erhvervsfremme, som også kan indgå i målingerne fremover.

Sekretariatets bemærkninger

Regionerne arbejder aktuelt sammen med Erhvervsstyrelsen om at udvikle fælles metoder til evaluering. Det skal sikre bedre deling af viden om, hvilke konkrete indsatser der virker, og derigennem bedre og mere effektive indsatser i fremtiden.

Kommunikation

Børsen bragte den 14. januar 2015 en omtale af resultaterne i en artikel med overskriften "Saltvandsindsprøjtning skaber 8300 danske job".

Bilag

Ingen.



13. Konference for regionsrådspolikere den 22. april 2015, sagsnr. 14/2786

Eva M. Weinreich-
Jensen***Resumé***

Danske Regioner holder en ½-dags konference den 22. april, kl. 13-17, dagen før generalforsamlingen. Formålet med konferencen er at drøfte væsentlige emner på den regionalpolitiske dagsorden på tværs af regionerne. Danske Regioners fem politiske udvalg får mulighed for at udbrede kendskabet til udvalgets arbejde og få en politisk debat om de udvalgte emner. Endvidere vil der være en debat om forslaget om at undersøge mulighederne for en fusion af Danske Regioner og KL.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Danske Regioner indbyder i år til en ½-dags konference for regionspolitikere dagen før generalforsamlingen, onsdag den 22. april, kl. 13-17. Konferencen afholdes på Comwell Aarhus.

Formålet med dagen er at diskutere en række væsentlige emner på den regionalpolitiske dagsorden på tværs af regionerne i parallelsessioner, valgt af de fem politiske udvalg i Danske Regioner.

Dagen vil også indeholde en fælles drøftelse af forslaget om at undersøge mulighederne for en fusion af Danske Regioner og KL. Til denne del af programmet er formand Martin Damm, KL inviteret til at holde et kort indledende oplæg sammen med Bent Hansen. Også her vil der være mulighed for efterfølgende debat.

Bilag

Ingen.





14. Orientering om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 15/35

Maren Munk-Madsen

Resumé

Følgende er en status på aktuelle emner, der er omfattet af bestyrelsens prioriteringer for foreningens europapolitiske arbejde. PRJ, sag 14/1682

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

EU-ramme for sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen 2014-2020

EU-Kommissionen fremlagde medio 2014 en revideret fælleseuropæisk strategiramme for sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen. Det primære formål er bedre beskyttelse af de mere end 217 millioner arbejdstagere i EU mod arbejdsrelaterede ulykker og sygdomme. Strategirammen udpeger tre primære udfordringer: forbedring af gennemførelsen af de eksisterende arbejdsmiljøregler, bedre forebyggelse af arbejdsrelaterede sygdomme gennem imødegåelse af nye risici og risici i fremvækst, uden at de eksisterende risici negligeres, og hensyntagen til den aldrende arbejdsstyrke i EU. Den nye ramme skal ligeledes sikre, at EU stadig kan spille en førende rolle i fremme af høje standarder på arbejdsmiljøområdet både i Europa og på internationalt plan i overensstemmelse med EU2020-strategien.

Strategirammen vil blive gennemgået i 2016 for at vurdere dens gennemførelse og indarbejde resultaterne af den igangværende evaluering af hele EU's arbejdsmiljølovgivning, som forventes afsluttet inden udgangen af 2015.

EU's Regionsudvalg om sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen

Som led i evalueringen af EU's arbejdsmiljølovgivning er EU's Regionsudvalg blevet bedt om at udtale sig. Deres udkast til høringssvar fremhæver en række fornuftige og holdbare initiativer, der er i god tråd med Danske Regioners prioriteringer på arbejdsmiljøområdet. Dog synes ordføreren dels at misforstå elementer af EU-Kommissionens meddelelse og dels at gå meget langt i forhold til den overstatslige regulering, tilsyn og sanktionering indenfor arbejdsmiljø.

Det er Danske Regioners holdning, at der ikke for nuværende ses et behov for oprettelse af overnationale platforme, strukturer eller standardiseringer ud over, hvad der allerede eksisterer på området. Tillige ses heller ikke et behov for at løfte regulering, tilsyn eller sanktionering op på EU-niveau. I Danmark og an-



dre medlemslande findes allerede institutioner, lovgivning og aftaler, der håndterer arbejdsmiljøområdet ud fra de særlige forhold, der gør sig gældende i medlemsstaterne.

Danske Regioners repræsentanter i EU's Regionsudvalg arbejder på at danske regionale synspunkter afspejles i den endelige udtalelse. Flere nationale delegationer har givet udtryk for også at være uenig med ordføreren på visse punkter, hvorfor der er fremsat ændringsforslag til teksten. Forslaget der skal endeligt vedtages på plenaren i februar 2015 forventes således at afspejle Danske Regioners holdninger.

Grøn EU-handlingsplan for SMV'er og grønt beskæftigelsesinitiativ i tråd med danske regionale indsatser

EU-Kommissionen har fremsat en handlingsplan med fokus på grøn omstilling for SMV'er, hvor grøn omstilling betyder, at virksomheder skaber forretningsmuligheder ved at udvikle grønne produkter, løsninger og forretningsmodeller eller mindsker deres ressourceforbrug på en måde, så miljøbelastningen også reduceres. Sammen med handlingsplanen blev fremsat en meddelelse om grønt beskæftigelsesinitiativ i SMV'er.

Regionsudvalget er ved at færdiggøre dets udtalelse som svar til de to tiltag, hvor man støtter op om EU-Kommissionens meddelelser og fremhæver, hvordan en overgang til grøn økonomi er af afgørende betydning for såvel de enkelte virksomheder som hele den europæiske økonomis konkurrenceevne.

Ifølge Regionsudvalget er en succesfuld grøn økonomi forbundet med *reduktion* af energiforbruget, *effektivisering* af anvendelsen af råmaterialer og energi, *netværkssamarbejde* gennem udveksling af bedste praksis og ekspertise samt *lettere adgang til finansiering* gennem bedre oplysning og færre administrative regler. Desuden bør *uddannelser* fremme iværksætter og en miljø- og erhvervsvenlig tankegang, så unge får de rette kvalifikationer til en grøn økonomi.

Udtalelsens fokuspunkter kan genfindes i række regionale indsatser i Danmark:

- Samarbejdet *Grøn Industrisymbiose*, hvor én virksomheds restprodukt genanvendes som ressource hos en anden virksomhed med store økonomiske og miljømæssige fordele.
- Samarbejdet *Grønne Forretningsmodeller*: et acceleratorprogram, der skal fremme udviklingen af nye grønne forretningsmodeller i danske



virksomheder, som skaber vækst og beskæftigelse i virksomhedernes og samtidig mindsker deres ressourceforbrug og miljømæssige påvirkning.

- Grønne vækstorienterede investeringer gennem de *regionale vækstfora*, hvor der bl.a. sættes fokus på muligheder for rentable energiforbedringer i regionens SMV'er.

Danske Regioners politikere har derfor støttet udtalelsen, der skal endeligt godkendes på Regionsudvalgets plenarforsamling i februar 2015.

EU's Regionsudvalg: Transatlantisk frihandelsaftale skal tage hensyn til offentlige serviceydelser – herunder sundhedssektoren

EU og USA startede i november 2013 forhandlingerne om en frihandelsaftale, Det transatlantiske handels- og investeringspartnerskab (TTIP). Aftalen har til formål at fremme vækst og beskæftigelse ved at åbne for gensidig markedsadgang for handel med varer, tjenesteydelser, investeringer og offentlige indkøb samt afskaffe regulering og ikketoldmæssige handelshindringer.

Regionsudvalget betragter en frihandelsaftale som en chance til at skabe vækst og beskæftigelse, men understreger samtidig, at det regionale og lokale selvstyre skal respekteres og kræver, at der skal tages hensyn til offentlige serviceydelser. Endvidere må der ikke slækkes på opnåede europæiske standarder for f.eks. miljø, klima, sundheds- og social-, fødevarerbeskyttelse og forbruger og databeskyttelsesregler.

I Regionsudvalgets forslag til udtalelse henvises der til, at TTIP med sin store globale rækkevidde er forbundet med risici, og repræsentanter for kommunale og regionale myndigheder i overensstemmelse med demokratiske principper derfor bør deltage i forhandlingerne, så deres kompetencer inddrages.

Endvidere understreges det, at der må sikres en demokratisk kontrol med forhandlingerne. EU-Kommissionen opfordres således til at fremme gennemsigtighed ved at offentliggøre alle væsentlige dokumenter og forelægge alle forhandlingsretningslinjer for regionale og kommunale myndigheder, samfundsmæssigt relevante grupper og interesserede borgere.

Danske Regioner har ikke en officiel politisk holdning til TTIP.

I HOPE (Forening af europæiske hospitalejere), som Danske Regioner er medlem af, har det britiske NHS (National Health System) udarbejdet et papir,



hvor der udtrykkes frygt for, at frihandelsaftalen kan åbne NHS markedet op for etablering af ex. amerikanske hospitaler i UK, hvilket kan lede til en udbredt privatisering af sundhedsydelser, som muligvis vil have ødelæggende konsekvenser for den offentlige patientbehandling. I NHS-papiret fremhæves endvidere, at patientbehandling er et nationalt anliggende, som de demokratiske valgte regeringer i medlemsstaterne råder over. Den frie bevægelighed for tjenesteydelser er et forhold, der vedrører det indre marked, og tilgængelig information om patientbehandling vil falde inden for anvendelsesområdet af TTIP, medmindre det er udtrykkeligt undladt.

Sekretariatet vurderer at Regionsudvalgets forslag til udtalelse netop har fokus på ovenstående, hvor der bl.a. fremhæves, at offentlige serviceydelser/forpligtelser og den måde de er indrettet på (markedslige/-ikkemarkedslige) skal respekteres som nationale anliggender. Dette afspejler ligeledes de holdninger, som CEEP (den europæiske offentlige arbejdsgiverforening, som både Danske Regioner og KL er medlemmer af) har til TTIP.

Ifølge EU-Kommissionens forhandlingsmandat til TTIP er der eftersigende ingen intention om at bruge TTIP til at liberalisere eller privatisere offentligt funderede tjenesteydelser inden for sundhedssektoren. Kommissionens formand Jean-Claude Juncker har forsikret Europa-Parlamentet juli måned, at han ikke ville ofre EU's sikkerhed, sundhed, social og databeskyttelse for at fremme frihandel.

Regionsudvalget skal endeligt vedtage udtalelsen på plenaren i februar 2015.

Bilag

Ingen.



15. Generelle orienteringer, sagsnr. 15/35

Maren Munk-Madsen

Resumé

Følgende emner er til orientering

- Høringssvar vedr. ændring af sundhedsloven vedr. delegation m.v.
- Rigsrevisionens udkast til beretning om hospitalernes anvendelse af personaleressourcerne.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringerne til efterretning.

Sagsfremstilling

Høringssvar vedr. ændring af sundhedsloven vedr. delegation m.v. Sag nr. 14/782

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved brev af 20. november 2014 fremsendt en høring vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven vedr. det udvidede frie sygehusvalg.

Med lovforslaget ønsker man bl.a. en præcisering af regionernes mulighed for at delegere kompetencen til at indgå aftaler om det udvidede frie sygehusvalg til Danske Regioner. Dette skal ske ved at ændre den nuværende ordlyd af § 87, stk. 4, om at 'regionsrådene i forening' indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker mv., til et nyt stykke 5 indføjet, at 'regionsrådene kan bemyndige en forening bestående af de fem regionsråd til på deres vegne at indgå aftaler med private sygehuse, klinikker mv.'. Som baggrund for lovforslaget henviser ministeriet til, at det generelle forvaltningsretlige udgangspunkt er, at delegation af myndighedskompetence til private kræver lovhjemmel. Ministeriet henviser endvidere til, at Folketingets Ombudsmand i forbindelse med en konkret sag har rejst spørgsmål om hjemlen til, at Danske Regioner indgår de omhandlede aftaler.

Danske Regioner har overfor ministeriet bemærket, at det er Danske Regioners opfattelse, at formuleringen 'regionsrådene i forening' de facto skal forstås som ensbetydende med Danske Regioner, hvilket gælder i regionsloven, sundhedsloven mv. Da hjemlen til, at Danske Regioner indgår de omhandlede aftaler, efter Danske Regioners opfattelse allerede foreligger i § 87, stk. 4, vil Danske Regioner foreslå, at den nugældende tekst ikke ændres. En ændring vil ifølge Danske Regioner skabe usikkerhed og bureaukrati. Såfremt ministeriet fortsat



vurderer, at det er nødvendigt at foretage en præcisering i lovgivningen, forslår Danske Regioner, at formuleringen ”regionsrådene i forening” erstattes med ”Danske Regioner”.

Økonomi- og Indenrigsministeriet har i sit høringssvar til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse erklæret sig enig i Danske Regioners høringssvar.

Rigsrevisionens udkast til beretning om hospitalernes anvendelse af personaleressourcerne. Sag nr. 14/1540

Danske Regioner har den 17. december 2014 modtaget Rigsrevisionens udkast til beretning om hospitalernes anvendelse af personaleressourcerne i høring. Beretningen bygger på en analyse af 4 ortopædkirurgiske afdelinger.

Beretningen indeholder en række punkter, hvor Rigsrevisionen peger på, at der kan ske forbedringer, bl.a. i vagtplanlægningen og udnyttelsen af mulighederne i overenskomsterne samt styrket fokus på kapacitetsudnyttelsen og kvantitative mål at styre efter ude på den enkelte afdeling. Endvidere indeholder beretningen en række konkrete gode eksempler, til efterlevelse. Danske Regioner peger i sit høringssvar på, at beretningen indeholder nogle anbefalinger, hvor man mangler, at Rigsrevisionen ser på effekterne af forskellige tiltag, før de anbefales, herunder øget brug af enhedspriser i økonomistyringen, anvendelse af buffer i bemandingsbehovet, anvendelse af lokal aftaler, forskellig anvendelse af personalegrupper.

Danske Regioner har fremsendt sit høringssvar til Rigsrevisionen den 14. januar 2015.

Bilag

Ingen.



16. Næste møde, sagsnr. 15/35

Maren Munk-Madsen

Resumé

Næste bestyrelsesmøde er torsdag den 26. februar 2015 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus, Dampfærgevej.

Indstilling

Det indstilles,

at næste bestyrelsesmøde holdes torsdag den 26. februar 2015, kl 10.30.

Sagsfremstilling

Næste bestyrelsesmøde er torsdag den 26. februar 2015 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus, Dampfærgevej.

Bilag

Ingen.





17. Eventuelt, sagsnr. 15/35

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.



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

06-12-2014

Sagsnr. 14/1960

Maren Munk-Madsen

Tel.: 3529 8165

E-mail:

mma@regioner.dk

Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse fredag den 5. december 2014 kl. 10.30

Deltagere: Bent Hansen, Carl Holst, Sophie Hæstorp Andersen, Jens Stenbæk, Ulla Astman, Leila Lindén, Poul-Erik Svendsen, Susanne Lundvald, Charlotte Fischer, Per Larsen, Lise Müller, Henrik Thorup, Susanne Eilersen, Anne V. Kristensen, Jess V. Laursen, Susanne Langer

Afbud: Martin Geertsen

Regionsdirektører: Bo Johansen, Hjalte Aaberg, Jacob Stengaard Madsen, Jens Andersen

Deltagere fra sekretariatet: Adam Wolf, Signe Friberg Nielsen, Kristian Heunicke, Erik Jylling, Gitte Bengtsson, Susse Maria Holst, Katrine Tang (referent)

1. Godkendelse af åbent referat af møde den 31. oktober 2014 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 14/1960

Bestyrelsen godkendte referatet.

2. Formandens meddelelser, sagsnr. 14/1960

Udredningsret

Formanden orienterede om, at der i uge 50 offentliggøres tal om udredningsretten. Bestyrelsen vil blive orienteret nærmere forud for offentliggørelsen.

Fortsættelse af grundvandskortlægningen efter 2015

Formanden orienterede om, at regeringen har besluttet, at grundvandskortlægningen skal fortsætte efter 2015, og at staten fortsat skal varetage opgaven.

Region Syddanmarks henvendelse vedr. "Luxembourg-finten"

Formanden orienterede om, at regionsrådet i Region Syddanmark har anmodet om, at Danske Regioner undersøger regionernes muligheder for at undgå at samarbejde eller handle med selskaber, der undgår dansk beskatning ved at opsætte selskabskonstruktioner, som fører overskud fra danske selskaber til Luxembourg, samt at se på mulighederne for fælles nationale retningslinjer på området. Bestyrelsen vil få forelagt sagen den 22. januar 2015.

Udvalg om lokale høringer

Formanden orienterede om, at regeringens udvalg, der skal udføre et serviceeftersyn af de lovbestemte lokale høringer, forventes at afgive sin rapport inden jul. Bestyrelsen vil få forelagt en orientering den 22. januar 2015.

Høringsudgave af lovforslag om delegationskompetence, befordring, offentliggørelse af påbud og embedslæger

Formanden orienterede om, at Sundhedsministeriet har sendt et lovforslag i høring, som bl.a. præciserer Danske Regioners hjemmel til at godkende private leverandører til at få en aftale under Det udvidede Frie Sygehusvalg.

Danmark er europæisk topscorer i sundheds-it

Formanden orienterede om den nye HIMSS undersøgelse, der viser, at Danmark ligger i top internationalt, når det gælder digitale muligheder for borgere og sundhedspersonale. Et kort notat om undersøgelsen blev omdelt.

Standardiseret økonomiopfølgning 3. kvartal 2014

Standardiseret økonomiopfølgning 3. kvartal 2014 blev omdelt.

3. 2. behandling af Danske Regioners Budget 2015, sagsnr. 14/2897

Bestyrelsen fastsatte budgettet for 2015 med et driftsunderskud på 36,4 millioner kroner. Bestyrelsen besluttede endvidere at foreslå kontingentet pris- og lønreguleret med 1,7 procent til 22,4 kroner pr. indbygger for 2015 på generalforsamlingen i 2015.

Resumé

Budgetforslag 2015 er udarbejdet i forventet 2015 pris- og lønniveau.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,7 procent svarende til 0,4 kroner og fastsættes til 22,4 kroner pr. indbygger for 2015.

Budgetforslag 2015 fastholder den reduktion af driftsunderskuddet på 2 millioner kroner, som blev gennemført i 2014, således at underskuddet holdes på 36,4 millioner kroner. Som følge af det relative fald i indtægterne betyder et uændret driftsunderskud, at udgiftsniveauet skal reduceres med 3,3 millioner kroner, svarende til en reduktion på 1,7 %. Indtægtssiden er under pres som følge af den manglende pris- og lønregulering af underskudsfinansieringen, og som følge af en højere lønfremskrivningsrate end prisfremskrivningsrate, der for en løntung organisation som Danske Regioner medfører et udgiftspres. Dette forstærkes af faldende momsede indtægter, der reducerer værdien af det delvise momsfradrag på driftsudgifter og lønsumsafgift.

4. Konstituering, sagsnr. 14/1935

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

5. Indstilling af medlem til Beskæftigelsesrådet, sagsnr. 14/3263

Bestyrelsen udpegede regionrådsformand Ulla Astman (A) med Poul-Erik Svendsen (A) som ligestillingsalternativ til Beskæftigelsesrådet. Bestyrelsen besluttede at udpege suppleanten administrativt.

Resumé

I forlængelse af aftale om reform af den aktive beskæftigelsesindsats fra juni 2014 er der fremsat lovforslag om ændret organisering af indsatsen. Danske Regioner tildeles i forlængelse heraf en plads i Beskæftigelsesrådet såfremt lovforslaget vedtages. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering har anmodet Danske Regioner om at indstille et medlem og en suppleant.

6. Tidens velfærdsudfordringer, fremtidens vækstmuligheder? , sagsnr. 14/1900

Bestyrelsen godkendte debatoplægget ”Tidens velfærdsudfordringer, fremtidens vækstmuligheder?” samt at regionsrådene opfordres til at sætte debatoplægget til politisk drøftelse med henblik på at afgive bemærkninger til det videre arbejde med et egentligt politisk oplæg vedrørende offentlig-privat partnerskab som afsæt for innovation af nye digitale løsninger til sundhedsvæsenet.

Resumé

Digitalisering og nye digitale muligheder er et vigtigt redskab, hvis regionerne i de kommende år skal skabe forandringer, som giver øget kvalitet for patienterne og mere sundhed for pengene. Regionerne er i den forbindelse afhængige af et stærkt offentlig-privat samarbejde med de virksomheder, som skal udvikle de nye innovative løsninger. Virksomhederne kan på deres side profitere af samarbejdet ved at få udviklet nye løsninger, som har et markedspotentiale.

