

IT- OG AFBUREAUKRATISERINGSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

27-09-2016 19:00

MØDESTED

Mødelokale H4, Regionsgården, Kongens Vænge 4, Hillerød

MEDLEMMER

Pia Illum	Afbud
Özkan Kocak	Deltog
Karsten Skawbo-Jensen	Deltog
Lise Müller	Deltog
Randi Mondorf	Deltog
Marianne Frederik	Deltog
Vagn Majland	Deltog
Erik Lund	Deltog
Erik Sejersten	Deltog

INDHOLDSLISTE

1. Drøftelsessag: Drøftelse af inklusion af borgere i forhold til digital kommunikation
2. Orienteringssag: Orientering om finansiering, initiativer og governancestruktur for den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020
3. Beslutningssag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte
4. Drøftelsessag: Høring i stående udvalg om årlig opdatering af kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer
5. Eventuelt

1. DRØFTELSESSAG: DRØFTELSE AF INKLUSION AF BORGERE I FORHOLD TIL DIGITAL KOMMUNIKATION

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Ved IT- og Afbureaukratiseringsudvalgets møde den 31. maj 2016 påpegede udvalget vigtigheden af inklusion af regionens borgere i forhold til, at kommunikation i højere grad sker digitalt.

Udvalget ønskede en fremtidig drøftelse af de forskellige muligheder for at informere regionens borgere digitalt.

Udvalget forventes på baggrund af sagsfremstillingen og præsentationen at drøfte regionens fremtidige muligheder for inklusion af regionens borgere i forhold til digital kommunikation.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til IT- og Afbureaukratiseringsudvalget:

- 1. at drøfte regionens fremtidige muligheder for inklusion af regionens borgere i forhold til digital kommunikation.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Drøftet.

På baggrund af drøftelsen ønskede udvalget yderligere information om:

1. Om regionen har en samlet plan for håndtering af hhv. digitale og analoge henvisninger?
2. Hvilke muligheder der er for hjælp for regionens borgere, som bruger digitale løsninger? Regionens arbejde på området ønskes dertil belyst.
3. Kan Min Sundhedsplatform, som patientportal, have uhensigtsmæssigheder som skaber uligheder ift. borgere, som ikke er vant til at kommunikere digitalt?
4. Er der en særlig funktion for ordblinde i Sundhedsplatformen?

SAGSFREMSTILLING

Oplæg om Digital kommunikation ved Digitaliseringsstyrelsen

På mødet vil Louise Palludan Kampmann, som er kontorchef i digitaliseringsstyrelsens kontor for styring af den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020, holde et oplæg som vil komme ind på:

- 1. Reglerne for digital kommunikation
- 1. Hvilke udfordringer der har vist sig ift. forskellige modtagergrupper
- 1. Hvordan man forsøger at håndtere de udfordringer der er ift. øget kommunikation ml. borgere og det offentlige

Status på regionens arbejde med digital kommunikation til borgerne

Region Hovedstadens indsats omkring digital kommunikation med borgerne er fastlagt i regi af det fællesregionale sundheds-it-samarbejde, hvori der pågår en række tiltag for at højne anvendelsen af digital kommunikation med patienter:

- 1. Regionerne går aktivt ind i det nationale samarbejde om fremme af digital kommunikation mellem myndigheder og borgere, som er aftalt i regi af den nye fællesoffentlige digitaliseringsstrategi. Emner som fællesoffentlige værktøjer til fortsat at levere sikker digital kommunikation med patienter og herunder adgang til patienten via nye digitale medier er under bevågenhed i Regionernes Sundheds-IT-organisation under Danske Regioner.