Sekretariatet har sammen med regionerne udarbejdet debatoplægget ”Tidens velfærdsudfordringer, fremtidens vækstmuligheder?”, som sætter perspektiverne, i at bruge offentlig-privat partnerskab som afsæt for innovation af nye digitale løsninger til sundhedsvæsenet, til debat. Debatoplægget er en forløber for et egentligt politisk oplæg om emnet. Der lægges op til, at regionsrådene inddrages aktivt i den kommende debat.

7. Personlig Medicin, sagsnr. 13/2307

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning og godkendte de beskrevne kriterier for udvælgelse af landsdækkende biobanker.

Resumé

Personlig Medicin er tidligere af Danske Regioners bestyrelse udvalgt som indsatsområde i den nuværende valgperiode. Det er en udfordring, at en stor del af den behandling, som anvendes i sundhedsvæsenet, ikke virker eller har store bivirkninger for patienten. Det overordnede formål med projektet er at opnå bedre kvalitet i behandlingen og mere sundhed for pengene. Samtidig skabes et nyt vækstpotentiale for virksomheder.

Projektet indebærer bl.a., at det skal prioriteres hvilke sygdoms- og forebyggelsesområder, der vil være omfattet af projektet, og at der besluttet en politik for de fælles regionale biobankers samarbejde med virksomhederne. Biobankerne er en hjørnesteen i udviklingen af Personlig Medicin. Der er til dette bestyrelsesmøde beskrevet kriterier for udvælgelse af landsdækkende biobankers, som forelægges for bestyrelsen til godkendelse.

Danske Regioner lancerer projektet Personlig Medicin på en konference den 10. december 2014.

8. Årlig statusoversigt over videndeling om sygehusbyggeri, sagsnr. 14/1904

Bestyrelsen godkendte udkast til statusoversigten over videndeling om sygehusbyggeri.

Resumé

I henhold til økonomiaftalen 2014 udarbejdede Danske Regioner sidste år en statusoversigt til staten over de initiativer, som regionerne har igangsat i projektet om videndeling i sygehusbyggeri. Som opfølgning på økonomiaftale 2015 skal Danske Regioner, med input fra regionerne, opdatere statusoversigten til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Oversigten viser, at regionerne fortsat systematisk deler viden og erfaringer på afgørende områder inden for sygehusbyggeri, samt går sammen om at udvikle en række fælles konkrete projekter.

9. Studiebesøg til Sverige, sagsnr. 14/3210

Bestyrelsen bad sekretariatet om pr. mail at afdække, hvor mange bestyrelsesmedlemmer der har mulighed for at deltage i et studiebesøg til Stockholm den 4. marts 2015.

Resumé

Det indgår i bestyrelsens strategi og arbejdsprogram at udvikle og teste nye opfølgings- og betalingsmodeller, der styrer efter resultater frem for aktivitet. Som opfølgning på bestyrelsens beslutning den 26. september 2014 er sekretariatet ved at indgå en aftale om samarbejde med konsulent- og forskningsenheden Ivbar fra Stockholm om at få del i de svenske erfaringer indenfor værdibaseret styring. Dette endags studiebesøg vil give mulighed for at få et indblik i de svenske rammevilkår, erfaringer med nye styringsmodeller og organisering af indsatsen efter værdi for patienten på Karolinska Universitetssygehus.

10. Finansloven 2015, sagsnr. 14/3196

Bestyrelsen tog orienteringen om finanslovsaftalen for 2015 til efterretning.

Resumé

Regeringen indgik den 13. november 2014 finanslovsaftalen ”Et stærkere fællesskab, et tryggere arbejdsmarked og mere sundhed” med SF og Enhedslisten. Aftaleparterne har afsat 6.5 mia. kr. over en fireårig periode til styrkelse af sundhedsområdet i perioden 2015-2018. Pengene går til regeringens tidligere fremsatte sundhedsstrategi ’Jo før – Jo bedre’, herunder bl.a. til en styrket kræftindsats, et større fokus på tidlig opdagelse af kroniske sygdomme, bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende samt en styrkelse af de praktiserende læger.

Derudover er der afsat ekstra penge til mere forebyggelse i kommunerne, indsats mod overbelægning på medicinske sygehusafdelinger, og en styrkelse af svangreområdet samt til den tidlige indsats i sundhedsplejen over for sårbare grupper.

Sundhedsområdet vil samlet blive tilført 600 mio. kr. i 2015, 1,8 mia. kr. i 2016, 2,2 mia. kr. i 2017 og 1,9 mia. kr. i 2018.

Ud over sundhedsområdet er der af relevans for regionerne afsat henholdsvis 830 mio. kr. til en letbane i Aalborg samt 100 mio. kr. årligt 2015-17 til en styrket klimaindsats.

11. Generelle orienteringer, sagsnr. 14/1960

-

12. Næste møde, sagsnr. 14/1960

Bestyrelsen besluttede, at næste møde holdes torsdag den 22. januar 2015, kl 10.30 og at bestyrelsesmødet den 30. april 2015 aflyses.

Jens Stenbæk meldte afbud til mødet den 22. januar 2015.

Resumé

Næste bestyrelsesmøde er torsdag den 22. januar 2015 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus, Dampfærgevej.

Det oprindeligt planlagte bestyrelsesmøde den 30. april 2015 aflyses, da det ligger en uge efter generalforsamlingen, som er den 23. april 2015.

13. Eventuelt, sagsnr. 14/1960

-

DANSKE
REGIONER



Regionernes strategi for indkøb frem mod 2020

Regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020

Regionerne er i front med udvikling og effektivisering af det offentlige indkøbsområde.

Indkøb er en væsentlig del af grundlaget for forsynings sikkerheden i sundhedsvæsenet. Det udgør samtidig en helt nødvendig funktion for, at regionens ansatte kan løse regionale kerneopgaver inden for sundhed, socialområdet og regional udvikling med bedst mulig service for borgere og patienter. En fortsat fokuseret indsats på indkøbsområdet vil frigive ressourcer, som kan benyttes til bedre patientbehandling og en vedvarende optimering af sundhedsvæsenet.

Regionerne køber årligt varer og tjenesteydelser for over 38 milliarder kroner, hvilket svarer til ca. 35 procent af det samlede budget. Det er et omfattende beløb, og med det følger et tilsvarende ansvar. Regionerne har arbejdet målrettet for at leve op til dette ansvar siden deres oprettelse i 2007. Hver af de fem regioner har etableret en strategisk og koncernfælles indkøbsfunktion, der kan håndtere den stadig mere komplicerede indkøbsproces, og som arbejder efter en politisk vedtaget indkøbspolitik. Samtidig er der et stærkt, tværregionalt samarbejde på indkøbsområdet, der siden 2007 har været styret af en fælles strategi.

Med den fælles strategi på indkøbsområdet i perioden 2010-15 blev der taget endnu et vigtigt skridt i udviklingen i den enkelte region og af det fælles samarbejde på området.

Regionerne er nået langt med både fælles og individuelle initiativer for optimering af indkøbsområdet og har i perioden 2010-15 opnået mere end én milliard kroner i besparelser. Samtidig er fundamentet for en yderligere indsats lagt. Regionerne skal derfor fortsat være de bedste til håndtering af indkøb i den offentlige sektor. Indsatsen kan og skal stadig tåle sammenligning med de største og mest effektive indkøbsorganisationer.

På trods af de opnåede resultater står regionerne over for nye udfordringer, der skal adresseres frem mod 2020. Derfor har regionerne udarbejdet en ny, fælles strategi på indkøbsområdet, der skal gælde i perioden fra 2015-2020.

Regionerne skal fortsat blive endnu bedre til indkøb, hvilket er det overordnede formål med denne 2020-strategi. Stadig udvikling af indkøbsområdet kræver dog, at der fortsat sættes ambitiøse mål, og at regionerne opnår resultater, der imødekommer de kommende års forventninger.

Med den nye strategi skal der frigøres yderligere én milliard kroner, så der i perioden 2010-2020 spares i alt to milliarder kroner. Dette er et led i den samlede produktivitetsudvikling, som aftales med regeringen. Besparelserne skal bruges til flere behandlinger og bedre kvalitet til gavn for borgerne.

En del af besparelserne skal realiseres gennem tættere samarbejde med leverandørerne og optimering af rammerne for den fælles samhandel. Regionerne vil arbejde for at udvide det nuværende samarbejde med leverandørerne og deres brancheorganisationer. Dette gælder på områder som mere effektiv logistik, systematisk dialog og fuld implementering af digitale indkøbsprocesser. Dette er områder, der indeholder særlige muligheder for besparelser for både regionerne og deres leverandører.

Regionerne forventer, at regeringen vil støtte regionernes indsats eksempelvis gennem arbejdet for at gøre regelregimet på udbudsområdet så smidigt som muligt og arbejde for at få en lov på området for digitale ordrer.

Strategien frem mod 2020 tager afsæt i nuværende udfordringer, og hvilke indsatser der konkret skal iværksættes for at imødekomme disse. Der sættes blandt andet yderligere fokus på at realisere gevinster ved et øget tværgående samarbejde på indkøbsområdet, samt større fokus på reduktion af transaktionsomkostninger forbundet med indkøb og logistik. Der er derfor opstillet seks strategiske målsætninger, der indeholder en række indsatsområder og tilhørende mål.

De seks strategiske målsætninger er:

- **Anvendelse af regionernes købekraft for at opnå stordriftsfordele gennem fælles udbud**
- **Strategisk konkurrenceudsættelse af tjenesteydelser**
- **Integration af indkøbs- og forsyningslogistikken**
- **Standardisering af kategori- og leverandørstyringen**
- **Styrkelse af digitale processer fra ordreafgivelse til betaling**
- **Måltrettet kompetenceudvikling på indkøbsområdet**

Danske Regioners bestyrelse besluttede i foråret 2014 at gøre en speciel indsats for at gennemføre flere fælles udbud mellem regionerne ved oprettelsen af Regionernes Fælles Indkøb (RFI). Oprettelsen af RFI er en væsentlig del af regionernes indsats på indkøbsområdet i strategien frem mod 2020.

Danske Regioner udsendte "*Sund vækst – regionernes erhvervssamarbejde på sundhedsområdet*" i 2013. Denne indeholder blandt andet en række konkrete initiativer til samarbejdet mellem regionerne og deres leverandører. "*Sund vækst*" og "*Regionernes strategi for indkøb frem mod 2020*" skal ses i relation til hinanden.

Regionerne har i en årrække stillet enslydende, etiske krav i deres kontrakter baseret på fire internationale konventioner. Regionerne har desuden aftalt med regeringen, at de forpligtiger sig til at stille sociale klausuler på en række udbudsområder. Samtidig har de enkelte regioner vedtaget at stille miljømæssige krav i forbindelse med relevante udbud. Den fælles strategi implementeres i samspil med disse aftaler og krav.

Det vil fremover være muligt at følge med i implementeringen af regionernes fælles strategi på indkøbsområdet på www.regionsudbud.dk.

Regionernes mål for 2020

Regionerne er nået langt med både fælles og individuelle målsætninger for optimering af indkøbsområdet. I perioden 2010-15 er der opnået mere end én milliard kroner i besparelser. Regionerne står dog over for nye udfordringer med voksende behov, der fordrer yderligere strategisk fokus på professionalisering og effektivisering af området. Sygehusbyggerierne og de digitale muligheder for indkøb samt markedsmodningen af tjenesteydelsesområdet er alle forhold, der bevirker, at regionerne har sat sig nye mål frem mod 2020. Den overordnede vision for strategien er:

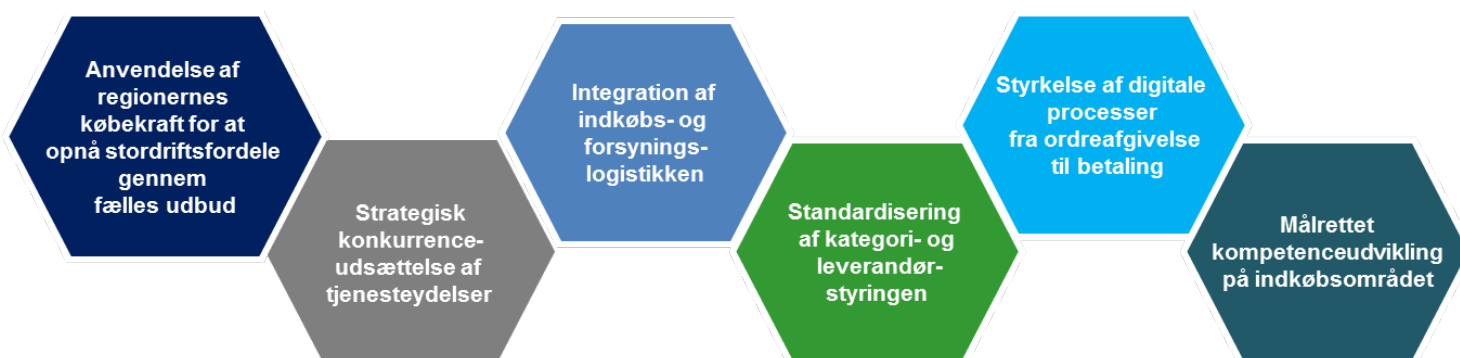
Regionerne vil gennem et styrket regionalt samarbejde anvende den betydelige købekraft til at frigøre besparelser på yderligere én milliard kroner på indkøb.

Besparselsen svarer eksempelvis til omkring 13.300 flere knæ- og hofteoperationer, 4.442 bypassoperationer eller 40.530 fødsler. Indfrielsen af besparelsen vil blive realiseret med et fortsat fokus at opretholde et tilstrækkeligt kvalitetsniveau på de indkøbte varer og tjenesteydelser, samt med særligt fokus på at optimere den afgørende forsyningsikkerhed og patientsikkerhed.

Besparselsen på yderligere én milliard kroner frem mod 2020 vil indgå i den samlede produktivetsforbedring, hvilket skal frigive ressourcer til gavn for regionernes kerneforretning.

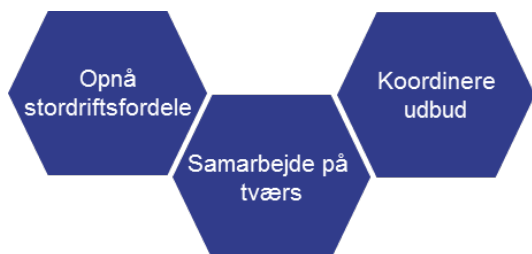
Med 2020-strategien vil regionerne fortsætte den målrettede indsats for at forblive blandt de bedste indkøbsinstitutioner i Europa. Det vil ske gennem en offensiv indsats for konkurrenceudsættelse, der skal øge kontrakt dækningen, blandt andet gennem fælles udbud. Derudover vil omkostninger til udbud, indkøbstransaktioner og kontraktstyring reduceres gennem fælles og effektive indkøbsløsninger. Endelig skal den digitale handel styrkes med henblik på at sikre effektive processer. Fuldautomatisering af digitale processer skal endvidere bidrage til et velfunderet datagrundlag for kategori- og leverandørstyring, der understøtter, at regionerne får de rette varer til rette pris.

Regionerne har udvalgt seks strategiske målsætninger, der frem mod 2020 skal bidrage til, at regionerne realiserer effektiviseringspotentialet på indkøbsområdet.



De seks målsætninger er ambitiøse, og realiseringen kræver en betydelig indsats fra regionernes side. Målsætningerne uddybes i nedenstående afsnit, hvor konkrete indsatsområder og mål beskrives. For hver målsætning vil regionerne løbende igangsætte konkrete aktiviteter, der skal understøtte indsatsområderne med henblik på at indfri 2020-strategien.

1. Anvendelse af regionernes købekraft for at opnå stordriftsfordele gennem fælles udbud



Regionerne har årligt udgifter til indkøb af varer og tjenesteydelser på over 38 milliarder kroner. Beløbet har i takt med regionernes stigende produktivitet været støt stigende de sidste par år. Det betyder, at der gennem fælles udbud er en enestående mulighed for at anvende den betydelige købekraft til at opnå lavere priser og bedre kommercielle betingelser.

Regionerne har dog ikke realiseret det fulde potentiale endnu. Det skyldes blandt andet, at det tværregionale samarbejde skal integrere forskellige administrative forudsætninger, samt tilpasses forskellige kliniske behov. Dette tager tid og kræver koordination.

Da fordelene ved fælles udbud på en række områder er særligt oplagte, har regionerne i 2014 indgået en forpligtende samarbejdsaftale om etablering af Regionernes Fælles Indkøb (RFI). Samarbejdet skal facilitere gennemførelse af endnu flere fælles udbud på tværs af regionerne. I den forbindelse skal der udarbejdes fælles udbudsplaner, som skal skabe basis for øget konkurrenceudsættelse. Regionerne vil endvidere arbejde aktivt for at få flere leverandører ind på markedet og på at tiltrække nye, internationale leverandører.

RFI skal sikre fælles udbud af de rigtige ydelser og optimal anvendelse af aftalerne. Derfor vil regionerne i fælleskab igangsætte en systematisk vidensdelingsproces med en mere standardiseret tilgang til blandt andet brugerinddragelse. Hensigten er at effektivisere brugerinddragelsen i forbindelse med udbudsprocesserne for at frigøre ressourcer til de kliniske kerneområder. Det er stadig helt afgørende, at relevante faggrupper fortsat er repræsenteret i arbejdet. Aftalerne skal evalueres med henblik på at kvalitetssikre, at disse bliver brugt hensigtsmæssigt. Der vil blive fulgt løbende og systematisk op på brugergruppernes tilfredshed.

Den fælles indsats skal opprioriteres med fokus på etablering af en stadig mindre bureaukratisk tilgang til indkøb og udbud. Samarbejdet på tværs kræver uddelegering af ansvar og afgivelse af kompetencer til de andre regioner. Ved at lave fælles udbud frigives der vigtige ressourcer, som kan anvendes til kontraktstyring og til arbejdet med at øge kontraktdekningen, og som på sigt kan anvendes til regionernes kerneforretning i stedet.

Det fælles udbudsarbejde skal herudover understøtte indkøb i forbindelse med de nye sygehusbyggerier, hvor der skal dækkes en bred vifte af forskellige behov og krav inden for effektiv anskaffelse og drift. For at understøtte byggerierne vil der desuden blive gennemført fælles udbud på en række områder.

Indsatsområder

Gennem øget samarbejde og koordinering i RFI udnyttes den fælles købekraft. For at opnå dette forpligtiger regionerne sig til at gennemføre flere udbud på tværs, samt øge samarbejdet med andre eksterne parter, hvor dette findes relevant.

Indsatsområderne er:

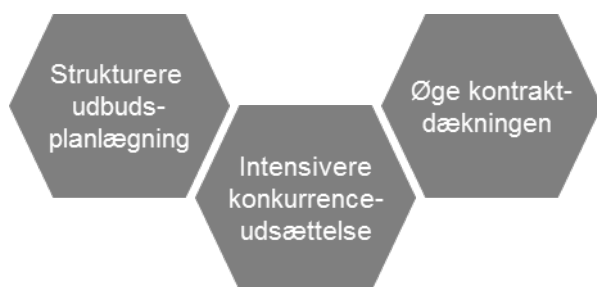
- Gennemføre udbud i henhold til fælles udbudsplan for regionerne og systematisk vurdere, hvorvidt udbud i de enkelte regioner med fordel kan gennemføres i RFI.
- Følge løbende op på aktiviteter i henhold til den fælles udbudsplan samt effekt- og kvalitetsvurdere de gennemførte udbud.
- Arbejde for at tiltrække internationale leverandører og øge konkurrencen i markedet i forbindelse med udbud på tværs af regionerne.
- Undersøge mulighed for at øge det tværoffentlige samarbejde på indkøbsområdet.

Mål

Regionerne forpligtiger sig til at arbejde for at indfri følgende mål frem mod 2020:

- 2 milliarder kroner af indkøb af varer- og tjenesteydelser i regionerne skal være dækket af de fælles regionale aftaler. Målet inkluderer ikke fælles indkøb af medicin gennem Amgros.
- Alle relevante rammeaftaler udbydes med optioner for efterfølgende tilslutning fra de enkelte regioner.
- 15 procent gennemsnitlig prisreduktion på fælles udbud.
- 80 procent kontraktdekning på vareindkøb.

2. Strategisk konkurrenceudsættelse af tjenesteydelser



Regionale erfaringer med konkurrenceudsættelse af tjenesteydelsesområdet er forskellige. Det gør sig særligt gældende i forhold til, hvorvidt de enkelte regioner betragter opgaven som ydelseskritisk, eller om ydelsen kan håndteres af eksterne leverandører. Traditionelt set har de enkelte sygehuse beføjelser til selv at bestemme opgaveløsningsmetoden. Der er således på nuværende tidspunkt ikke en fælles tilgang til, hvad og hvordan tjenesteydelser udbydes. Derfor bliver der også stillet forskellige krav til leverandørerne ved udbud på tjenesteydelsesområdet.

Samlet set skal regionerne udvikle en systematisk tilgang til konkurrenceudsættelse af tjenesteydelser. Med en strategisk indsats på området er der mulighed for at øge kontraktdekningen, og der vil på en række områder inden for tjenesteydelsesområdet være mulighed for at indhente væsentlige besparelser.

For fortsat at sikre besparelser samt sikre en endnu højere kontraktdekning af regionernes indkøb, skal der gennemføres analyser af muligheden for konkurrenceudsættelse af tjenesteydelser, herunder særligt støttefunktioner. Betegnelsen støttefunktioner dækker over områder, der ikke er direkte relateret til den kliniske behandling og pleje, men derimod til f.eks. rengøring, kantine og bygningsvedligeholdelse. Analyserne skal baseres på nuværende opgavevaretagelse, kontraktuelle bindinger, markedets modenhed og organisatoriske hensyn. For at indløse potentialerne skal der dedikeres ressourcer til at sikre højere kontraktdekning. Desuden vil regionerne øge indsatsen for at koordinere udvalgte udbud på tjenesteydelsesområdet i fællesskab.

Indsatsområder

En strategisk indsats på tjenesteydelsesområdet betyder, at regionerne skal have den rigtige kvalitet og lavere pris på opgaveløsningen hos eksterne leverandører. Regionerne skal bruge hinandens erfaringer med konkurrenceudsættelse gennem øget regional vidensdeling og erfaringsudveksling, særligt i forhold til funktionskrav og totaløkonomiske betragtninger.

Indsatsområderne er:

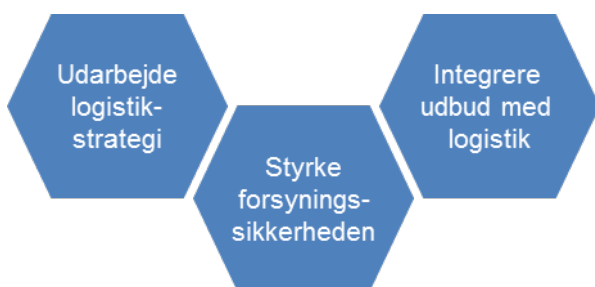
- Gennemføre analyser af potentialerne for konkurrenceudsættelse af tjenesteydelsesområdet i regionerne hver for sig og i fællesskab.
- Skabe overblik over den nuværende kontraktdekning på tjenesteydelsesområdet med henblik på at koordinere udbudsmuligheder og -planer på tværs af regionerne.
- Forøge konkurrenceudsættelsen af støttefunktioner baseret på markedsanalyser.
- Øge brugen af funktionskrav for tjenesteydelsesområdet.
- Afsøge nye områder, hvor der er muligheder for at fokusere på totaløkonomiske gevinster med risikodeling, samt systematisk overveje mulighederne for indgåelse i offentlige-private samarbejdsmodeller som f.eks. OPP og OPI.

Mål

For at målrette indsatsen for at konkurrenceudsætte tjenesteydelser fastsættes følgende mål frem mod 2020:

- 75 procent kontraktdekning på tjenesteydelser.
- Standardisering af funktionskrav på minimum 5 udvalgte udbudsområder.
- Gennemførelse af minimum 8 fælles udbud af tjenesteydelser.

3. Integration af indkøbs- og forsyningslogistikken



Indkøb og logistik er begge funktioner, som støtter op om regionernes kerneforretning. Der er derfor et forbedringspotentiale i at få de to funktioner yderligere integreret.

Regionernes indkøbsafdelinger oplever til tider, at de mangler et detaljeret overblik over forsyningskædens mange facetter i forhold til indkøbsprocesserne. Samtidig oplever logistikafdelingerne et øget behov for overblik over de foretagne indkøb. I tillæg hertil erfarer regionerne, at der i visse tilfælde er for mange varer på lagrene, hvilket

betyder unødigt høje kapitalbindinger, udgifter til lagerlokationer samt risiko for spild grundet dataudløb. Det er en meget vigtig balancegang at undgå spild og samtidig opretholde forsyningsikkerheden.

Regionerne vil derfor arbejde med at professionalisere integrationen mellem indkøb og logistik ved særligt at fokusere på efterspørgselsstyringen. Ved at målrette indsatsen vil regionerne fortsat arbejde på, at brugerne i regionerne altid får de rette varer til rette tid og rette sted. I relation hertil igangsættes et tværgående fokus på at forstærke forsyningskæden fra leverandøren til slutbrugerne. I den forbindelse vil regionerne indgå i dialog og samarbejde med leverandørerne og deres brancheforeninger for at styrke de gensidige forudsætninger for optimering af forsyningslogistikken.

For at imødekomme behovet for at integrere indkøb og logistik sættes der fokus på at systematisere varestamdata og varenes forløb gennem forsyningskæden, herunder særligt segmentering af højfrekvente og kritiske varegrupper. Endvidere skal der fokuseres på optimering af mulighederne for datostyring særligt med henblik på at reducere overforbrug og spild, samt reducere transportomkostninger og miljøbelastningen.

Indsatsområder

Regionerne vil arbejde på at optimere den samlede forsyningskæde, således at lageromsætningshastigheden ligger på det rette leje for at sikre forsyningsikkerhed og samtidig undgå spild. Betegnelsen spild refererer til nuværende niveau for kassering af varer. Særligt vil der være fokus på en tættere integration mellem indkøb og logistik.

Indsatsområderne er:

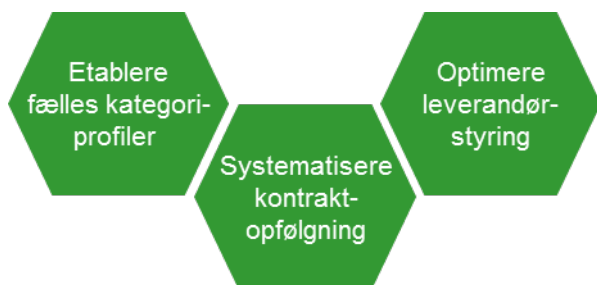
- Identificere nye muligheder for at etablere et integreret og helhedsorienteret indkøbs- og logistikforløb.
- Involvere logistikfaglig/-ansvarlige personer i, som minimum planlægning af udbud, og planlægning af implementering af kontrakter.
- Sikre kontinuerligt samarbejde med leverandører og brancheorganisationer i forhold til udvikling og optimering af den samlede forsyning.
- Udarbejde fælles rammer for indholdet af de regionale logistikstrategier.
- Sikre valide og dækkende data fra udbud til drift, herunder leverandør- og varestamdata samt transaktionsdata.

Mål

Med fokus på at integrere indkøb og logistik vil regionerne i 2020 have indfriet nedenstående mål:

- Regionerne udarbejder en tværregional logistikstrategi gældende frem mod 2020.
- Hver region har en logistikstrategi.
- Hver region har en strategi for integration mellem indkøb og logistik.
- Hver region har implementeret en udbudsproces, som involverer logistikorganisationen.

4. Standardisering af kategori- og leverandørstyringen



Kategori- og leverandørstyring er centrale redskaber for indfrielse af 2020-strategien og en god mulighed for at standardisere tilgangen på tværs af regionerne. Men i dag er standardisering af fælles kategori-profiler ufuldstændig, hvilket betyder, at der ikke er et fyldestgørende overblik over regionernes indkøbskategorier. Endvidere vanskeliggøres sammenligning på tværs af regionerne, da de fem regioner anvender forskellige metoder til håndtering af kategori- og leverandørstyringen.

Med en fælles tilgang til kategori-profiler ønsker regionerne at få et struktureret billede af, hvilke varer og tjenesteydelser, der hører under de forskellige indkøbskategorier. Det giver langt større mulighed for at sammenligne indkøbsdata på tværs af regionerne, hvilket vil understøtte indsatsen for flere fælles udbud. Regionerne vil desuden fokusere på at skabe bedre mulighed for integration mellem udbudsforretningerne og de daglige rekvireringsprocedurer.

Ved at etablere en stærkere datastruktur og datadeling styrkes forudsætningen for at følge systematisk op på både leverandørerne, men også på den interne compliance. Endvidere skal indsatsen dels fokusere på strategisk, prioriterede leverandørers compliance og dels fokusere på eliminering af køb uden for aftalerne.

Således skal 2020-strategien være løftestang til at øge compliance på indkøbsaftalerne til et fuldstændigt niveau. Regionerne vil på baggrund af standardisering af kategori- og leverandørstyringen, efterfulgt af skarpere kontraktopfølgning og optimering i brugen af produkterne, opnå de ønskede besparelser.

Indsatsområder

Ved at standardisere kategori- og leverandørstyringen igennem en fælleskoordineret tilgang opnås et kvalificeret og transparent udgangspunkt til brug for udvælgelsen af optimeringsmulighederne.

Indsatsområderne er:

- Udarbejde fælles model for kategoristyring og etablere standardiserede processer for kontraktopfølgning og leverandørstyring på tværs af regionerne med et særligt fokus på strategisk prioriterede indkøbskategorier.
- Udvalgte indkøbskategorier til kortlægning med henblik på at identificere optimeringsmuligheder.
- Alle regioner har beskrevne forretningsgange, der sikrer compliance på regionens aftaler og konsolidering af regionens indkøb.

Mål

Ved at standardisere kategori- og leverandørstyringen forpligter regionerne sig til at arbejde for at indfri følgende mål frem mod 2020:

- Fælles kategoriprofil for struktureringen af indkøb af vare- og tjenesteydelser i regionerne.
- 10 procent nedbringelse af antallet af spotindkøb i den enkelte region.
- Minimum 95 procent compliance af indkøb fra brugerne på regionernes aftaler.

5. Styrkelse af digitale processer fra ordreafgivelse til betaling



Styrkelse af digitale processer for indkøb giver mulighed for automatisering af arbejdsgange og udarbejdelse af korrekt ledelsesinformation. Derfor har regionerne i en længerevarende periode arbejdet for at digitalisere indkøbsprocesserne efter nationale og internationale standarder, men de er endnu ikke i mål. Manglende digitalisering kræver ofte manuelle arbejdsgange i stedet, der fratager ressourcer fra både indkøbsafdelingernes strategiske arbejde, men også fra sundhedspersonalets patientfokus.

Udfordringen for fortsat udvikling af digitalt indkøb er tosidet. Hverken regionerne eller leverandørerne har implementeret fuldautomatisk, digitalt indkøb. Regionerne har derfor kun elektronisk samhandel med få leverandører, hvor det typisk blot vil være simple ordre- og fakturaprocesser, som er digitaliseret. Der er derfor et yderligere potentiale i at øge fokus på

mulighederne for digitalisering af indkøbsprocesserne, samt leverandør- og varestamdata hos regionerne. Derudover vil der også være et potentiale i at implementere mere avancerede, digitale ordre- og fakturaprocesser.

For at sikre digitaliserede processer fokuseres der på udrulning af digitalt indkøb. Dette kræver en målrettet indsats for, at regionerne i 2020 har indkøbssystemer med digitaliseret understøttelse af ordreafgivelse og fakturabehandling. Derudover kræver det også en særlig indsats overfor leverandørerne. Endvidere er brugeradfærd afgørende for, at regionerne kan høste gevinsterne ved digitalt indkøb, og derfor vil der være fokus på, at brugerne loyalt følger de fastlagte indkøbsprocedurer.

Indsatsområder

Regionerne vil arbejde for at system- og procesunderstøtte digitale ordrer og faktureringer med henblik på at sikre effektive arbejdsgange. Fuldautomatisering af digitalt indkøb vil blive prioriteret med særligt udgangspunkt i samhandel med leverandører med et højt antal transaktioner med regionerne.

Indsatsområderne er:

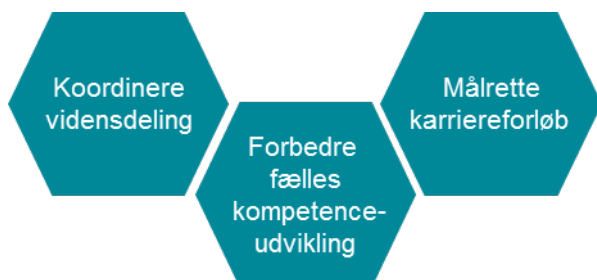
- Gennemføre baselineanalyse af de enkelte regioners status på digitalt indløb.
- Identificere regionernes strategisk prioriterede leverandører og deres brancheorganisationer for at udarbejde fælles handlingsplaner for øget integrering af digitalt indkøb.
- Reducere alle manuelle processer relateret til ordre- og fakturahåndtering.
- Regionerne vil stille krav til relevante leverandører om modtagelsen af elektroniske ordrer. Indtil da vil regionerne arbejde på, at der træffes beslutning om formelle regler eller lov om e-ordre for indkøbsområdet.

Mål

For at styrke digitalt indkøb opstilles følgende mål frem mod 2020:

- 95 procent af alle vareindkøb skal ske igennem indkøbssystemet.
- 95 procent digitale ordrer fra de 100 største leverandører målt på flest årlige transaktioner til de enkelte regioner.
- Ingen manuelle processer til håndtering af vareordrer.

6. Målrettet kompetenceudvikling på indkøbsområdet



Indkøbsafdelingernes ansvar for forvaltningen af regionernes voksende indkøbsvolumen stiller større krav til medarbejdernes faglige kompetencer. Men dygtige indkøbsmedarbejdere er en mangelvare i Danmark. I konkurrencen med den private sektor og andre offentlige institutioner er regionerne udfordret med hensyn til mulighederne for at tiltrække og fastholde flere kvalificerede medarbejdere.

Det betyder, at regionerne skal være en attraktiv arbejdsplads, der kan tiltrække medarbejdere med de rette kompetencer. Det betyder også, at

regionernes nuværende medarbejdere vil stille større krav til deres faglige kompetenceudvikling.

Indfrielsen af regionernes strategi forudsætter, at der fortsat er kompetente og engagerede medarbejdere.

Derfor skal der fokuseres på kontinuerligt at udvikle medarbejderne ud fra nye udviklingstendenser indenfor indkøb. Endvidere skal indsatsen understøttes af en struktureret tilgang til vidensdeling mellem regionerne, der vil bidrage til at gennemføre nye typer udbud og konkurrenceudsætte nye ydelsesområder.

Med optimering af kompetencer gennem veletablerede udviklingsforløb ønsker regionerne at sikre medarbejdertilfredshed og engagement, hvilket driver effektivitet og produktivitet i forbindelse med igangsættelsen af indsatsområderne i 2020-strategien. Kompetenceudvikling kan desuden gennemføres i samarbejde med eksempelvis relevante uddannelsesinstitutioner.

Indkøbsafdelingerne vil tilbyde organiseret kompetenceudvikling, og der vil blive etableret fælles kursusforløb, der adresserer indkøbsafdelingernes behov. Initiativerne skal understøtte, at regionernes medarbejdere udrustes til at arbejde for at indfri de fælles mål.

Indsatsområder

Regionerne prioriterer at opkvalificere medarbejderne i indkøbsafdelinger ved at gennemføre en strategisk indsats for at kompetenceudvikle i fællesskab og i de enkelte regioner.

Indsatsområderne er:

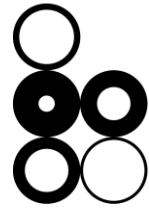
- Strukturere systematisk vidensdeling på tværs af regionerne ved etablering af muligheder for, at medarbejdere deltager i e-læringstilbud med fokus på kompetenceudvikling.
- Afholde fælles temadage med fokus på udvikling af både generelle og specifikke indkøbskompetencer.
- Udarbejde fælles indsats for rekruttering af indkøbsområdet.
- Planlægge kompetenceudviklingsmuligheder for indkøbsafdelingerne i de enkelte regioner.

Mål

For at optimere indkøbsafdelingernes medarbejdere med de rette kompetencer opstilles følgende mål frem mod 2020:

- Oprettelse af struktureret kompetenceudviklingsforløb for regionernes indkøbsmedarbejdere.
- Afholde minimum en årlig fælles indkøbstemadag for samtlige fem regioner.
- Afholde to årlige udbudsjuridiske temadage.
- Afholde en årlig temadag for indkøbere i logistikrelaterede emner forbundet til indkøb.

**DANSKE
REGIONER**



12-09-2014

Sag nr. 14/515

Dokumentnr. 47923/14

Jane Brodthagen

Tel. 35 29 82 21

E-mail: Jnb@regioner.dk

**Rapport om mulig etablering af stamcellebank
til navlesnorsblod**

Indledning	3
Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse	
Kommissorium	3
Sammensætning og møder	4
Deltagere	4
Papirets opbygning/læsevejledning	4
Resumé	5
Teknologiaspektet	6
Beskrivelse af stamcelletransplantation – herunder anvendelse i Danmark og internationalt	7
Navlesnorsbanker (NSBB)	8
Perspektiver for udvidet brug af stamcelletransplantation	8
Anvendelse af stamcelletransplantation på verdensplan	8
Anvendelse af stamcelletransplantation i Danmark	11
Fordele og ulemper ved anvendelse af navlesnorsblod (NSB)	13
Fordele ved NSB	13
Ulemper ved NSB	13
Andre alternative transplantations muligheder	14
Patientaspektet	15
Beskrivelse af patientgruppen	15
Oversigt over behandlingsforløb	16
Organisationsaspektet	18
Beskrivelse af modeller for organisering af en stamcellebank	18
Geografi	18
Indsamling af NSB i forhold til svangreomsorgen	18
Overvejelser i forhold til henholdsvis offentlig og privat NSB	19
Specialeplanlægning	20
Overvejelser omkring en offentlig stamcellebank i Danmark	21
Sikkerhed og tid – betydning for kvaliteten	21
Behov for øget bidrag af anvendelige navlesnorsenheder	21
Forskning	22
Økonomiaspektet	22
Beskrivelse af omkostninger i dag ved behandling med stamceller	22
Vurdering af hvilke udgiftselementer, der vil indgå i etablering af en stamcellebank i Danmark	22
Links	23

Indledning

Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse

Danske Regioners Bestyrelse har på møde den 30. august 2013 besluttet, at der skal udarbejdes et beslutningsgrundlag vedrørende en eventuel etablering af en dansk stamcellebank til navlesnorsblod.

Danske Regioners Sundhedsudvalg drøftede sagen i august 2012. Sundhedsudvalget konkluderede, at der var behov for et fagligt og økonomisk grundlag for at kunne beslutte, om der er basis for at etablere en offentlig stamcellebank. Sekretariatet orienterede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om denne vurdering.

Ministeren for Sundhed og Forebyggelse har i april 2012 i en besvarelse til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg oplyst, at der efter Sundhedsstyrelsens opfattelse vil være visse behandlingsmæssige fordele ved at etablere en offentlig stamcellebank i Danmark. Ved samme lejlighed har ministeren udtalt, at det står regionerne frit for at etablere en stamcellebank inden for de nuværende økonomiske rammer.

Regionerne har på den foranledning nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at lave et beslutningsgrundlag om en eventuel dansk stamcellebank til navlesnorsblod.

Kommissorium

Arbejdsgruppen skal udarbejde et beslutningsgrundlag til Bestyrelsen i Danske Regioner om fordele og ulemper ved en eventuel etablering af en dansk stamcellebank med navlesnorsblod med udgangspunkt i følgende perspektiver:

- Teknologisk
- Patientrettet
- Organisatorisk
- Økonomisk

Arbejdsgruppen skal udarbejde en samlet afrapportering, hvor disse perspektiver indgår. Der kan indgå internationale erfaringer i arbejdsgruppens vurdering af de forskellige delelementer i beslutningsgrundlaget.

Sammensætning og møder

Arbejdsgruppen har bestået af klinikkere og administrationsmedarbejdere, som har bidraget med at udarbejde de forskellige elementer i oplægget. Sundhedsstyrelsen har deltaget som observatør.

Arbejdsgruppen har afholdt et antal møder, og der har været løbende korrespondance om beslutningsoplægget.