- 1 Der er igangsat en analyse af regionernes anvendelse af NemSMS i forbindelse med indkaldelser til ambulante besøg. Det er tidligere blevet påvist, at fremsendelse af påmindelses-sms'er til patienter har en gavnlig effekt ift. fremmødeprocenten. Danske Regioner vil på baggrund af anvendelsesanalysen vurdere om der skal igangsættes landsdækkende initiativer til at fremme borgernes tilmelding til sms-påmindelser.
- 1 Regionerne har, i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen, en fælles overvågning af opnåelse af det fællesoffentlige mål om at 80 % af al kommunikation med borgere og virksomheder skal foregå digitalt. Regionernes mål for opnåelse er baseret på måling af anvendelsen af digitale indkaldelser til ambulante besøg på regionens hospitaler.
- 1 Region Hovedstadens anvendelse af digitale indkaldelser ligger ved den seneste måling på 54 % (maj 2016) af det samlede antal indkaldelser. Årsagerne til den hidtil relativt lave opnåelse i regionen er primært, at der er stor fokus på at hospitalerne er absolut sikre på at den enkelte patient modtager den fremsendte indkaldelse. En del ældre borgere er blevet fritaget for at modtage digital post fra offentlige myndigheder. Endelig skal alle indkaldelser til børn under 18 år sendes pr. brev. Med andre ord fylder den traditionelle, papirindkaldelse stadig meget i korrespondancen mellem hospital og patient.
- 1 Overnævnte årsager til den fortsatte papirbåren kommunikation med patienter er dog ikke de eneste. Der er stadig mange hospitalsafdelinger, som ikke har digitaliseret alle sagsgeft. patientadministration og dermed digitalisering af korrespondancen med patienter. Dette er der fokus på fra både hospitalsledelserne og regionens administration.
- 1 Fokus er dog hovedsageligt rettet mod den fremtidige anvendelse af Sundhedsplatformens digitale kommunikationsmuligheder gennem funktionaliteten "Min Sundhedsplatform", som vil være tilgængelig for patienter, som har været i behandling på et hospital, som har implementeret Sundhedsplatformen. Med Min Sundhedsplatform får borgerne mulighed for at kommunikere på en enkel og sikker måde med de sundhedsfaglige på hospitalet. Her vil de kunne sende beskeder til de ambulatorier, hvor borgeren har en aftale, i udvalgte områder selv booke tider og være med til at dokumentere igennem elektroniske spørgeskemaer.
- 1 Administrationen inddrager dertil ligeledes løbende borgernes erfaring ved brug af regionens hjemmesider gennem både kvantitative såvel som kvalitative undersøgelser og derudover arbejdes der for, at alle regionens websider for hospitalsafdelinger og lignende har adgang til sikker digital kommunikation, når der kommunikeres om personfølsomme data.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere konsekvenser end det i sagen henviste.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Jens Gordon Clausen / Pia Kopke

JOURNALNUMMER

14002072

2. ORIENTERINGSSAG: ORIENTERING OM FINANSIERING, INITIATIVER OG GOVERNANCESTRUKTUR FOR DEN FÆLLESOFFENTLIGE DIGITALISERINGSSTRATEGI 2016-2020

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

IT- og Afbureaukratiseringsudvalget blev ved mødet den 31. maj 2016 orienteret om vedtagelsen af den nye fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020. Af sagens videre proces fremgik det, at udvalget vil blive fremlagt en sag når strategiens endelige finansiering er på plads.

Udvalgets foreligges orienteringen, herunder de 10 udvalgte initiativer med særlig relevans for regionen, som en del af udvalgets politikkontrollerende funktion.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

- **at** udvalget tager orienteringen om finansiering, initiativer og governancestruktur for den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020 til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Taget til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Denne sag vil belyse finansieringen samt orientere om de initiativer og governancestruktur som det vurderes har størst betydning for regionerne med hensyn til digitalisering og sundheds-IT.

Finansiering

I Økonomiaftalen for 2017 mellem regeringen og Danske Regioner, blev det aftalt at regionerne finansierer i alt 74,4 mio. kr. i perioden 2016-2027 til dækning af regionernes andel af strategien. Heraf finansierer Region Hovedstaden de 24 mio. kr. i perioden. Finansieringen skal dække omkostninger til samlet set 31 initiativer, som regionerne er en del af.

Det bemærkes i den forbindelse, at finansieringen af strategien i stor udstrækning er afsat til analyser og til afklaring af initiativernes form og omfang. I takt med, at initiativerne bliver konkretiseret bliver de nærmere rammer for økonomien afklaret, herunder eventuelt afledte omkostninger til at implementere initiativerne i regionerne. Eventuelle yderligere drøftelser af den økonomiske ramme for den samlede strategi vil ske som led i de årlige økonomiforhandlinger mellem regeringen og regionerne.