Arbejdsgruppen har været sekretærbetjent af Danske Regioner ligesom formandskabet er varetaget af Danske Regioner

Deltagere

Thomas Larsen, MPA, Ledende overlæge, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

Kjeld M. Homburg, PhD, ledende overlæge, Klinisk Immunologisk Afdeling, Næstved Sygehus

Gitte Olesen, PhD, overlæge, Hæmatologisk afd, Århus Universitets Hospital

Mustapha Kassem, MD, PhD, DSc, Professor Endocrinology and Metabolism, OUH

Thomas Pihl, chefkonsulent, Region Hovedstaden

Morten Bagge Hansen, dr.med. klinikchef, Region Hovedstaden

Anja Klinge Søndergaard, Specialkonsulent, Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland

Solveig Hansen, AC-fuldmægtig, Sundhedsområdet, Planlægning og Udvikling, Region Syddanmark

Holger Schildt Knudsen, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Rikke Sandorff Nielsen-Man, AC-fuldmægtig, Sundhed – Plan og Kvalitet

Janet Samuel, kontorchef, Danske Regioner

Jane Brodthagen, juridisk konsulent, Danske Regioner

Tore Ryberg, Juridisk specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen (observatør)

Papirets opbygning/læsevejledning

Indledningsvis er et resumé af rapporten i kapitel 2.

I kapitel 3 beskrives stamcelletransplantation ud fra et teknologisk perspektiv. Kapitlet indledes med en begrebsafklaring. Herefter følger beskrivelse af patientgruppen, samt den nuværende anvendelse af stamcelletransplantation internationalt og i Danmark samt alternativer transplantationsmuligheder.

Kapitel 4 omhandler patientaspektet, hvor patientgruppen samt behandlingsforløb og behandlingsresultater beskrives.

Side 5

I kapitel 5 behandles organisationsaspektet med beskrivelse af mulige modeller for organisering af stamcellebank, og herunder hvordan man kan indsamle, opbevare og distribuere stamceller.

Kapitel 6 omhandler forhold, som gør sig gældende, såfremt der overvejes at lave en national offentlig stamcellebank i Danmark.

De økonomiske aspekter behandles i kapitel 7 – både for så vidt angår omkostningerne i dag for anvendelse af stamceller og et skøn over udgifter ved en eventuel etablering af en stamcellebank i Danmark.

Resumé

Danske Regioners Bestyrelse ønsker et fagligt og økonomisk beslutningsgrundlag til at vurdere, om der skal etableres en navlesnorsblodbank (NSBB).

Stamceller findes i knoglemarv, perifert blod (med knoglemarvstamceller) og i navlesnorsblod (NSB).

I Danmark udføres transplantationer med NSB på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital.

Allogene transplantationer (doner og patient er ikke identiske) anvendes til behandling af overvejende maligne (ondartede) blodsygdomme, som f.eks. akut leukæmi, og immunsygdomme. Det er en hård behandling for patienten, som er nødt til at få svækket eget immunforsvar og produktion af knoglemarv for at kunne modtage transplantationen med raske stamceller. Behandlingen anvendes derfor i tilfælde, hvor patienten ellers ikke vil overleve sygdommen.

Autolog transplantation (donor og patient er identiske) anvendes hovedsageligt til patienter med lymfekræft og myelomatose (knoglemarvskræft). I enkelte tilfælde til andre sygdomme for eksempel patienter med reumatologiske sygdomme. Den slags sygdomme optræder hyppigst i 50-60 års alderen.

NSB kan samles ved, at moder til barnet giver samtykke og donerer navlesnoeren til en navlesnorsblodbank. NSBB er i dag etableret internationalt som private eller offentlige banker. I Danmark findes i dag et privat tilbud. Det er etableret som et autolog tilbud, som det også ses i internationalt sammenhæng.

Anvendelsen af transplantationer med NSB er både i Danmark og internationalt stagneret eller med trend til at være nedadgående.

Det skyldes blandt andet, at der også er andre muligheder for at finde donor til at transplantere stamceller fra. Det ses for eksempel ved transplantationer med anvendelse af stamceller fra en haploidentisk donor, hvilket betyder, at det ene sæt af generne er identiske. Her kan donor for eksempel være barn eller forældre til patienten. En anden mulighed for at finde donor at transplantere fra, sker ved at man accepterer flere HLA (Humant leukocyt antigen) mismatch mellem donor og patient – det vil sige, at man accepterer at der er færre ens celler mellem donor og patient.

Etablering af en allogene NSBB i Danmark vil skulle indgå i specialeplanlægningen og godkendes som behandling på højt specialiseret niveau.

Argumenter for en etablering af en NSBB i offentlig dansk sundhedsvæsen vil være, at der vil kunne sikres en hurtigere og mere pålidelig levering af NSB. Desuden vil Danmark kunne bidrage til dansk forskning på området, og Danmark vil dermed kunne bidrage til den internationale forskning.

Omvendt kan der argumenteres imod etablering af offentlig NSBB, fordi der opleves et stagnerede – med en faldende trend – behov for NSB. Det nuværende behov NSB kan dækkes ved eksisterende ordninger (alternativer til NSB og ved køb i internationale NSBB'er).

Og endelig er der økonomiske ressourcer forbundet med at etablere en NSBB.

Beskrivelse af stamcelletransplantation – herunder anvendelse i Danmark og internationalt

Stamceller er umodne celler, der kan udvikle sig til de fleste af kroppens celler, og kan derfor potentielt bruges i flere slags behandlinger, hvor stamceller transplanteres til patienten.

I transplantations-sammenhæng skelnes mellem ”allogen” eller ”autolog” transplantation.

Allogen transplantation, er donation af celler (eller væv/organer) fra et rask individ til en syg patient. Det vil sige, når stamcellerne kommer fra en anden person end patienten selv.

Autolog transplantation er, når udtagning af celler (eller væv/organer) og indgift er fra samme individ. Det vil sige, når stamcellerne kommer fra patientens egne stamceller.

Stamceller kan udtages både fra *navlesnorsblod (NSB)* og fra *knoglemarv*. Knoglemarvs-stamceller kan også udtages fra *blodbanen*, når de ved en forudgående behandling er mobiliseret fra knoglemarven til blodbanen. Sidstnævnte er i dag den hyppigste måde at udtage stamceller på.

Knoglemarven producerer bloddannende stamceller livet igennem. Den mængde knoglemarvs-stamceller, som kan udtages enten via knoglemarven eller via blodbanen, er betydeligt større, end den mængde, som findes i navlesnorsblod.

Stamceller fra navlesnorsblod anvendes kun ved allogene stamcelletransplantationer. Ved de medfødte sygdomme er det netop patientens egne stamceller, der er syge, hvorfor autolog transplantation er ikke en mulighed i disse tilfælde.

En allogen stamcelletransplantation er en behandling, hvor der hyppigt kan tilståde komplikationer, der i sig selv er livstruende. Allogen stamcelletransplantation anvendes derfor til behandling af overvejende maligne (ondartede) blodsygdomme, som f.eks. akut leukæmi, og immunsygdomme, hvor man ellers ikke vil overleve pga. sygdommen.

Der anvendes kun allogen transplantation med NSB, når der ikke kan findes en søskende donor med samme nedarvede vævstype, hvorfra der kan udtages knoglemarvs-stamceller - eller en tilstrækkelig forligelig fremmed donor i donor-registrer indenfor en given tidsramme, da der er flere bivirkninger ved anvendelse af NSB.

Der findes sygdomme, hvor egne bloddannende stamceller indgår i behandlingen (autolog transplantation). Den slags sygdomme optræder hyppigst i 50-60 års alderen. Den behandling gives hovedsageligt til patienter med lymfekræft og myelomatose (knoglemarvskræft). I enkelte tilfælde til andre sygdomme f.eks. patienter med reumatologiske sygdomme. I disse tilfælde udtages stamcellerne fra patienten selv i behandlingsforløbet. Den behandling foregår på hæmatologiske afdelinger i Ålborg, Århus, Odense, Roskilde samt København.

Navlesnorsbanker (NSBB)

NSB kan opbevares i offentlige og private Navlesnorsblodbanker (NSBB).

Udtrykkene ”offentlig” versus ”privat” refererer til *brugen* af bankens nedfrosne portioner. I en offentlig NSBB er de til ”alles” brug (allogen). I en privat NSBB er de som udgangspunkt til ”eget” brug (autolog).

En offentlig, allogen NSBB vil i princippet fungere, som en almindelig blodbank med frivillige, ubetalte donorer. Efter informeret samtykke overdrager den vordende moder navlesnorsblodet til banken. NSB-portionen vil herefter blive tilmeldt til registret over den samlede beholdning af nedfrosne NSB-portioner, som de internationalt samarbejdende offentlige NSBB råder over.

Internationalt set er de private NSBB autologe (evt. familiededikerede) og tilbyder mod betaling at nedfryse og opbevare NSB til eventuelt senere brug for barnet selv eller søskende. Den indtil nu eksisterende private NSBB i Danmark er også autolog. Der er i Danmark nedfrosset ca. 5-6.000 enheder NSB. Der er på verdensplan brugt 10-20 enheder NSB fra privat NSBB, og ikke nogen i Danmark.

Perspektiver for udvidet brug af stamcelletransplantation

Anvendelse af stamcelletransplantation på verdensplan

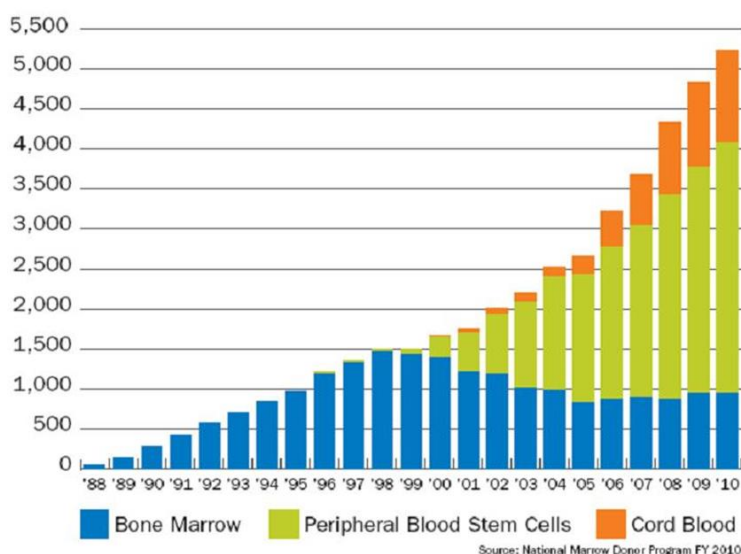
Der udføres på verdensplan ca. 25.000 allogene stamcelletransplantationer årligt.

Ser man på data fra ”European Society of Blood and Marrow transplantation” (EBMT) fremgår det, at fra 1988 og frem har antallet af transplantationer med navlesnorsblod hidtil været stigende. De seneste år er der en tendens til, at antallet nu er stagneret – eller med en faldende trend.

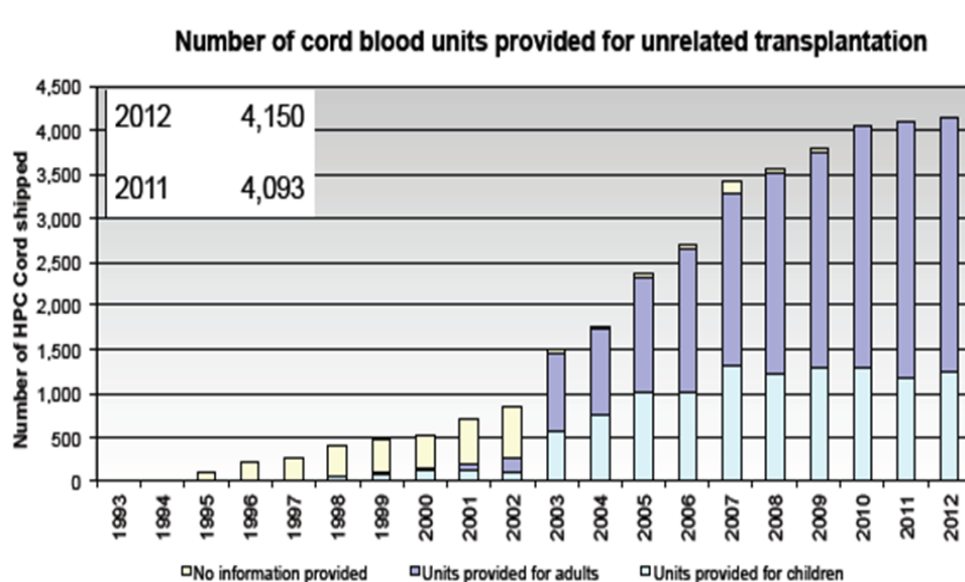
Data fra EBMT viser, at antallet af transplantationer med anvendelse af navlesnorsblod var 833 transplantationer i 2011, og at det var faldet lidt til 753 transplantationer i 2012. Det svarer til, at navlesnorsblod anvendes ved cirka 5 % af alle allogene transplantationer i Europa.

Tal fra Center for International Blood and Bonemarrow Research (CIBMTR) fra 2012, viser, at anvendelsen i USA er nogenlunde på samme niveau.

Nedenstående figur fra National Marrow Donor Program afspejler den internationale udvikling i anvendelse af de forskellige typer af bloddannende stamceller - enten knoglemarvsstamceller (udhentet fra knoglemarv (blå) eller perifert blod (grøn)) eller navlesnorsstamceller (orange).



Udviklingen i den specifikke anvendelse af navlesnorsstamceller til navnlig voksne patienter fremgår af nedenstående figur. Som det fremgår, bliver der årligt på verdensplan anvendt ca. 4.000 enheder og 70 % af dem anskaffes lokalt (fra egne nationale banker).



Det er præmaturligt at udtale sig om, hvor navlesnorsblod kan anvendes i klinikken til behandling af andre sygdomme end blodsygdomme - non-hæmatologiske sygdomme – også kaldet regenerativ medicin. Det er fortsat kun på forskningsniveau og primært kun i laboratorier. Regenerativ medicin går overordnet ud på at undersøge om celler fra navlesnorsblod kan ud-differentieres til celletyper, der kan erstatte mangler eller mildne symptomer hos patienter med en række sjældne sygdomme - strækkende sig fra for eksempel neurologiske sygdomme til diabetes.

Lige nu synes antallet af stamcelletransplantationer med navlesnorsblod i Europa og USA at være stagneret efter, at det en årrække har været stigende. Aktuelt er der megen interesse i transplantationskredse vedrørende anvendelse af *haploidentiske donorer* – det vil sige halv-match, hvor det ene sæt af alleler (generne) er identiske. Det kan for eksempel være, at donor er et barn eller en forældre til en patient, men om det er bedre end navlesnorsblod vides endnu ikke.

I det danske sundhedsvæsen vil man altid vælge det produkt med flest HLA (humant leukocyt antigen) forlig (det vil sige, at der er flest ens celler). Af

hensyn til behandlingsresultatet bliver der foretrukket de bedste navlesnors produkter til den pågældende patient uafhængigt af hvilken bank, det opbevares i.

Anvendelse af stamcelletransplantation i Danmark

Transplantation med stamceller fra navlesnorsblod (NSB) blev indtil 2010 i Danmark udelukkende udført på børn. I juni 2010 startede Transplantationsafsnittet på Hæmatologisk afdeling, Rigshospitalet, transplantation af voksne med NSB.

Årligt blev der i Danmark i 2010 og 2011 transplanteret ca. 120 patienter med blodsygdomme. Til ca. 10-15 % af disse var det ikke muligt at finde en egnet voksen donor pga. vævstypeuforlidelighed. Disse patienter modtog stamcellebehandling med NSB.

Allogene stamcelle transplantationer i DK år 2013 (fra knoglemarv og NSB)

	Type	Antal
Børn		
	Samlet ¹⁾	Ca. 15-20
Voksne		
	Myeloablativ ²⁾	35-40
	Mini (KBH) ³⁾	Ca. 45
	Mini (Aarhus) ³⁾	Ca. 40
	Alternativ donorer⁴⁾	Ca. 10

1) Inkl. navlesnorsblod transplantationer.

2) Forbehandling med højdosis kemoterapi og/eller strålebehandling

3) Forbehandling med en mindre dosis kemoterapi og eller stråleterapi – heraf navnet ”Mini”

4) Transplantation med andre donor typer end en vævstype identiske søskende eller vævstype forlidelig fremmed donor

Hvis en patient, der kan have gavn af en allogen stamcelle transplantation, ikke har en vævstypeidentisk søskendedonor, bliver der iværksat søgning efter en vævstypeforlidelig donor. Søgningen iværksættes altid på verdensplan.

I Danmark bliver der fundet en (eller flere) vævstypeforlidelige donorer til ca. 80 % af de patienter, hvortil der iværksættes søgning.

Kun hvis der ikke kan findes en fremmed donor med en forligelig vævstype overvejes alternativ transplantation. Her er navlesnorsblod én mulighed. Andre muligheder vil være anvendelse af en fremmed donor, hvor vævstypen ikke er helt forligelig, men der optræder såkaldt ”mismatch” eller en haploidentisk donor.

Allogene stamcelletransplantationer i Danmark fra NSB til børn udgør omkring et par stykker årligt.

Antallet af behandling af voksne i Danmark med stamceller fra NSB ser således ud:

2010:	10
2011:	11
2012:	9
2013:	3

Nedgangen i 2013, skyldes for store komplikationer til behandlingen med dødelig udgang. Behandlingen blev sat i bero for at undersøge årsager hertil. Behandlingen er nu genoptaget med ændringer i den forbehandling med kemoterapi og strålebehandling, som patienten modtager inden NSB stamcellerne gives. Det er for tidligt at udtale sig om det bedrer behandlingen.

I Danmark er det på nuværende tidspunkt alene Hæmatologisk afdeling på Rigshospitalet, som transplanterer med alternative donorer, og herfra er holdningen aktuelt fremadrettet fortsat at anvende NSB til børn. Det skønnes, at behovet fortsat udgør et par stykker om året.

Det er mere tvivlsomt ved behandling af voksne, hvor der overvejes at anvende andre stamcellekilder (se nedenstående afsnit om andre alternative transplantations typer), hvilket skyldes de behandlingskomplikationer, der er set i relation til NSB transplantationerne hos voksne.

Hidtil har det været muligt at finde anvendeligt navlesnorsblod til alle danske patienter, hvor der har været søgt til i udenlandske NSBB.

Fremadrettet i Danmark kan det forventes, at der vil være behov for at transplantere et par børn om året med NSB. På voksensiden er det lige nu tvivlsomt, om man vælger at fortsætte med at transplantere med NSB eller vælger en anden form. Men, stadig fremadrettet hos voksne vil der være ca.

10 patienter årligt som bør transplanteres, som ikke har en søskende eller vævstype forlignelig fremmed donor.

Side 13

Fordele og ulemper ved anvendelse af navlesnorsblod (NSB)

Fordele ved NSB:

1. En afgørende fordel ved anvendelse af stamceller fra NSB er, at vævstype-uforlig tolereres bedre end ved anvendelse af stamceller fra knoglemarv fra en voksen donor. Det er derfor oftest muligt at finde en egnet NSB til de patienter med transplantationsbehov, hvor der ikke kan findes egnet voksen donor - enten beslægtet eller ubeslægtet fra de internationale knoglemarvsdonorregistre. Mulighederne for at finde en egnet donor bliver derfor større, når der anvendes NSB.
2. En anden fordel ved anvendelse af NSB er den hurtigere tilgængelighed sammenlignet med knoglemarv- eller perifere stamceller fra en voksen ubeslægtet donor. Erfaringer fra transplantationscentre, som har udført transplantationer med NSB i en årrække, viser at patienter som får NSB, transplanteres omkring en måned hurtigere end patienter, som får knoglemarv eller perifere stamceller.
3. Der synes at være mindre kronisk graft versus host sygdom (GVHD) ved anvendelse af NSB. (GVHD er en tilstand, hvor en persons immunsystem angriber og ødelægger cellerne fra donor væv eller organer.)
4. Der er ingen helbredsmæssige risiko for donor, når der anvendes NSB.

Ulemper ved NSB:

I en portion NSB findes der færre stamceller, i forhold til en portion med stamceller høstet fra knoglemarv eller perifert blod fra søskende- eller fremmed donor – det skaber problemer, specielt hos voksne patienter:

- 1) Der er større risiko for afstødning.
- 2) Der forekommer senere anslag af knoglemarven – hvilket betyder, at det tager længere tid, før patienten kan producere røde- og hvide blodlegemer samt blodplader. En af ulemperne ved anvendelse af NSB er, at stamcellerne er længere tid om at genoprette knogle-

marvsvfunktionen sammenlignet med stamceller udtaget fra knoglemarv fra en donor. Blandt andet derfor vil en vævstypeidentisk søskende eller en vævstypeforligelig fremmed donor være at foretrække som donor, frem for navlesnorsblod fra en ubeslægtet donor.

Det betyder, at en eventuel dansk navlesnorsblodbank (NSBB) ikke vil fjerne behovet for søskende og fremmede donorer, og at stamcelletransplantation med NSB således er et vigtigt supplement til den eksisterende leukæmi behandling.

- 3) Der er risiko for flere infektionsproblematikker, fordi det tager længere tid for immunapparatet at blive gendannet.

Der er forskning i gang for at forsøge at løse ovenstående – for eksempel ekspansion af NSB stamcellerne in vitro (uden for organismen – i reagensglas) før infusion.

- 4) Og der er ingen muligheder for at give flere donor celler for eksempel i form af donor-lymfocytter i tilfælde af, hvis der skulle ske tilbagefald af den hæmatologiske sygdom. Hos nogle af de patienter, som får tilbagefald af deres ondartede blodsygdom efter en allogen stamcelletransplantation kan en del af behandlingen være at give flere donor-lymfocytter til patienten for at forstærke det, som kaldes ”graft versus leukæmi” effekten. Graft versus leukæmi er (populært sagt), når de raske donor-celler angriber de ondartede blodceller.

Andre alternative transplantations muligheder:

- 1) *Accept af flere HLA (Humant leukocyt antigen) mismatch mellem donor og patient.*

Lige nu er transplantations afsnittet, Hæmatologisk Klinik på Rigshospitalet med i en behandlingsprotokol, der undersøger anvendelse af mismatch donorer ved non-myeloablative transplantationer (også kaldet mini-transplantationer. Det beskrives i afsnittet om ”Patientaspektet”).

- 2) *Transplantationer med anvendelse af stamceller fra en haploidentisk donor.*

Der er lige nu fremgang og positive resultater ved anvendelse af behandlings protokoller, hvor der anvendes haploidentiske donorer. Hvilket også fremgår af de sidste rapporter fra European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT), hvor der anføres en stigning i meldte transplantationer med haploidentiske donorer.

Det har hidtil været afhængigt af transplantationscentret, hvilken form for transplantation man har anvendt, hvis ikke der forligger en vævstype-identisk søskende eller vævstypenærlig fremmed. Sammenligninger i overlevelse mellem anvendelse af NSB og haploidentiske donorer har været nogenlunde sammenlignelige, dog uden at være undersøgt direkte.

Lige nu er der en pågående behandlingsprotokol i USA i regi af Blood and Marrow Transplant Clinical Trials network, hvor patienter randomiseres til enten at blive transplanteret med navlesnorsblod eller med en haploidentisk donor. Herfra afventes resultater.

Patientaspektet

Beskrivelse af patientgruppen

Den første allogene stamcelletransplantation med navlesnorsblod blev udført i 1988 hos et barn, hvor navlesnorsblod stamcellerne kom fra en søskende. I 1993 fik et barn navlesnorsblod stamceller fra en fremmed donor, og i 1996 blev den første voksne transplanteret med navlesnorsblod.

En allogen stamcelle transplantation med en fremmed donor er en ”hård” behandling med en forholdsvis stor behandlingsrelateret dødelighed. Det betyder at patienter, som tilbydes én sådan behandling, sædvanligvis ikke har andre helbredelsesmuligheder. Overlevelsen, blandt de patienter som behandles er i gennemsnit ca. 50 % efter 2 år.

Andelen af overlevende er selvfølgelig varierende og afhængig af flere faktorer, herunder arten af den sygdom der behandles, co-morbiditet (andre sygdomme hos patienten), donor forhold osv. Dødsårsagerne er overvejende tilbagefald af sygdommen, infektioner og ”graft versus host sygdom”, hvor graft versus host sygdom er alloimmunitet – en komplikation – hvor donor stamcellerne går til angreb på patientens raske organer.

Behandlingsprincipperne er overordnet de samme uafhængigt af, hvilken donor stamcellekilde der anvendes. Der skelnes mellem en *myeloablative allogene* stamcelle transplantation og en *non-myeloablative* – også kaldet *mini-transplantation*. Sammensætningen af konditioneringsregimerne er dog forskellig afhængig af donor kilde – og generelt skal den være kraftigere og mere immunsupprimerende (pludselig standsning af afstødning) ved anvendelse af navlesnorsblod, da der her er tale om meget færre stamceller, og der er større risiko for afstødning.

Ved en *myeloablative transplantation* gives en forbehandling – også kaldet konditionering - med højdosis kemoterapi/stråler, som fjerner hele knoglemarvs- og immunsystemet hos patienten. Det er en behandling, som kun tåles af yngre patienter op til ca. 45 år og uden co-morbiditet.

Ved en *mini-transplantation* er konditioneringen mindre intensiv, og har primært til formål at svække immunsystemet hos patienten, således at de nye stamceller får bedre vækstbetingelser, og over tid kan ”skubbe” resten af patientens egen syge knoglemarv ud. Den behandling tåles også af ældre og yngre patienter med co-morbiditet. En mini transplantation tilbydes til patienter op til en fysiologisk alder på 70 år.

Oversigt over behandlingsforløb:

- 1) Visitationsudvalget på transplantationscenteret i København eller Århus modtager en henvisning på en mulig patient fra en behandlende hæmatologisk afdeling i Danmark.
- 2) Hvis patienten accepteres til en alloge stamcelle-transplantation indkaldes patienten og familie til en 1-2 timer lang samtale, hvor hele behandlingsforløb inkl. risiko gennemgås.
- 3) Dernæst indkaldes patienten til en forundersøgelse under indlæggelse på 3-5 døgn, hvor patienterne undersøges for, om de er ”raske” nok til at påbegynde behandlingen.
- 4) Når alt er gennemgået, og eventuelt optimeret, og patienten er vurderet acceptabelt til en transplantation, påbegyndes selve behandlingen. Først gives den valgte konditionering – varigheden heraf afhænger af konditioneringstypen, men er ca. 5-7 dage. Herefter indgives donor-stamcellerne ved infusion. I perioden indtil de nye stamceller begynder at gro, undersøges patienten dagligt. Det varer ca. 2-3 uger og enkelte gange længere. Hvis der er tale om en myeloablative konditionering er patienterne i denne periode isoleret på ”speciel” enestue med kimfiltreret luft og overtryk for at nedsætte risikoen for infektioner. Hvis der er tale om en non-myeloablative konditionering er isolationsstue ikke påkrævet og i nogle tilfælde vil patienterne kunne sove hjemme, hvis de bor forholdsvis tæt på den behandlende afdeling. Når de nye stamceller har taget over og giver ophav til tilstrækkelige nye modne blodceller i blodbanen kan pati-

enterne udskrives til ambulantly opfølgning, hvis de i øvrigt er friske nok uden komplikationer, der kræver behandling under indlæggelse.

Side 17

- 5) I starten følges patienten meget tæt ambulantly minimum en gang ugentligt - og ofte mere end det. Jo længere afstand fra transplantationen desto færre ambulante besøg, hvis ingen komplikationer. Da der er tale om en højt-specialiseret behandling varetages kontrollerne på transplantationscenterne i København og Århus. Hæmatologisk afdeling i Odense kan overtage kontrollen af patienter uden større komplikationer, og som er ca. 6 måneder efter transplantation. Mange må indlægges i efterforløbet på grund af komplikationer.

Hvad angår børn har navlesnorsblod været anvendt som stamcellekilde i mange år – også Danmark, hvor ca. 2 børn, overvejende med akut leukæmi, transplanteres årligt. Der er over årene lavet flere internationale opgørelser om, hvordan det går disse børn – resultaterne er generelt sammenlignelige med, hvordan det går de børn, som får stamceller (fra knoglemarv eller perifert blod) fra forligelige fremmede donorer, med en trend til lidt dårligere overlevelse, når det kommer fra NSB – men det afhænger af mængden af celler i navlesnorsportionen og graden af vævstype match.

Hos voksne blev navlesnorsblod taget i brug i Danmark fra sommer 2010, og frem til udgangen af 2013 er der på Rigshospitalet behandlet i alt 33 voksne patienter med en allogent stamcelle transplantation, hvor der er anvendt NSB er anvendt.

I 2014 ser det ud til at i alt 10 transplanteres med navlesnorsblod. Det har igen fortrinsvis været patienter med akut leukæmi, men der har også været patienter med forskellige typer kronisk leukæmi, myelodysplastisk syndrom og lymfekræft. De voksne patienter har været i alderen 21 til 67 år.

De yngre patienter er behandlet med en myeloablativ konditionering og de ældre med mini-transplantation – eller nærmere reduceret konditionering, som anvendes i flere transplantationscentre, når navlesnorsblod er donor-kilde.

For alle voksne patienter gælder, at de har fået 2 navlesnors portioner for at få et tilstrækkeligt antal celler.

I Danmark er der tale om få patienter, og de har forskellige diagnoser, så det er svært at lave statistik på de danske patienter, men blandt de patienter som er behandlet med den myeloablative konditionering har resultaterne været som forventet i sammenligning med internationale opgørelser. Der

har ikke været flere komplikationer, herunder dødsfald, end forventelig. Det tager generelt længere tid med hensyn til at få anslag af de nye celler, der med en længere indlæggelse og større risiko for infektioner i forhold til de patienter som får knoglemarvs stamceller eller stamceller høstet fra blodbanen.

Der har været én enkelt patient som ikke fik anslag af donor-cellerne og som så måtte transplanteres med to nye navlesnors portioner.

Hvad angår de patienter, som er behandlet med mini-transplantation, har der været flere problemer end forventelig, idet forholdsvis mange patienter har fået svære neurologiske/cerebrale symptomer som har ført til dødsfald. Årsagen til disse er ikke fastlagt. Det er ældre patienter, og diagnoserne mere heterogene, men der har været mistanke til at det kunne skyldes sammensætningen af konditioneringen. Derfor er der i 2014 ændret på denne, og hvordan det går patienterne herefter afventes.

Organisationsaspektet

Beskrivelse af modeller for organisering af en stamcellebank

Siden 2010 er der i Danmark opnået betydelig erfaring med udvælgelse og hjemtagelse af NSB til transplantation fra offentlige, internationale navlesnorsbanker. På baggrund heraf er følgende betragtninger relevante i relation til oprettelse af en offentlig navlesnorsbank (NSBB) i Danmark:

Geografi

Århus Universitetshospital og Rigshospitalet foretager de allogene transplantationer med bloddannende stamceller i Danmark. Rigshospitalet er det eneste sted, der transplanterer med NSB og køber navlesnorsblodet i udlandet til disse behandlinger.

En offentlig dansk NSBB kan i princippet ligge et hvilket som helst sted i Danmark.

Indsamling af NSB i forhold til svangreomsorgen

Ved indsamling af NSB i Danmark er der behov for, at moder til barnet giver samtykke. Moder skal derfor tilbydes informationsmateriale i god tid inden fødslen. Informationen skal oplyse, at der er tale om altruistiske motiver, hvor moder kan give samtykke til at donere NSB til den nationale navlesnorsbank. På tilsvarende vis som man i dag informerer for eksempel bloddonorere.

Der kan eventuelt også hentes inspiration fra Odense Børnekoorte. Kohorten bruges til forskning, og alle gravide i Odense Kommune får information og tilbud om at deltage.

Der skal også tages nogle ekstra blodprøver af moder på sygehus, og det skal ske så tæt på fødselstidspunktet som mulig.

Selve opsamlingen af NSB er en relativ simpel procedure, der pågår lige efter, at barn og moderkage er født. Rent praktisk malkes navlesnoren med håndkraft, så blod og stamceller kan opsamles. Det kræver blot en mindre oplæring af medarbejderne på fødegangen. Der er allerede nogle steder erfaring med denne procedure.

Der kan overvejes en model, hvor det er de store fødesteder, som omfattes af muligheden for at donere NSB, da det vil være tilstrækkelig til at dække behov for etablering og drift af en national NSBB.

Overvejelser i forhold til henholdsvis offentlig og privat NSBB

Som omtalt kan NSB i princippet opbevares i offentlige og private NSBB. En offentlig NSBB anvender NSB til allogene behandlinger – på tilsvarende vis, som man i Danmark ser det fra en almindelig blodbank. Bloddonation i Danmark sker ud fra altruistiske motiver, idet donor ikke forventer at få en modydelse for donationen.

Eftersom stamcellerne fra en offentlig, allogen NSBB skal bruges til en højt specialiseret behandling, hvor stamceller gives fra et individ til en ubeslægtet og kritisk syg patient kræves en helt anden opsætning end den, der gælder for autolog opsamling.

I lighed med transplantation af celler eller væv fra voksen allogen donor inkluderer dette blandt andet en klinisk sikkerhedsvurdering, follow-up af donor, skærpede krav til dokumentation og sporbarhed såvel som udvidet testning for smitterisiko, celletal/-funktion og vævstypebestemmelse. Derudover vil en akkreditering af NSBB øge markedsværdien af de enkelte portioner.

Opsætningen i en autolog NSBB udgør således en mindre del af det, der reelt kræves i det allogene NSBB-set up.

Laboratoriemæssigt kræves ekspertise i processering, nedfrysning og opbevaring af stamcelleprodukter. Landets blodbanker nedfryser årligt flere

hundreder stamcelleprodukter udtaget fra patienters blod. Disse produkter gives tilbage til patienten i forbindelse med anden behandling, herunder kemoterapi, og kvaliteten af disse stamcelleprodukter afspejles derfor ultimativt i, at knoglemarvsfunktionen gendannes i patienten.

For at håndtere humane væv og celler skal både offentlige og private tilbud i Danmark skulle opfylde betingelserne i ”Bekendtgørelse af lov om krav til kvalitet og sikkerhed ved håndtering af humane væv og celler” (vævsloven).

Endelig er håndtering af humane organer og væv reguleret i ”Konvention om menneskerettigheder og biomedicin” (Bio-etisk konvention). Konventionen er implementeret i dansk ret ved ”Bekendtgørelse af Europarådets konvention af 4. april 1997 om menneskerettigheder og biomedicin”, BKI nr. 65 af 11/12/2000. Det fremgår her, at man blandt andet ikke må indsamle væv med henblik på salg.

Der findes i dag et privat dansk tilbud, som mod betaling opbevarer NSB (StemCare). Stemcare oplyser, at den opbevarede navlesnorsblod kan anvendes til barnet selv eller eventuelt søskende.

Tilbuddet er ikke det samme som et offentligt tilbud om opbevaring af NSB, hvor motivet er altruistiske – doner forventer ikke at modtage en modydelse, - og privat opbevaret NSB kan heller ikke anvendes til de samme behandlinger jfr. kapitel 2.

Som vilkårene ser ud i dag vurderes det som ressourcekrævende, for et privat tilbud at kunne honorere de krav, der er til opbevaring af stamceller til behandlingstilbud om allogen stamcelletransplantation.

Specialeplanlægning

En dansk NSBB vil skulle indgå i specialeplanlægningen og vil skulle godkendes som en ny højt specialiseret funktion (i specialet klinisk immunologi), – hvis det skal kunne tilbyde stamcelleprodukter til højt specialiseret behandling og indgå, som et led i det offentligt finansierede sygehustilbud.

I den forbindelse er det ligegyldigt om NSBB'en etableres som rent offentligt, OPP eller rent privat

Anvendelsen af stamceller fremgår af ”Specialevejledning for intern medicin: hæmatologi” fra Sundhedsstyrelsen.

Overvejelser omkring en offentlig stamcellebank i Danmark

Side 21

Sikkerhed og tid – betydning for kvaliteten

Tid og sikkerhed er af afgørende betydning for et vellykket transplantationsforløb. Patienter risikerer at dø, hvis der går for lang tid, før man finder en egnet donor, eller hvis de valgte donor stamceller ikke fungerer som ventet, eller er blevet forbyttet eller ikke er testet korrekt. En af fordelene ved anvendelse af navlesnorsblod er, at enhederne er hurtigt tilgængelige.

Der er imidlertid stor forskel i responstider fra de enkelte NSBB'er i verden på anmodning om rapporter, supplerende vævstypebestemmelse med videre. Endvidere har der været forsinkende forhold relateret til transport. For eksempel har en enhed NSB været optøet ved ankomst til Rigshospitalet, hvilket medførte forsinkende rekvirering af ny enhed. Der har været alarm på temperaturlogger, der først kunne aflæses efter returnering til Californien fem dage senere, samt problemer med frigivelse i toldsystemet.

Navlesnorsenheder vælges primært ud fra vævstypeforlig og celleindhold, men i lyset af ovenstående forhold indgår nu i mange centres kriterier også NSBB'ens pålidelighed og hurtighed. I den udstrækning enheder fra en dansk allogen NSBB kan anvendes, vil ovennævnte kritiske faktorer selvsagt minimeres.

Behov for øget bidrag af anvendelige navlesnorsenheder

En betydelig del af de navlesnorsenheder, der er registreret i internationale NSBB'er indeholder ikke et tilstrækkeligt antal celler til at udgøre den ene af to navlesnorsenheder til voksne. Da visse transplantationscentre endog har øget deres krav til celleindhold for accept til transplantation, er der et behov for yderligere bidrag af cellerige navlesnorsenheder.

Omkring højst 30 % af de opsamlede NSB portioner vil indeholde tilstrækkeligt antal celler til at skulle nedfryses. Til en NSBB med 3.500 enheder skal der således i etableringsfasen opsamles ca. 12.000 NSB portioner. Med et fødselstal i Danmark på ca. 54.000 om året vil det uanset geografisk opsætning kun være et mindretal af fødsler, der ender med en NSB donation.

Det er i den sammenhæng vigtigt, at opsamlingsområdet 1) dækker det ønskede antal fødsler, 2) inkluderer et betydeligt bidrag af etniske minoriteter med de ønskede sjældne vævstyper og 3) sikrer god transportmæssig logistik.

Forskning

Side 22

Selv om der generelt er opnået gode resultater hos NSB-transplanterede patienter, er der behov for mere forskning og udvikling på området med henblik på flere og endnu bedre patientbehandlinger.

En dansk offentlig NSBB vil kunne bidrage til dansk forskning på området, og Danmark vil dermed kunne bidrage til den internationale forskning med de muligheder som det indebærer, hvilket vil være i overensstemmelse med den praksis Danmark i øvrigt ynder at bidrage til det internationale samarbejde omkring vævs- og organdonation.

Det skal her bemærkes, at et pilotprojekt på Rigshospitalet har vist, at gravide, for hvem det var relevant, var villige til at lade deres NSB indgå som biomateriale til forskning, hvis der ikke var celler nok til at blive sat i pilotprojektets "bank". Så der er en formodning om, at gravide i Danmark gerne vil donere NSB.

Økonomiaspektet

Beskrivelse af omkostninger i dag ved behandling med stamceller

Der indgår én til to portioner stamceller i en behandling, hvor en portion indkøbt i udlandet i gennemsnit koster 200.000 kr. Det svarer til en årlig udgift til køb af stamceller i udlandet ved 10 behandlinger på 4 mio. kr.

Vurdering af hvilke udgiftselementer, der vil indgå i etablering af en stamcellebank i Danmark

Ved etablering af en NSBB vil der være en indledende periode på omkring 4 år, hvor der indsamles NSB til bankens lager. Der vil være en relativ stor etableringsudgift fordelt over de første 4 år, og når først bankens lager er etableret, vil der være en relativ mindre driftsudgift efterfølgende.

Erfaringer fra udlandet tyder på, at en navlesnorsblodbank bør indeholde omkring 6.000 enheder for at øge rentabiliteten. Udgifterne til etablering af en navlesnorsblodbank med 6.000 høj kvalitetsportioner vil skønsmæssigt udgøre ca. 68 mio. kr. fordelt over en 4-års periode, men hvor udgiften til etablering og apparaturindkøb i det første år udgør en relativt mindre del af den samlede udgift.

Udgifterne til testning af de 6.000 indsamlede portioner NSB udgør næsten 27 mio. kr., og driftsudgifterne skønnes at være uændret ca. 2 mio. kr. årligt fremover.

Der har i pressen været nævnt forskellige beløb på etablering og drift af en offentlig NSBB. Det er i den forbindelse afgørende at få præciseret, hvad der er inkluderet i disse beløb. Det skal her bemærkes, at sammenlignet med privat nedfrosset navlesnorsblod, skal navlesnorsenheder, der nedfryses med henblik på anvendelse i en offentlig NSBB testes på flere parametre, netop fordi de skal indgives til ubeslægtede patienter.

Prisen for den samlede testning varierer mellem 2-5.000 kr. pr. nedfrosset enhed (afhængigt af detaljeringsgraden).