Initiativer

I tabel 1 præsenteres de 10 initiativer, som vurderes at have størst betydning for regionerne. Samtlige initiativer fremgår af vedlagte bilag 1.

Tabel 1. Initiativer med særlig regional relevans på digitaliserings- og sundheds it-området

1.5 Alle meddelelser fra det offentlige er digitale

På baggrund af analyser skal der træffes beslutning om, hvordan myndigheder forpligtes på målsætningen om at sende alle meddelelser digitalt, herunder hvilke myndigheder, kanaler og områder, der er omfattet samt undtagelser. Endvidere skal udveksling af meddelelser mellem myndigheder effektiviseres gennem bl.a. mere bevidste kanalvalg.

2.1 Klare juridiske rammer for effektiv digital forvaltning

Der skal nedsættes et stående udvalg, som indsamler, screener og prioriterer tværgående juridiske udfordringer ved digitalisering, der løbende identificeres ved analysearbejdet under strategiens øvrige initiativer og hos de offentlige myndigheder.

3.1 Sammenhængende velfærdsforløb for borgere

1. Analyser af tre udvalgte velfærdsforløb, herunder bl.a. tværsektorielle koordinerende indsatser for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug.
2. Pilotafprøvninger af en fælles tilgang til smidig og ensartet datadeling på tværs af velfærdsområderne, herunder komplekse tværgående patientforløb.

3.3 Udbredelse af digitale velfærds løsninger

Initiativet skal levere analyser til kvalificering af beslutningsgrundlag for udbredelse af digitale velfærds løsninger. Ambitionen er, at otte digitale velfærds løsninger er analyserede, og at der er truffet en forpligtende beslutning inden 2020 om landsdækkende udbredelse af ca. fire løsninger.

4.3 Cloud computing i den offentlige sektor

Initiativet skal klargøre det juridiske grundlag for en yderligere brug af cloud computing i det offentlige.

7.1 Styr på informationssikkerhed i alle myndigheder

Initiativet består af følgende indsatser:

1. Alle myndigheder skal følge principperne i informationssikkerhedsstandard ISO27001.
2. Alle offentlige myndigheder arbejder efter konkrete sikkerhedstiltag for at imødegå trusler om hacking.
3. Alle offentlige myndigheder skal indberette større cybersikkerhedshændelser.
4. Alle offentlige myndigheder stiller relevante sikkerhedsmæssige krav ved udbud og indgåelse af it-kontrakter.
5. Digitaliseringsstyrelsen udarbejder i samarbejde med Justitsministeriet og Datatilsynet en vejledning i, hvordan offentlige myndigheder kan indarbejde krav, der ventes at følge af den kommende databeskyttelsesforordning.

7.2 Fælles standarder for fælles udveksling af information

1. Opdatering af infrastrukturen med henblik på at kunne teste sikkerhedsstandarderne i bl.a. elektroniske patientjournaler, omsorgsjournaler mv.
2. Afprøvning den fællesoffentlige standard for udveksling af information på sundhedsområdet.
3. På baggrund af testene estimeres de fremadrettede omkostninger ved ibrugtagning af de nye sikkerhedsstandarder i relevante it-systemer.

4. Fastlæggelse af fremtidige samarbejdsforpligtelser omkring standarderne.
5. Udarbejdelse af en migreringsplan for, hvilke it-systemer der bør omlægges og/eller opdateres til at kunne anvende de nye sikkerhedsstandarder.

7.3 Digitale identiteter og rettighedsstyring

Initiativet fokuserer på:

1. Fælles håndtering af tildeling af identiteter på tværs af myndigheder og imødegå risiko for misbrug af digitale identiteter
2. Digitalt samtykke
3. Digital fuldmagt
4. Imødekommelse af øgede krav fra EU på området for identitets- og rettighedsstyring
5. Udarbejdelse af en handlingsplan og retningslinjer for fællesoffentlig brugerrettighedsstyring

7.4 Nye generationer NemID, NemLog-in og Digital Post

Forberedelse af de kommende udbud/fremtidige fællesoffentlige løsninger er allerede igangsat.