Links

Nyttige links:

www.worldmarrow.org/fileadmin/Committees/CBWG/PRES/20130406-CBWG-PRES.pdf

www.esh.org/wp-content/uploads/2013/11/UPDATING-THE-CORD-BLOOD-UNIT-INVENTORY-TO-MEET.pptx-Lecture-seule.pdf

<http://www.esh.org/wp-content/uploads/2013/11/Session-V-State-of-the-art.pptx-Lecture-seule.pdf>



05-01-2015

Sag nr. 11/1081

Dokumentnr. 187/15

HealthcareDenmarks opgaver og resultater siden 2012

Healthcare Denmarks opgave er at øge kendskabet til og markedsføre Danmarks styrker og kompetencer indenfor sundheds- og velfærdsløsninger på relevante – og prioriterede – udenlandske markeder. Det er bl.a. sket gennem besøgsprogrammer og presseture til Danmark målrettet udenlandske beslutningstagere, indkøbere og medier. Dertil kommer deltagelse i danske delegationsbesøg i udlandet, eksportfremstød, deltagelse på messer, konferencer, pressebearbejdning osv.

Opgaven er i vidt omfang lykkedes. Siden 2012 har HealthcareDenmark:

- arrangeret 43 udenlandske delegationsbesøg til Danmark – både fra prioriterede lande som Tyskland, Norge, Sverige, Storbritannien samt USA, men også Hong Kong, Kina, Singapore, Taiwan, Polen, Finland, Frankrig og Holland) Omtrent 400 personer har deltaget i disse besøg
- været partner i eller deltaget på 41 internationale messer/konferencer (afholdt i Danmark) om sundhedsteknologi, sundhedsIT, nye sygehuse mv.
- deltaget i 11 officielle danske eksportfremstød (i bl.a. USA, Kina, Canada, Mexico mv.). Dertil kommer deltagelse og oplæg på mere end 20 udenlandske fagkonferencer og messer (primært UK, USA og Tyskland)
- produceret kortfilmene *“The Case of Denmark”*, *“New Danish Hospitals”* samt *“Danish Hospital Solutions”*. Siden sensommeren 2014 har filmene haft over 17.000 visninger
- produceret magasinet *”HealthcareDenmark – innovating better life”*. Magasinet er blevet uddelt i 5.000 stk.
- stået bag, initieret, været nævnt eller citeret i over 300 internationale presseartikler

- etableret hjemmesiden www.healthcaredenmark.dk, hvor knap 100 danske virksomheder og organisationer har oprettet en profilvisning (af egne produkter, løsninger mv.)
- initieret 112 dialoger og leads mellem danske virksomheder og potentielle udenlandske partnere indenfor sundhedsområdet
- fået 1.300 følgere på sociale medier (på Twitter og LinkedIn)
- etableret et ”internationalt ambassadørkorps” bestående af 12 sundhedseksperter og opinionsdannere fra USA, Storbritannien og Tyskland. De 12 ambassadører skal udbrede kendskabet til dansk sundhedsekspertise indenfor bl.a. sundhedsIT, organisering, økonomistyring mv. Ambassadørerne modtager hverken løn eller honorar for deres indsats med at fortælle deres kolleger i deres hjemlande om, hvordan Danmark løser fremtidens sundhedsudfordringer. Til gengæld forpligter de sig til årligt at deltage i et ambassadørseminar om udviklingen i den danske sundhedssektor.

Naturstyrelsen
Haraldsgade 53
2100 København Ø

nst@nst.dk

DANSKE
REGIONER



06-01-2015

Sag nr. 14/172

Dokument nr. 446/15

Morten Sørensen

Tel. 35 29 81 83

E-mail: mso@regioner.dk

J.nr. NST-4600-00067

Høring af lov om ændring af lov om vandforsyning m.v. og lov om afgift af ledningsført vand

Danske Regionerne har den 28. november 2014 modtaget lovforslag omhandlerende lov om ændring af vandforsyningsloven og lov om afgift af ledningsført vand med høringsfrist den 07. januar 2015.

Forud for udarbejdelsen af nærværende lovforslag har der været nedsat et udvalg, der skulle drøfte behovet for en fortsættelse af grundvandskortlægningen efter 2015. Udvalgsarbejdet var et led i evalueringen af kommunalreformen. Danske Regioner har sammen med en række andre interessenter deltaget i udvalgsarbejdet. Naturstyrelsen har været formand og sekretær for udvalget, og Naturstyrelsen har udgivet en rapport om udvalgsarbejdet den 08. juli 2014.

Danske Regioner bemærker følgende med forbehold for politisk godkendelse.

Fortsættelse af kortlægningen

Udvalget har anbefalet, at grundvandskortlægningen vedligeholdes og fortsættes efter 2015. Imidlertid har udvalget ikke lagt op til, at det skulle være en midlertidig ordning, hvor finansieringen stopper i 2020, sådan som det fremgår af lovforslaget. Den model vil igen skabe usikkerhed og et tab af momentum i grundvandskortlægningen.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

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

Danske Regioner finder ikke, at dette er tilfredsstillende, fordi det ikke skaber sikkerhed for, at grundvandsbeskyttelsen fremadrettet bygger på et fagligt velfunderet vidensgrundlag. Spørgsmålet om en *midlertidig* fortsættelse af grundvandskortlægningen har ikke været et emne, der har været diskuteret i det nedsatte udvalg, og Danske Regioner kan ikke anbefale, at der udelukkende er tale om en midlertidig fortsættelse af kortlægningen.

Placering af opgaven

Danske Regioner finder det beklageligt, at Miljøministeriet ikke har benyttet sig af muligheden for, at lade regionerne overtage grundvandskortlægningen efter 2015, således som det er beskrevet i udvalgets afrapportering af 8. juli 2014. Herved afskærer ministeriet sig for en unik mulighed for at opnå en mere effektiv og samlet forvaltning af grundvandsressourcen sammen med jord- og råstofområdet, samt at man ikke får placeret opgaven hos en myndighed, der er bruger af kortlægningens resultater. Dette betyder bl.a.:

- at man ikke opnår forventelige rationaliseringsgevinster ved at kunne kombinere regionernes undersøgelser på jord- og råstofområdet med grundvandskortlægningen
- at man ikke udnytter de faglige kompetencer, der allerede findes hos regionerne
- at man ikke får forankret grundvandskortlægningen regionalt/lokalt ved at benytte de allerede eksisterende samarbejder mellem vandforsyninger, kommuner og regioner

Organisering af grundvandskortlægningen

Det fremgår af lovforslagets § 1 stk. 2, at Miljøministeren kan fastsætte regler om procedure for grundvandskortlægningen, herunder inddragelse af andre myndigheder og almene vandforsyningsanlæg. Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at ministeriets overvejelser i den anledning går på, at indføre regler om oplysningspligt for kommuner og almene vandforsyningsanlæg med henblik på at udveksle tekniske oplysninger.

I forbindelse med udvalgsarbejdet har væsentlige interessenter, bestående af KL, DANVA og Danske Regioner, anbefalet, at der til grundvandskortlægningen skal knyttes en national styregruppe, der skal sikre interessenterne indflydelse på udformningen af grundvandskortlægningen, og som vil give en mulighed for en koordinering af de forskellige aktørers medvirken. Lovforslagets § 1 stk.2, om at Miljøministeren kan fastsætte regler om procedurer for grundvandskortlægninger, imødekommer på ingen måde dette ønske fra de væsentligste interessenter, og Danske Regioner vil anbefale, at lov-

forslaget ændres, således at det specifikt fremgår, at der skal nedsættes en national styregruppe med inddragelse af de væsentligste interessenter som ønsket af KL, DANVA og Danske Regioner.

I bemærkninger til lovforslaget benyttes øverst på side 6 en forkert udlægning af begrebet styregruppe: Miljøministeriet har på intet tidspunkt nedsat styregrupper under arbejdet med grundvandskortlægningen. Der har alene været nedsat interessentfølgegrupper uden beslutningskompetence visse steder i landet. Sprogbrugen er således forkert og i denne sammenhæng direkte meningsforstyrrende.

Revision af kommunale indsatsplaner

Under udvalgsarbejdet har behovet for en periodevis revision af kommunernes indsatsplaner været drøftet. Danske Regioner er sammen med andre medlemmer af udvalget af den opfattelse, at de kommunale indsatsplaner i lighed med andre planer bør revideres med jævne mellemrum f.eks. hvert 4. eller 6. år, eller i øvrigt, når kommunen finder behov for dette. Herved sikres, at den grundvandsbeskyttende indsats er i overensstemmelse med den faktiske arealanvendelse, der eventuelt kan udgøre en grundvandsrisiko.

Danske Regioner skal beklage, at Miljøministeriet ikke har fundet det relevant at medtage en revision af de kommunale indsatsplaner i lovforslaget, og Danske Regioner vil anbefale, at lovforslaget ændres.

Vedligeholdelse af datagrundlag

Udvalget har anbefalet, at vidensgrundlaget fra grundvandskortlægningen efter 2015 fortsat vedligeholdes og stilles til rådighed via offentlige databaser eller Danmarks Miljøportal.

Danske Regioner har i lighed med andre interessenter, KL og DANVA, i udvalgsarbejdet peget på, at der var behov for en vedligeholdelse af det meget store datagrundlag, som er blevet skabt gennem den nuværende grundvandskortlægning. Vedligeholdelsen og offentliggørelsen af de indsamlede data skal ske for at sikre, at forvaltningen af den samlede grundvandsressource kan ske på et opdateret vidensgrundlag, og af hensyn til at alle myndigheder og private kan have et opdateret og samlet vidensgrundlag at træffe beslutninger ud fra.

Danske Regioner finder det beklageligt, at Miljøministeriet i udformningen af lovforslaget ikke har lyttet til kommunerne, DANVA og regionerne som var væsentlige medlemmer af udvalget. Således afspejler lovforslaget ikke

de synspunkter om vedligeholdelse af data, som de tre interessenter har været nødsaget til at få med i en mindretalsudtalelse i udvalgets afrapportering. Danske Regioner vil anbefale, at der i lovforslaget udstikkes rammer for, hvordan, hvilke data og datafortolkninger, der skal vedligeholdes.

EksPLICIT nævnes det i bemærkningerne til lovforslaget, at der af hensyn til regionernes prioritering af indsatsen efter jordforureningsloven, samt for at tilgodese kommunernes myndighedsopgaver efter vandforsyningsloven, er behov for, at den grundvandskortlæggende myndighed også inden for områder med særlige drikkevandsinteresser (OSD) afgrænser nye indvindingsoplande til almene vandforsyninger og vedligeholder et GIS-tema over disse indvindingsoplande f.eks. på Danmarks Miljøportal. Danske Regioner kan ikke genfinde denne hensigtserklæring i lovforslaget, og vil samtidigt påpege, at behovet for afgrænsning af indvindingsoplande og vedligeholdelse af et tema om disse, ikke kun gælder for nye indvindingsoplande inden for OSD, men også gælder for alle eksisterende indvindingsoplande inden for OSD.

Udveksling og sammenstilling af grundvandsdata

Udvalget har jf. kommissoriet set på mulighederne for en yderligere sammenstilling og udveksling af data på grundvandsområdet. I den forbindelse har udvalget peget på forskellige muligheder, som kan bidrage til synergieffekter ved sammenstilling og udveksling af data bl.a.

- Opdatering af geologiske og hydrologiske modeller
- En landsdækkende 3D geologisk model
- Opdatering af den nationale vandressourcemodel

Danske Regioner finder det uheldigt, at Miljøministeriet ikke i lovforslaget har medtaget nogle af disse muligheder. Der er i grundvandskortlægningen anvendt betydelige ressourcer på sammentolkning af data til geologiske og hydrologiske modeller. Samfundsøkonomisk vurderes det vigtigt, at den viden, der er opnået sikres og gøres anvendelig til fremtidig brug ved, at der etableres en procedure for opdatering af de geologiske og hydrologiske modeller, når der opnås ny viden, og ved at kortlægningsmodellerne indarbejdes i en landsdækkende 3 D geologisk model.

Økonomiske betragtninger

Danske Regioner skal bemærke, at der ikke med lovforslaget er nye penge til grundvandskortlægningen, men at det alene drejer sig om en omfordeling og udglatning af de midler, der i henhold til den nuværende lovgivning allerede er besluttet at opkræve, jf. lov om afgift af ledningsført vand.

Danske Regioner vil også påpege, at det umiddelbart ser ud til, at der er en uoverensstemmelse mellem de faktiske udgifter i perioden 2016 – 2020, og det faktiske provenu, som en ændret afgift i perioden vil indbringe, således at indtægterne samlet er ca. 37 mio. større end udgifterne.

Side 5

Sammenfatning

Sammenfattende vil Danske Regioner derfor stærkt opfordre Miljøministeriet til at ændre det skitserede lovforslag således, at regionerne fremover bliver den grundvandskortlæggende myndighed, og at ovennævnte bemærkninger til lovforslaget medtages.

Med venlig hilsen

Morten Sørensen
Enhedschef

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen
rzn@kfst.dk

DANSKE
REGIONER



09-01-2015

Sag nr. 14/360

Dokumentnr. 456/15

Marie Bodenhoff

Tel. 35298254

E-mail: mbo@regioner.dk

Danske Regioners hørings svar til ny dansk udbudslov

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har af mail den 5. december 2014 fremsendt høring af udbudslov og anmodet Danske Regioners bemærkninger. Danske Regioner bakker op om det samlede lovforslag og bemærker at der er nyskabelser i lovforslaget, der vil kræve tilpasning i forhold til nuværende praksis.

Danske Regioner har deltaget i udvalgets arbejde med udgangspunkt i regionernes mærkesager på udbudsområdet. Det har for Danske Regioner været afgørende at reducere unødvendigt bureaukrati, skabe klarhed og forenkling samt fleksibilitet i anvendelsen. Danske Regioner havde gerne set at man med lovforslaget var nået endnu længere i forhold til at mindske det unødvendige bureaukrati der er forbundet med offentlige udbud, men den endelige vurdering af lovens virkning på dette område kan først foretages, når den er fuldt implementeret.

Danske Regioner mener at §183, stk. 2 som fastsætter de situationer, hvor en ordregiver er forpligtet til at bringe en kontrakt til ophør, kan opfattes som en stramning af de hidtidige regler. Danske Regioner foreslår derfor at udvalget drøfter de præcise formuleringer og hvorvidt der er tale om en stramning eller blot en præcisering af gældende praksisregler.

Som følge af Danske Regioners deltagelse i udbudslovsudvalget er regionernes bidrag til konkrete bemærkninger og forslag fremsat løbende undervejs i udbudslovsudvalgets arbejde. Ud over ovennævnte indeholder dette hørings svar derfor ikke yderligere specifikke bemærkninger til lovens bestemmelser.

Danske Regioner bemærker særligt to centrale nyskabelser i lovforslaget.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

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

1) Adgangen til de fleksible procedurer

Det har været en central mærkesag for regionerne, at muligheden for at anvende de fleksible udbudsprocedurer ikke blev fortolket indskrænkende. Det vil sige udbud med forhandling og konkurrencepræget dialog samt den nye udbudsprocedure for innovationspartnerskaber. Udvalget har arbejdet på, at skabe klarhed over hvornår og hvordan procedureerne kan anvendes. Dette ønske er i høj grad imødekommet i lovforslaget. Danske Regioner hilser den udvidede adgang til procedureerne velkommen, da mulighederne for øget dialog og forhandling er til gavn for både ordregivere og virksomheder.

2) Forudgående offentliggørelse af evalueringsmetoder

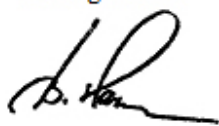
Lovforslaget indeholder en bestemmelse om, at ordregivere sammen med offentliggørelse af udbudsmaterialet skal fremlægge den metode der vil blive anvendt til at evaluere tilbuddene med. Dette er en skærpelse i forhold til nuværende praksis.

Danske Regioner vil nøje følge anvendelsen af bestemmelsen, herunder særligt i forhold til eventuelt negative konsekvenser for antallet af annullerede udbud.

Danske Regioner forudsætter i øvrigt, at der ikke som følge af loven kommer begrænsninger i den måde som private i dag benyttes på kerneydelserne på sundhedsområdet, som for eksempel inden for praksissektoren, herunder i forhold til hvilke områder, der er udbudspligtige. Såfremt der er uklarheder herom, skal Danske Regioner anbefale at disse afklares inden fremsættelse.

På grund af den korte tidsfrist tages der forbehold for efterfølgende behandling i Danske Regioners bestyrelse.

Venlig hilsen



Bent Hansen



Carl Holst

**Udvikling i sygefravær i regionerne
2012-2013**

BILAG

Bilag 1: Benchmarking af sygefravær i regionerne - baseret på data fra 2012

Bilag 2: 2012 Benchmarkrapport om sygefravær bilag 1-9

Bilag 3: Benchmarking af sygefravær i regionerne – baseret på data fra 2013

Bilag 4: 2013 Benchmarkrapport om sygefravær bilag 1-9

Sygefravær i regionerne 2012 og 2013

Der er nu data for det regionale sygefravær for både 2011, 2012 og 2013. En benchmarkrapport for hvert af årene er udarbejdet, og rapporten for 2012 findes som bilag til dette notat. Ligeledes er de bagvedliggende data til benchmarkrapporter for 2012 og 2013 også vedlagt som bilag.

I nedenstående tabeller er det valgt, at sammenligne regionernes ukorrigerede sygefravær målt i dagsværk for 2012 og 2013, i tabel 1 dog for hele perioden 2011-2013. Når sammenligningen er lavet på baggrund af dette og ikke det korrigerede sygefravær som i de to bagvedliggende rapporter (Bilag 1 og 3) skyldes det, at resultaterne af regressionsanalysen af metodemæssige grunde ikke er sammenlignelige mellem år, men alene mellem enhederne indenfor det enkelte år.

De vigtigste resultater i sammenligningen af sygefraværet i regionerne fra 2012 til 2013 er:

- Sygefraværet er samlet set for alle ansatte i regionerne faldet med -0,2 dagsværk, svarende til at regionerne har fået 89 ekstra årsværk til rådighed.
- Det korte sygefravær er steget i alle fem regioner, i alt med 0,12 dagsværk.
- Det lange sygefravær er faldet i samtlige regioner, i alt med -0,34 dagsværk.
- Sygefraværet er faldet på tre af de fire store områder (Somatiske hospitaler, psykiatri, socialområdet) men steget på området regionsgården. Mest markant har faldet været på socialområdet med et fald på -0,91 dagsværk.

Tabel 1 viser tal for alle ansatte i regionerne, herunder elever. Første, anden og tredje kolonne viser sygefraværstal i dagsværk for henholdsvis 2011, 2012 og 2013.

Tabel 1: Alle ansatte i regionerne, samlet sygefravær

Region	Dagsværk 2011	Dagsværk 2012	Dagsværk 2013	Ændring fra 2011 til 2012	Ændring fra 2012 til 2013	Ændring fra 2011 til 2013
I alt	11,62	11,02	10,81	-0,60	-0,21	-0,81
Hovedstaden	11,63	11,04	10,89	-0,59	-0,15	-0,74
Sjælland	12,82	12,29	11,98	-0,53	-0,31	-0,84
Syddanmark	11,64	10,78	10,36	-0,86	-0,42	-1,28
Midtjylland	11,32	10,75	10,58	-0,57	-0,17	-0,74
Nordjylland	10,80	10,53	10,49	-0,27	-0,04	-0,31

Det fremgår af tabel 1 ovenfor at sygefraværet generelt er faldet i alle regionerne med samlet set -0,21 dagsværk fra 2012 til 2013, hvilket svarer til, at regionerne har fået 89 ekstra årsværk til rådighed. Faldet har været størst i Region Syddanmark med -0,42 dagsværk, som også har oplevet det største fald i hele perioden fra 2011 til 2013 med hele -1,28 dagsværk.

Tabel 2 og 3 viser henholdsvis det korte og det lange sygefravær for alle ansatte i regionerne.