8.2 God data og effektiv datadeling

Strategiens initiativer skal fra starten indtænke behov for tværoffentlig datadeling i deres arkitektur, så de it-løsninger, der etableres, kan understøtte sammenhæng på tværs. Det er samtidig hensigten, at de rammer og retningslinjer, der skabes, skal anvendes bredt i projekter i den offentlige sektor.

Med det udgangspunkt består initiativ 8.1 af følgende tre hovedelementer:

1. Fælles arkitekturstyring
2. Fælles rammer for gode data
3. Fælles rammer for infrastrukturer for datadeling, herunder en foranalyse af behov og muligheder for at etablere bedre rammer for test (bl.a. CPR)

Governancestruktur

Der etableres en Porteføljestyregruppe for digitaliseringsstrategien, hvis primære fokus er større strategiske drøftelser, årlig afrapportering på strategien samt indstilling angående anvendelsen af midler afsat til strategien. Regionerne har udpeget formanden for Regionernes Sundheds-it samarbejde, Dorte Stigaard, koncerndirektør i Region Nordjylland og vicedirektør i Danske Regioner, Tommy Kjelsgaard, som repræsentanter til Porteføljestyregruppen.

Herudover oprettes en række styregrupper og arbejdsgrupper for de enkelte initiativer, som regionerne ligeledes vil deltage i.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere konsekvenser end det i sagen henviste.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Jens Gordon Clausen / Pia Kopke

JOURNALNUMMER

14002072

BILAGSFORTEGNELSE

1. Samlet oversigt over de 22 initiativer med forankring under RSI og oplæg til regional organisering 8. september 2016

3. BESLUTNINGSSAG: STUDIETUR - REGNSKAB OG FAGLIGT UDBYTTE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

IT- og Afbureaukratiseringsudvalget var den 28. og 29. april 2016 på studietur til Holland. Ifølge procedurerne for udvalgsstudieture skal der efter studieturen aflægges rapport og regnskab, der skal forelægges regionsrådet. Administrationen forelægger hermed en opfølgning på studieturen i forhold til udvalgets videre arbejde samt et regnskab for afholdelsen af studieturen.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at IT- og Afbureaukratiseringsudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

- 1 at afrapporteringen og regnskab fra IT- og Afbureaukratiseringsudvalgets studietur godkendes.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Anbefalet.

SAGSFREMSTILLING

Politisk godkendelse af program

Den 15. december godkendte Regionsrådet det tentative program for udvalgets studietur til Holland den 28-29. april 2016. Programmet skulle indeholde et besøg på et EPIC-hospital, besøg hos en privat plejhjemsorganisation samt besøg hos Philips Health Innovation Lab.

Inden afrejse fik samtlige deltagere tilsendt et program samt materiale for de respektive oplæg. Disse er vedlagt som bilag.

Fagligt indhold

Hovedformålet med studieturen var at indhente erfaringer med implementering af EPIC's platform på to større hospitaler i Holland. Sundhedsplatformen er udviklet på EPIC's platform og forud for go-live på Herlev-Gentofte Hospital gav besøget mulighed for at indhente værdifulde erfaringer.

Torsdag den 28. april: Udvalget besøgte hospitalet Academisch Medisch Centrum (AMC) i Amsterdam, hvor erfaringer på bagkant af implementeringen af EPIC's platform på hhv. AMC og VU Medisch Centrum (VUMC) blev drøftet.

Fredag den 29. april: Dagen startede i Nijmegen hvor udvalget modtog et oplæg fra Jos De Blok, CEO for Buurtzorg, som er en privat hjemmehjælpsorganisation, som arbejder på større medindflydelse for de enkelte medarbejdere bl.a. gennem et fælles onlinefora hvori forbedringsforslag kan vendes medarbejder til medarbejder.

Senere på dagen besøgte udvalget Philips Innovation and health lab, hvor de blev præsenteret for Philips vision for fremtidens sundheds-it til inspiration for fremtidige overvejelser i IT- og Afbureaukratiseringsudvalget.