Tabel 2: Alle ansatte i regionerne, kort sygefravær

Region	Dagsværk 2011	Dagsværk 2012	Dagsværk 2013	Ændring fra 2011 til 2013	Ændring fra 2012 til 2013
I alt	7,25	6,78	6,90	-0,35	0,12
Hovedstaden	7,71	7,28	7,32	-0,39	0,04
Sjælland	7,91	7,56	7,59	-0,32	0,03
Syddanmark	7,16	6,44	6,48	-0,68	0,04
Midtjylland	6,58	6,27	6,48	-0,10	0,21
Nordjylland	6,76	6,19	6,52	-0,24	0,33

Tabel 3: Alle ansatte i regionerne, langt sygefravær

Region	Dagsværk 2011	Dagsværk 2012	Dagsværk 2013	Ændring fra 2011 til 2013	Ændring fra 2012 til 2013
I alt	4,37	4,24	3,90	-0,47	-0,34
Hovedstaden	3,92	3,76	3,57	-0,35	-0,19
Sjælland	4,91	4,73	4,38	-0,53	-0,35
Syddanmark	4,48	4,34	3,88	-0,60	-0,46
Midtjylland	4,74	4,48	4,10	-0,64	-0,38
Nordjylland	4,04	4,34	3,97	-0,07	-0,37

Det fremgår af tabel 2 og 3 at de to typer sygefravær – det korte og det lange - udviser modsatte tendenser. Der er samlet set sket en stigning i det korte sygefravær på 0,12 dagsværk, mens det lange sygefravær samlet er faldet med -0,34 dagsværk. Det korte sygefravær er dog faldet når vi betragter hele perioden fra 2011 til 2013 med -0,35 dagsværk samlet. Region Midtjylland og Region Nordjylland har oplevet de største stigninger i det korte sygefravær med henholdsvis 0,21 og 0,33 dagsværk fra 2012 til 2013.

Region Hovedstaden har oplevet det laveste fald i det lange sygefravær fra 2012 til 2013 med -0,19 dagsværk, men ligger stadig på det laveste niveau af de fem regioner. Udviklingen i det lange sygefravær i de resterende fire regioner er jævn med fald fra -0,35 til -0,46 dagsværk fra 2012 til 2013.

Tabel 4 viser en sammenligning af sygefraværet for somatiske hospitaler.

Tabel 4: Sygefravær for somatiske hospitaler 2012 og 2013

Region	Sygehus	Dagsværk 2012	Dagsværk 2013	Ændring fra 2012 til 2013
Alle	Alle sygehuse	10,31	10,21	-0,10
Nordjylland	Aalborg	9,73	9,83	0,10
	Himmerland	8,64	9,01	0,37
	Thy-Mors ¹	10,69	10,52	-0,17
	Vendsyssel	9,41	9,28	-0,13

¹ I tabel fra Rikke Ibsen 2012 anvendes "Sygehus Nord Nykøbing-Thisted"

Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	10,78	10,58	-0,20
	Hospitalsenheden Vest	8,96	9,77	0,81
	Hospitalsenheden Midt	9,43	9,35	-0,08
	Regionshospitalet Horsens og Brændstrup	9,16	9,52	0,36
	Regionshospitalet Randers og Grenaa	9,79	9,56	-0,23
Syddanmark	Odense Universitetshospital	10,54	10,07	-0,47
	Sydvestjysk sygehus Esbjerg	9,42	9,10	-0,32
	Sygehus Lillebælt	10,88	10,24	-0,64
	Sygehus Sønderjylland	9,90	9,97	0,07
Hovedstaden	Amager hospital	11,12	10,80	-0,32
	Bispebjerg hospital	10,66	10,85	0,19
	Bornholms hospital	8,87	11,13	2,26
	Gentofte hospital	9,24	9,12	-0,12
	Glostrup hospital	10,30	10,04	-0,26
	Herlev hospital	11,50	11,27	-0,23
	Hvidovre hospital	10,72	10,37	-0,35
	Nordsjællands hospital ²	12,11	12,54	0,43
Rigshospitalet	9,65	9,78	0,13	
Sjælland	Sygehus Nord ³	10,33	10,30	-0,03
	Sygehus Syd ⁴	11,21	10,90	-0,31

Tabel 4 viser, at for 15 ud af 24 hospitaler er der sket et fald i sygefraværet og samlet for alle sygehuse er sygefraværet faldet med -0,1 dagsværk. De ni sygehuse, der har haft en stigning i sygefraværet fra 2012 til 2013 ligger alle – undtagen Nordsjællands, Bornholms og Bispebjerg Hospitaler – stadig under gennemsnittet for sygefraværet for alle de somatiske hospitaler i 2013.

Udviklingen i sygefraværet varierer en del indenfor de enkelte regioner – fx i Region Midtjylland hvor Hospitalsenheden Vest er steget med 0,81 dagsværk samtidig med at Regionshospitalet Randers og Grenaa er faldet med -0,23 dagsværk. Enkelte hospitaler skiller sig ud i forhold til det generelle billede, fx Bornholms Hospital der skiller sig ud ved at sygefraværet her er steget med 2,26 dagsværk fra 2012 til 2013.

Tabel 5 viser det samlede sygefravær for alle områder inden for hver region. Første kolonne viser den samlede udvikling i sygefravær på de somatiske hospitaler fra 2012 til 2013, anden kolonne viser det

² Tidligere Hillerød, Frederikssund og Helsingør Hospital

³ Sygehus Nord dækker over Holbæk Sygehus, Roskilde Sygehus og Køge Sygehus

⁴ Sygehus Syd dækker over Næstved, Ringsted, Slagelse og Nykøbing F. Sygehus

samme for Psykiatrien, tredje kolonne det samme for Socialområdet og endelig viser sidste kolonne den samlede udvikling for Regionsgården.

Tabel 5: Sygefravær for alle områder – dagsværk – forskel 2012-2013

Region	Somatiske hospitaler	Psykiatri	Socialområdet	Regionsgården
I alt	-0,10	-0,59	-0,91	0,59
Hovedstaden	0,04	-0,66	-1,58	1,28
Sjælland	-0,35	-0,72	0,50	1,00
Syddanmark	-0,41	-0,19	-0,79	0,67
Midtjylland	0,03	-0,98	-0,98	-0,24
Nordjylland	0,05	0,67	-1,29	1,01

Af tabel 5 fremgår det, at der samlet er sket et fald i sygefraværet for områderne somatiske hospitaler, psykiatri og socialområdet, hvor socialområdet skiller sig ud med et fald på -0,91 dagsværk. Socialområdet er dog stadig det område med højest sygefravær af de fire, efterfulgt af psykiatrien og derefter de somatiske hospitaler. Regionsgården har som det eneste område oplevet en stigning i sygefraværet på 0,59 dagsværk, men ligger stadig på det laveste niveau af de fire områder.

For de somatiske hospitaler er det største fald sket i Region Syddanmark med -0,41 dagsværk, mens det for psykiatrien er Region Midtjylland, der har oplevet det største fald med -0,98 dagsværk. På socialområdet er det Region Hovedstaden og Region Nordjylland der har oplevet de største fald med henholdsvis -1,58 og -1,29 dagsværk, mens det for regionsgården kun er Region Midtjylland der har haft et fald i sygefraværet med -0,24 dagsværk.

Tabel 6 viser sygefraværet fordelt på de forskellige faggrupper i de enkelte regioner.

Tabel 6: Sygefravær målt i dagsværk for udvalgte grupper 2012 og 2013

Faggruppe	Region	dagsværk 2012	dagsværk 2013	Ændring fra 2012 til 2013
Alle faggrupper	Alle	11,94	11,84	-0,11
Sygeplejersker	Hovedstaden	11,84	12,08	0,24
	Sjælland	12,32	12,10	-0,22
	Syddanmark	11,47	11,15	-0,32
	Midtjylland	10,90	10,78	-0,12
	Nordjylland	11,13	11,31	0,18
Overlæger	Hovedstaden	5,08	4,98	-0,10
	Sjælland	9,71	8,37	-1,34
	Syddanmark	6,20	5,71	-0,49
	Midtjylland	5,50	5,70	0,20
	Nordjylland	5,06	6,90	1,83
Social og Sundhedsassistenter	Hovedstaden	17,78	16,20	-1,59
	Sjælland	15,72	15,46	-0,26
	Syddanmark	14,40	13,93	-0,46

	Midtjylland	17,08	15,25	-1,83
	Nordjylland	15,40	16,29	0,90
Jurister og Økonomer	Hovedstaden	5,88	6,42	0,54
	Sjælland	6,44	5,08	-1,36
	Syddanmark	4,42	4,26	-0,17
	Midtjylland	4,48	4,61	0,13
	Nordjylland	4,58	6,78	2,21
Socialpædagoger	Hovedstaden	16,03	15,96	-0,08
	Sjælland	19,45	21,66	2,22
	Syddanmark	17,55	17,31	-0,24
	Midtjylland	19,84	19,09	-0,75
	Nordjylland	14,88	15,87	0,99
Sygehusportører	Hovedstaden	13,38	16,70	3,32
	Sjælland	14,27	16,92	2,65
	Syddanmark	11,25	12,27	1,02
	Midtjylland	17,60	14,82	-2,79
	Nordjylland	9,38	9,38	0,00

Tabel 6 viser, at der samlet set er sket et fald i sygefraværet for de udvalgte faggrupper på -0,11 dagsværk. Det fremgår også af tabellen, at der er stor variation mellem faggrupper i mængden af sygefravær, fx er der sket en stigning i sygefravær for sygehusportører i samtlige regioner undtagen Midtjylland samtidig med at der er sket et fald i sygefraværet for social- og sundhedsassistenter i alle regionerne undtagen Nordjylland, hvor sygehusfraværet er steget med 0,90 dagsværk.

Benchmarkinganalyse af sygefravær i regionerne
Baseret på data fra 2013

Indhold

Resumé.....	3
Indledning	4
Formål	4
Sygefravær	4
Afgrænsning af områder	5
Regionsområdet	5
Somatik, psykiatri, social og regionsgården	6
Køn, alder og uddannelsesniveau	6
Uddannelsesniveau	6
Data	7
Metode.....	7
Beskrivende statistik for baggrundsvariable.....	8
Resultater	9
Alle ansatte i regionerne	9
Hvert enkelt hospital	10
Sygehuse på aggregeret niveau	12
Psykiatrien	13
Socialområdet.....	13
Regionsgården.....	14
Udvalgte faggrupper på regionsniveau	15

BILAG

Bilag 1: Institutionsinddeling

Bilag 2: Det korte sygefravær indekseret (dagsværk)

Bilag 3: Det lange sygefravær indekseret (dagsværk)

Bilag 4: Det samlede sygefravær indekseret (procent)

Bilag 5: Det korte sygefravær indekseret (procent)

Bilag 6: Det lange sygefravær indekseret (procent)

Bilag 7: Definitioner

Bilag 8: Beskrivende statistik for baggrundsvariable – regionsopdelt

Bilag 9: Sammensætning af arbejdsgruppe mv.

Resumé

Regionerne har i fællesskab gennemført en benchmarkinganalyse af sygefraværet i regionerne i 2013. Analysen omhandler sygefraværet for alle ansatte i hver region samt omfanget af sygefravær inden for somatiske hospitaler, psykiatrien, socialområdet, regionsgården samt for en række forskellige faggrupper.

Analysen er gennemført som en regressionsanalyse, hvor der er korrigeret for betydningen af køn, alder og uddannelsesniveau. Regressionsanalysens resultater viser, at når der korrigeres for betydningen af de tre variable ændres resultaterne ikke i særlig grad. Overordnet set viser resultaterne, dog at det særligt er korrektionen for køn og uddannelsesniveau, som har betydning for det samlede korrigerede sygefravær.

Der er således stadig forskelle i omfanget af sygefravær regionerne imellem og internt i regionerne, som ikke, med udgangspunkt i benchmarkanalysens resultater, kan tilskrives betydningen af personalesammensætningen, hvad angår køn, alder og uddannelsesniveau.

Indledning

Baggrunden for gennemførelse af benchmarkinganalysen er regionernes vedvarende fokus på at nedbringe sygefraværet. Arbejdet med en benchmarkingsrapport om sygefravær udspringer i økonomiaftalen om regionernes økonomi for 2013. En tilsvarende rapport blev i 2013 gennemført med data fra 2012 samt i 2012 med data fra 2011.

Formål

Formålet med nærværende benchmarkinganalyse af sygefravær i regionerne er at sikre et objektivi datagrundlag, der muliggør sammenligninger af sygefravær på tværs af regionerne. Benchmarkinganalysen viser således sammenlignelige sygefraværstal for de fem regioner – dels for hver region, dels inden for de forskellige områder i regionerne (somatik, psykiatri, det sociale område, regionsgården) og endelig på sygehusniveau.

Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) genererer årligt sammenlignelige sygefraværstal for de fem regioner, men tallene er bl.a. påvirket af forskellig køns-, alders- og uddannelsesfordeling i regionerne. Blandt andet derfor har det været ønsket at udarbejde en benchmarkinganalyse, hvor betydningen af disse variable er isoleret. Det medfører, at benchmarkinganalysen af sygefraværet i regionerne er gennemført som en regressionsanalyse, der kontrollerer sygefraværet for betydningen af variablene køn, alder og uddannelsesniveau.

Sygefravær

Benchmarkinganalysen er baseret på sygefraværstal fra KRL kombineret med oplysninger om køn, alder og uddannelsessammensætning. Der er taget udgangspunkt i KRL's definition af sygefravær, der udover egen sygdom omfatter arbejdsskade. Analysen er foretaget på baggrund af data for 2013, da dette er de nyest tilgængelige tal.

KRL baserer deres fraværstatistikker på fraværdata fra regionerne. Da opgørelsesmetoder, definitioner mv. er forskellig i regionerne, tilretter KRL data således, at fraværet opgøres ensartet. Det er nødvendigt for at kunne sammenligne fraværet på tværs af regionerne. På den anden side betyder det, at der kan være forskel på de tal for sygefraværet, som benchmarkinganalysen opererer med og de tal, som de enkelte regioner opererer med.

Rapporten afspejler at få langtidssyge relativt set trækker det gennemsnitlige sygefravær på en afdeling/hospital/region op. Samtidig vil det ofte være forskellige indsatser, der skal iværksættes, når henholdsvis kortvarigt og langvarigt sygefravær søges nedbragt. Derfor er der i fremstillingen

af sygefraværet i benchmarkinganalysen tal for både det samlede sygefravær, langt sygefravær og kort sygefravær, som er baseret på følgende opdeling:

- Det samlede sygefravær målt i dagsværk
- Det korte sygefravær målt i dagsværk (mindre eller lig med 28 dage)
- Det lange sygefravær målt i dagsværk (mere end 28 dage)

Benchmarkinganalysen tager udgangspunkt i sygefraværet i dagsværk. KRL beregner et fraværsdagsværk som antal fraværstimer divideret med 7,4. Denne benchmarkinganalyse følger KRL's opgørelse af dagsværk.

Afgrænsning af områder

Det er besluttet, at benchmarkinganalysen skal belyse sygefraværet i regionerne på et overordnet plan samt indenfor områderne somatik, psykiatri, social og regionsgården. På det overordnede plan sammenlignes sygefraværet blandt alle ansatte i hver af regionerne, mens sygefraværet på det somatiske område sammenlignes både for hver region samt for hvert enkelt sygehus. I forhold til det psykiatriske område, socialområdet og regionsgården sammenlignes sygefraværet i hver region. På delområderne indgår elever ikke i benchmarkinganalysen, mens alle ansatte indgår på regionsniveau.

Det er endvidere besluttet at tage udgangspunkt i KRL's institutionsafgrænsning i afgrænsningen af områderne i benchmarkinganalysen. Udfordringen i forbindelse med afgrænsningen har været at samle identiske institutioner i de fem regioner under én fælles betegnelse, så det er muligt at foretage sammenligninger. For at sikre sammenlignelighed har regionerne løbende været inddraget i afgrænsningsprocessen, og det er blandt andet blevet aftalt, at "store tals lov" gælder i forhold til afgrænsningen af områderne. Det betyder, at afgrænsningen kunne være forfinet, men at det er fravalgt til fordel for en simpel afgrænsning af områder og sygehuse. Den afgrænsning som der er opnået enighed om, i forhold til inddeling af institutioner i de enkelte regioner under hvert af områderne, fremgår af bilag 1.

Regionsområdet

Benchmarkinganalysens første del behandler sygefraværet blandt de ansatte i hver region. På regionsniveau analyseres alle regionens ansattes sygefravær under ét. Det betyder, at uanset om medarbejderen er ansat indenfor psykiatrien, sygehusområdet eller regionsadministrationen samles sygefraværet, så regionens samlede sygefravær fremstår.

Somatik, psykiatri, social og regionsgården

Benchmarkinganalysens anden del undersøger sygefraværet på følgende områder i regionerne:

- De somatiske sygehuse: De ansatte på de somatiske sygehuse står for en stor del af regionernes samlede sygefravær. I datamaterialet er hvert enkelt sygehus trukket frem, og derudover er alle sygehuse i hver region samlet under ét, hvorfor det er muligt at foretage sammenligninger for både hvert enkelt sygehus og for de somatiske sygehuse i hver region under ét.
- Psykiatrien: De psykiatriske institutioner i hver region er samlet i en kategori.
- Socialområdet: De sociale institutioner er ligeledes samlet i en kategori.
- Regionsgården: I de fem regioner er der forskellige betegnelser for enhederne: regionsgården, -huset, -administrationen. I nærværende rapport betegnes de regionsgården.
- Øvrige institutioner: Institutioner, som f.eks. apoteker og hospices, som ikke falder indenfor nogle af de øvrige områder, er samlet under en fælles betegnelse. Det gør det svært at lave sammenligninger, da afgrænsningerne er meget uens, hvorfor tabeller ikke er medtaget.

Køn, alder og uddannelsesniveau

For at tage højde for betydningen af centrale variable på sygefraværet og med det mål at muliggøre sammenligninger på tværs er benchmarkinganalysen gennemført som en regressionsanalyse, der korrigerer sygefraværet for betydningen af variablene: køn, alder og uddannelsesniveau. Disse objektive målbare variable er udvalgt, da det er forskningsmæssigt dokumenteret, at disse har betydning for omfanget af sygefravær.

Uddannelsesniveau

I benchmarkinganalysen korrigeres via en regressionsanalyse bl.a. for betydningen af variabelen uddannelsesniveau. Uddannelsesniveau defineres i analysen ud fra seks niveauer for uddannelse: Lang (1), mellem (2), kort/EDU (3), ufaglært (4), øvrige (5) og elever (0).

Det første uddannelsesniveau (1) har en længde på over fire år. Det andet uddannelsesniveau (2) har en længde af to til fire år. Det tredje uddannelsesniveau (3) har en længde af ½ til to år.

Elever - niveau 0 – indgår som nævnt ikke i regressionsanalyserne på de enkelte områder (tabel 2-6). Det gør de ikke, fordi elever er registreret forskelligt i regionerne, hvilket er et problem i forhold til sammenligninger af sygefraværet mellem regionerne på de forskellige områder og mellem sygehuse. Elever indgår derfor ikke i benchmarkinganalyse udover på regionsniveau.

Data

KRL's data indeholder oplysninger om både sygefravær, køn, alder og faggruppe samt arbejdspladsoplysninger. Kombinationen af disse oplysninger findes ikke hos f.eks. Danmarks Statistik, og det er kombinationen, som gør det muligt at anvende data til at udarbejde benchmarkinganalysen som en regressionsanalyse.

Den fulde population leveret fra KRL er inkluderet i regressionsanalysen (elever er dog, jf. ovenstående, ikke medtaget i tabel 2-6).

Uddannelse er opdelt på ufaglært, kort, mellemlang, lang, elever og andet.

I opdeling i arbejdssteder kan psykiatrien og socialområdet ikke adskilles i Region Midtjylland, hvorfor disse indgår i både psykiatrien og socialområdet.

Metode

Rikke Ibsen, fra i2minds, har gennemført regressionsanalysen. Der er anvendt en negativ binomial regressionsmodel til at estimere sygefraværet kontrolleret for køn, alder og uddannelse.

Sygefraværet, kontrolleret for køn, alder og uddannelse, er beregnet ud fra en såkaldt baseline, hvor der konkret er valgt at tage udgangspunkt i kvinder i aldersgruppen 35-44 år med en mellemlang uddannelse. Den valgte metode indebærer, at det beregnede sygefravær på alle områder er for kvinder, 35-44 år med mellemlang uddannelse, hvorfor der kan laves sammenligninger mellem eksempelvis regioner eller institutioner, da forskelle i køn, alder og uddannelse ikke påvirker sygefraværet.

Den valgte metode betyder desuden, at niveauet for det beregnede sygefravær ikke viser noget om niveauet for det faktiske sygefravær, idet niveauet af det beregnede sygefravær alene er et udtryk for omfanget af sygefravær for den valgte baseline. Var der i stedet taget udgangspunkt i en anden baseline (eksempelvis mænd, 45-55 år, med lang videregående uddannelse), ville niveauet af det beregnede sygefravær blive et andet.

På den baggrund er det metodemæssigt valgt at indeksere resultaterne og dermed indfanges betydningen af at have kontrolleret for køn, alder og uddannelsesniveau. På den måde er det nemmere at fokusere på den relative betydning af de tre variable hver for sig og tilsammen. Desuden er det også nemmere at fokusere på forskelle i sygefraværet mellem regionerne inden for de forskellige områder, herunder mellem sygehuse, i stedet for at fokusere på niveauet af sygefravær.

Indekseringen er foretaget med udgangspunkt i antallet af fraværsværk, og indekset tager afsæt i "alle ..." -rækken i hver tabel, hvilket betyder, at de indekserede tal kan sammenlignes inden for hver kolonne, men ikke på tværs af kolonnerne. De indekserede tal kan ligeledes ikke sammenlignes mellem områder.

Tabel 1 indeholder alle de observationer, som er inkluderet i regressionen. I de resterende tabeller er kun personer ansat indenfor det pågældende område inkluderet i regressionen. I tabel 2, som omfatter ansatte på hospitaler, som er fordelt på hospitaler, er hospitalsansatte, som ikke kan henføres til et hospital udeladt fra regressionen. I regressionen i tabel 3, som er hospitalsansatte fordelt på regioner, er alle hospitalsansatte inkluderet. I tabel 7, som omfatter udvalgte faggrupper, er uddannelse ikke medtaget i regressionen, da faggrupper og uddannelse er korreleret.

Beskrivende statistik for baggrundsvariable

I nedenstående tabel er populationens fordeling på køn, alder og uddannelse vist. I bilag 8 findes tabellen regionsopdelt.

		Antal årsværk	%-fordeling
I alt		116.747	100,0
Køn	Kvinder	92.701	79,4
	Mænd	24.046	20,6
Alder	Under 35 år	26.399	22,6
	35-44 år	31.387	26,9
	45-54 år	31.814	27,3
	55+ år	27.147	23,3
Uddannelse	Ufaglært	15.778	13,5
	Kort	21.835	18,7
	Mellemlang	52.508	45,0
	Lang	22.008	18,9
	Elev	3.895	3,3
	Andet	723	0,6

Resultater

Benchmarkinganalysen belyser det indekserede sygefraværet som ”dagsværk samlet”, ”dagsværk kort” og som ”dagsværk langt”.

I nærværende rapport indgår kun indeks for det samlede sygefravær i dagsværk, mens indeks for det korte og lange sygefravær i dagsværk samt betydningen af køn, alder og uddannelsesniveau i forhold hertil kan ses i bilag 2 og 3 i tabelform.

I bilag 4, 5 og 6 ses indeks for henholdsvis det samlede, det korte og det lange sygefravær i procent, samt betydningen af køn, alder og uddannelsesniveau i forhold hertil.

Alle ansatte i regionerne

Tabel 1 viser tal for alle ansatte i regionerne, herunder elever. Første kolonne viser de ukorrigerede sygefraværestal i dagsværk, mens anden kolonne viser samme tal indekseret med udgangspunkt i ”I alt”-rækken. De øvrige kolonner viser indeks for tal korrigeret for henholdsvis køn, alder, uddannelsesniveau samt for de tre variable samlet. Endelig vises antallet af årsværk i kolonnen yderst til højre. Denne opbygning går igen i tabellerne 1a - 8. Som nævnt kan der sammenlignes inden for kolonner, men ikke på tværs af kolonner. Generelt kommenteres der på det indeks, der relaterer sig til sygefravær korrigeret for køn, alder og uddannelse.

Tabel 1. Alle ansatte i regionerne, samlet sygefravær

Region	Ukorrigeret data	Ukorrigeret data, indekseret	Korrigeret for Køn	Korrigeret for Alder	Korrigeret for Uddannelsesniveau	Korrigeret for køn, alder og uddannelse	Antal årsværk
I alt	10,81	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	116.747
Hovedstaden	10,89	100,8	101,6	100,9	102,4	102,8	37.651
Sjælland	11,98	110,9	111,2	110,6	109,2	109,2	15.145
Syddanmark	10,36	95,8	95,3	95,9	96,2	95,9	24.211
Midtjylland	10,58	97,9	97,8	98,0	97,3	97,4	27.029
Nordjylland	10,49	97,1	96,3	97,1	96,1	95,8	12.711

* Elever indgår i det samlede antal årsværk i denne tabel.

Det fremgår af tabel 1 ovenfor, at forskellen mellem yderpunkterne i de fem regioners sygefravær kun mindskes lidt, fra indeks 110,9-95,8 til indeks 109,2-95,8 når der korrigeres for betydningen af

køn, alder og uddannelsesniveau. Dog er der stadig forskelle regionerne imellem, der altså ikke kan forklares ud fra ovennævnte variable.

Tabel 1a og 1b viser henholdsvis det korte og det lange sygefravær. Øvrige tabeller for det korte og det lange sygefravær kan ses i bilag 2 og 3.

Tabel 1a: Niveau 1 – alle regionens ansatte, kort sygefravær

Region	Ukorrigeret data	Ukorrigeret data, indekseret	Korrigeret for Køn	Korrigeret for Alder	Korrigeret for Uddannelsesniveau	Korrigeret for køn, alder og uddannelse	Antal årsværk
I alt	6,90	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	116.747
Hovedstaden	7,32	106,1	107,0	106,1	107,6	107,8	37.651
Sjælland	7,59	110,0	110,2	110,5	108,8	109,5	15.145
Syddanmark	6,48	93,9	93,5	93,9	94,0	93,9	24.211
Midtjylland	6,48	93,9	93,9	93,9	93,6	93,6	27.029
Nordjylland	6,52	94,4	93,7	94,5	93,8	93,6	12.711

Tabel 1a viser det korte sygefravær (mindre eller lig med 28 dage), opgjort som det gennemsnitlige antal sygedage per fuldtidsansat.

Tabel 1b: Niveau 1 – alle regionens ansatte, langt sygefravær

Region	Ukorrigeret data	Ukorrigeret data, indekseret	Korrigeret for Køn	Korrigeret for Alder	Korrigeret for Uddannelsesniveau	Korrigeret for køn, alder og uddannelse	Antal årsværk
I alt	3,90	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	116.747
Hovedstaden	3,57	91,4	92,1	91,7	92,7	94,0	37.651
Sjælland	4,38	112,3	113,2	109,9	109,6	108,6	15.145
Syddanmark	3,88	99,3	98,4	98,5	100,0	98,5	24.211
Midtjylland	4,10	105,0	104,6	107,0	104,2	105,4	27.029
Nordjylland	3,97	101,7	100,8	101,8	100,4	99,6	12.711

Tabel 1b viser det lange sygefravær (mere end 28 dage), opgjort som det gennemsnitlige antal sygedage per fuldtidsansat.

Hvert enkelt hospital

Tabel 2 viser sygefraværet for 26 somatiske hospitaler.

Tabel 2: Hvert enkelt hospital

Region	Sygehus	Ukorrigeret data	Ukorrigeret data, indekseret	Korrigeret for Køn	Korrigeret for Alder	Korrigeret for Uddannelsesniveau	Korrigeret for køn, alder og uddannelse	Antal årsværk
Alle	Alle sygehuse	10,21	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	83.667
Nordjylland	Aalborg	9,83	96,3	94,9	95,9	96,0	96,3	5.808
	Himmerland	9,01	88,3	87,7	87,5	85,4	85,3	577
	Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	10,52	103,0	103,2	101,8	97,8	99,0	766
	Vendsyssel	9,28	90,9	89,7	90,3	88,7	88,3	1.760
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	10,58	103,6	102,8	103,3	102,4	102,7	9.148
	Hospitalsenheden Vest	9,77	95,6	93,4	95,5	93,2	93,0	3.218
	Hospitalsenheden Midt	9,35	91,6	89,9	91,2	89,9	90,1	4.032
	Regionshospitalet Horsens og Brændstrup	9,52	93,3	91,3	93,1	91,5	91,2	1.444
	Regionshospitalet Randers og Grenaa	9,56	93,6	91,8	93,2	95,1	94,7	1.627
Syddanmark	Odense Universitetshospital	10,07	98,6	97,6	98,2	98,1	98,2	8.879
	Sydvestjysk sygehus Esbjerg	9,10	89,2	88,2	88,5	88,9	88,7	2.511
	Sygehus Lillebælt	10,24	100,3	99,0	100,0	102,5	102,1	4.402
	Sygehus Sønderjylland	9,97	97,7	97,9	97,0	97,0	97,8	2.589
Hovedstaden	Amager hospital	10,80	105,8	109,1	105,8	104,6	106,9	407
	Bispebjerg hospital	10,85	106,3	109,2	106,1	106,1	107,7	3.965
	Bornholms hospital	11,13	109,0	105,5	107,3	104,2	102,8	566
	Gentofte hospital	9,12	89,4	91,1	89,0	88,6	89,9	1.764
	Glostrup hospital	10,04	98,3	98,4	98,3	98,3	98,7	2.425
	Herlev hospital	11,27	110,4	110,8	110,3	110,8	111,3	4.266
	Hvidovre hospital	10,37	101,5	101,7	101,7	101,9	102,7	3.393
	Nordsjællands hospital	12,54	122,8	122,2	121,9	122,1	122,2	3.378
Rigshospitalet	9,78	95,8	96,9	95,9	98,6	99,7	7.731	
Sjælland	Holbæk Sygehus	10,57	103,6	101,5	103,1	104,4	104,7	1.447
	Nykøbing F. Sygehus	11,41	111,7	110,2	111,0	112,9	113,4	1.046
	Næstved Slagelse og Ringsted	10,44	102,3	99,6	101,7	106,0	105,5	3.230

Sygehus								
Roskilde og Køge Sygehuse	9,99	97,8	95,6	97,3	99,8	99,6	3.285	

Det ses at de fire store universitetshospitaler ligger nogenlunde jævnt med kun et spænd fra indeks 96,3 til 102,4. Den modsatte tendens gør sig dog gældende når en række mindre hospitaler med under 1.000 årsværk sammenlignes i det der her ses større forskelle i det korrigerede sygefravær fra indeks 85,3 til 106,9.

Der er forskelle mellem hospitalerne både internt i regioner og mellem regioner. Mellem regioner varierer sygefraværet eksempelvis således fra indeks 85,3 på Sygehus Himmerland til 122,2 på Nordsjællands Hospital.

Sygehuse i samme region udviser også forskelle i det korrigerede sygefravær. Eksempelvis er sammenligningen af to sygehuse i Region Hovedstaden, Gentofte hospital (1.764 årsværk, indeks 89,9) med Nordsjællands Hospital (3.378 årsværk, indeks 122,2) et udtryk for, at der kan være endog store variationer i omfanget af sygefravær inden for et begrænset geografisk område.

Sygehuse på aggregeret niveau

Tabel 3 viser det samlede sygefravær for alle somatiske sygehuse inden for hver region.

Tabel 3: Sygehuse på aggregeret niveau

Region	Ukorrigeret data	Ukorrigeret data, indekseret	Korrigeret for Køn	Korrigeret for Alder	Korrigeret for Uddannelsesniveau	Korrigeret for køn, alder og uddannelse	Antal årsværk
Alle sygehuse	10,21	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	83.667
Hovedstaden	10,59	103,7	104,6	103,5	104,3	105,2	27.895
Sjælland	10,41	102,0	99,7	101,4	104,2	104,2	9.008
Syddanmark	9,96	97,6	96,7	97,1	97,7	97,8	18.382
Midtjylland	10,03	98,2	96,8	97,9	96,9	97,0	19.470
Nordjylland	9,72	95,3	94,1	94,7	94,0	94,2	8.911

Bag de aggregerede tal, gemmer der sig forskelle i sammensætningen af sygefraværet.

Region Syddanmark og Midtjylland ligger begge under gennemsnittet i det korte sygefravær (hvh. indeks 95,3 og 94,1) og over gennemsnittet i det lange sygefravær (hvh. indeks 100,9 og 103,8).

Omvendt gælder det for Region Hovedstaden og Sjælland der med indeks 108,7 og 106,2 i det korte sygefravær ligger over gennemsnittet, mens begge regioner ligger under gennemsnittet når der ses på det lange sygefravær (hhv. indeks 98,8 og 99,7). Region Nordjylland skiller sig ud som den eneste region, der ligger under gennemsnittet for både det korte og det lange sygefravær (indeks 92,1 og 99,2).

Psykiatrien

I tabel 4 er sygefraværet fra hver enkelt regions institutioner tilknyttet psykiatrien samlet i ét mål.

Tabel 4: Psykiatrien

Region	Ukorrigeret data	Ukorrigeret data, indekseret	Korrigeret for Køn	Korrigeret for Alder	Korrigeret for Uddannelsesniveau	Korrigeret for køn, alder og uddannelse	Antal årsværk
Hele psykiatrien	12,89	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	14.693
Hovedstaden	12,81	99,4	99,3	100,0	100,4	101,1	4.875
Sjælland	13,86	107,6	106,9	107,6	108,4	108,9	1.616
Syddanmark	10,63	82,5	81,6	82,9	83,6	83,5	2.305
Midtjylland	13,57	105,3	106,3	106,0	103,6	105,1	4.805
Nordjylland	13,51	104,9	104,0	105,8	105,3	105,9	1.093

*Psykiatrien og Socialområdet i region Midtjylland, kan ikke adskilles

Psykiatrien som helhed, ligger målt i dagsværk over gennemsnittet for det samlede sygefravær i regionerne. Region Syddanmark skiller sig ud på dette område, med et korrigeret sygefravær, der er væsentligt lavere end i alle de øvrige regioner. Af bilag 3, tabel 4 ses det, at navnlig det lange sygefravær indenfor psykiatrien i Region Syddanmark, er markant lavere end i de øvrige regioner (tabel 4, indeks 80,8, korrigeret for køn, alder og uddannelsesniveau).

Socialområdet

Tabel 5 beskriver sygefraværet for alle regionernes sociale institutioner under et. Målt i dagsværk er området det område, i nærværende benchmark, med det højeste sygefravær.

Tabel 5: Socialområdet

Region	Ukorrigeret data	Ukorrigeret data, indekseret	Korrigeret for Køn	Korrigeret for Alder	Korrigeret for Uddannelsesniveau	Korrigeret for køn, alder og uddannelse	Antal årsværk
Hele socialområdet	14,22	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	9.950
Hovedstaden	13,77	96,8	98,7	97,3	94,9	96,0	1.266
Sjælland	19,30	135,8	140,1	135,9	133,2	135,9	1.030
Syddanmark	14,60	102,7	103,9	102,8	99,2	99,7	1.455
Midtjylland	13,58	95,5	96,9	95,8	97,9	98,8	4.803
Nordjylland	12,67	89,1	89,5	89,5	87,0	86,8	1.396

*Socialområdet og Psykiatrien i Region Midtjylland, kan ikke adskilles

Nordjylland ligger noget under gennemsnittet, når der korrigeres for køn, alder og uddannelsesniveau (indeks 86,8). Regionen ligger under gennemsnittet både for det korte og lange sygefravær (bilag 2 og 3, tabel 5, indeks 90,9 og 79,8). Region Hovedstaden ligger lavest på det lange sygefravær med indeks 79,4, mens de resterende regioner ligger jævnt omkring gennemsnittet.

Regionsgården

Tabel 6 viser sygefraværet for de enheder, der hører under regionsgården.

Tabel 6: Regionsgården

Region	Ukorrigeret data	Ukorrigeret data, indekseret	Korrigeret for Køn	Korrigeret for Alder	Korrigeret for Uddannelsesniveau	Korrigeret for køn, alder og uddannelse	Antal årsværk
Alle regionsgårde	7,12	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	4.595
Hovedstaden	7,46	104,9	89,9	97,9	111,0	108,5	877
Sjælland	8,62	121,1	106,4	112,9	115,6	114,6	610
Syddanmark	6,23	87,5	79,6	81,3	89,2	91,7	929
Midtjylland	6,35	89,2	80,3	82,4	90,2	91,2	1457
Nordjylland	8,12	114,1	103,1	107,0	110,9	112,9	722

Regionsgården er det område med det laveste sygefravær. Det ses af tabel 6 at Region Syddanmark og Midtjylland ligger lavest hvad angår sygefravær med hhv. indeks 91,7 og 91,2. Når man kigger på det korte og lange sygefravær ses det at Region Syddanmark oplever de største

svingninger med indeks 76,8 på det korte sygefravær og indeks 133,1 på det lange. Region Midtjylland ligger under gennemsnittet på begge typer med hhv. indeks 94,0 og 73,2.

Udvalgte faggrupper på regionsniveau

Tabel 7 viser 6 forskellige faggrupper. Sygefraværet er opgjort for alle ansatte inden for hver gruppe i regionen. Indekseringen tager udgangspunkt i det samlede gennemsnitlige sygefravær for alle 6 grupper. Uddannelsesniveau er ikke medtaget i regressionen, da uddannelsesniveau og faggruppe er korreleret.

Tabel 7: 6 udvalgte faggrupper på regionsniveau

Faggruppe	Region	Ukorrigeret data	Ukorrigeret data, indekseret	Korrigeret for Køn	Korrigeret for Alder	Korrigeret for Uddannelsesniveau	Korrigeret for køn og alder	Antal årsværk
Alle faggrupper	Alle	11,84	100,0	100,0	100,0		100,0	52.025
Sygeplejersker	Hovedstaden	12,08	102,0	98,7	100,0		98,7	10.383
	Sjælland	12,10	102,2	103,6	104,8		103,0	3.911
	Syddanmark	11,15	94,2	90,2	91,6		89,9	7.166
	Midtjylland	10,78	91,1	90,8	92,1		90,5	8.019
	Nordjylland	11,31	95,6	93,6	95,1		93,3	3.672
Overlæger	Hovedstaden	4,98	42,1	54,7	48,9		53,0	1.917
	Sjælland	8,37	70,7	57,4	51,3		55,3	574
	Syddanmark	5,71	48,3	50,0	44,9		48,3	956
	Midtjylland	5,70	48,1	50,3	45,1		48,6	1.047
	Nordjylland	6,90	58,3	51,9	46,6		50,1	377
Social og Sundhedsassistenter	Hovedstaden	16,20	136,8	132,9	131,5		130,6	2.000
	Sjælland	15,46	130,6	139,5	137,9		136,3	1.200
	Syddanmark	13,93	117,7	121,5	120,5		118,9	1.472
	Midtjylland	15,25	128,9	122,2	121,1		119,8	1.447
	Nordjylland	16,29	137,7	126,0	125,1		123,5	909
Jurister og Økonomer	Hovedstaden	6,42	54,3	48,3	46,2		48,5	418
	Sjælland	5,08	42,9	50,7	48,5		50,6	182
	Syddanmark	4,26	36,0	44,1	42,4		44,1	321
	Midtjylland	4,61	38,9	44,4	42,6		44,5	442

	Nordjylland	6,78	57,3	45,8	44,0		45,8	151
Socialpæda- goger	Hovedstaden	15,96	134,8	163,3	157,5		162,7	539
	Sjælland	21,66	183,0	171,4	165,1		169,8	540
	Syddanmark	17,31	146,2	149,2	144,3		148,1	618
	Midtjylland	19,09	161,3	150,2	145,0		149,2	890
	Nordjylland	15,87	134,1	154,8	149,8		153,8	441
Sygehus- portører	Hovedstaden	16,70	141,1	144,6	123,5		143,8	1.055
	Sjælland	16,92	143,0	151,8	129,5		150,1	283
	Syddanmark	12,27	103,7	132,1	113,2		131,0	520
	Midtjylland	14,82	125,2	133,0	113,8		131,9	235
	Nordjylland	9,38	79,2	137,1	117,5		135,9	342

Tabel 7 underbygger overordnet set den forskningsmæssigt identificerede sammenhæng mellem uddannelseslængde og sygefravær – jo længere uddannelse, jo kortere sygefravær.

Dog har socialpædagogerne på tværs af regionerne et meget højt fravær, der ligger over både portørernes og social- og sundhedsassistenterne. Ses der nærmere på gruppen af socialpædagoger ses det i bilagene 2 og 3 tabel 7 at det i særlig grad er det lange sygefravær med indeks mellem 202,5 og 226,3 der trækker socialpædagogernes fravær op.

Socialpædagogerne ligger også højt ift. det korte sygefravær (bilag 2, tabel 7), om end gruppen ligger stort set på niveau med social og sundhedsassistenterne. Sammenlignes der på tværs af regioner ift. socialpædagogers korrigerede sygefravær er der forskelle regionerne imellem varierende fra indeks 148,1 til 169,8.

Også inden for de øvrige faggrupper er der, efter at der er korrigeret for betydningen af køn og alder, stadig forskelle regionerne imellem.