I forhold til det videre arbejde i IT- og Afbureaukratiseringsudvalget, vil et særligt fokus på bagkant af studieturen være:

- 1 **Besøg hos AMC:**

- 1 Hovedfokus ved implementeringen har været at forbedre kvaliteten af hospitalets ydelser.
- 1 Efter "go-live" er procestiden i Holland ikke blevet hurtigere, men dette skyldes, at klinikerne nu er nødsaget til at gennemgå alle de rette processer og dette har dertil afledt en mere grundig

og retvisende journal end tidligere.

- | Et fokus område har været den brugerrettede kommunikation, hvilket særligt har forholdt sig til hvorvidt klinikerne skriver i et fagsprog som patienterne forstår.
- | Det vurderes, at der synes at være sket et fald i medicineringsfejl.
- | Vigtigt i uddannelsen var en mere fokuseret indsats tættere på de enkelte roller.

Deltagere på studieturen

IT- og Afbureaukratiseringsudvalget:

- | Lise Müller (F)
- | Özkan Kocak (A)
- | Vagn Majland (A)
- | Pia Illum (A)
- | Karsten Skawbo-Jensen (C)
- | Randi Mondorf (V)
- | Marianne Frederik (Ø)

Administration:

- | Mikael Skov Mikkelsen, direktør, Center for IT, Medico og Telefoni
- | Christian Worm, direktør, Center for Sundhed
- | Christian Holm, konsulent, Center for IT, Medico og Telefoni

Afbud:

- | Erik Lund (C)
- | Bergur Løkke Rasmussen (V)

Administrationen var ansvarlige for koordinering, praktisk afholdelse samt opfølgning i forbindelse med studieturen. Desuden havde administrationen ansvar for planlægning af studieturen.

Fra administrationen deltog dertil Lisbeth Willemoes, Enhedschef, Center for Kommunikation således, at administrationen fremadrettet ville kunne svare på spørgsmål i relation til udfordringer og erfaringer i relation til egen implementering af Sundhedsplatformen.

Regnskab

Regnskab for studietur 2016, IT- og Afbureaukratiseringsudvalget

Udgiftspost	Budget	Faktisk Forbrug
Fly	16.000 kr.	23.562,75 kr.*
Hotel	15.000 kr.	13.433,75 kr.
Forplejning	30.000 kr.	15.988,99 kr.
Øvrig transport	16.000 kr.	9.775,65 kr.
Aktiviteter	30.000 kr.	10.703,38 kr.
Evt. tabt arbejdsfortjeneste	12.000 kr.	11.607,5 kr.
Evt. fraværsgodtgørelse	2.000 kr.	5.843,48 kr.**
I alt	121.000 kr.	83.091,67 kr.

* Den høje flypris skyldes en for lav estimering samt at administrationen ønskede en ekstra person med for fremadrettet at kunne svare på spørgsmål i relation til implementeringen af Sundhedsplatformen.

** Administrationen vurderede for lavt i forhold til behovet for fraværsgodtgørelse i forbindelse med studieturen.

Ved studieturens godkendelse på Regionsrådsmødet den 15. december fremgår det, at det samlede budget udgør 133.000 kr., hvilket er en regnefejl. Det faktiske tal er som opgivet ovenfor 121.000 kr.

Samlet udgift til studieturen for Region Hovedstaden er således **83.003,67 kr.** hvilket svarer til en udgift pr. udvalgsmedlem på godt **9.000 kr.**

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere konsekvenser end det i sagen henviste.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

Udgiften til IT- og Afbureaukratiseringsudvalgets studietur afholdes inden for politikerkontoen.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget den 4. oktober 2016 og regionsrådet den 11. oktober 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Jens Gordon Clausen / Pia Kopke

JOURNALNUMMER

14002072

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. ITA studietursprogram
- 📎 2. Program for besøg hos AMC
- 📎 3. Baggrundspapir vedrørende Buurtzorg
- 📎 4. Inspiration ifht. Buurtzorg: The future of management is teal by Frederic Laloux
- 📎 5. Inspiration ifht. Buurtzorg: Home care by Self-governing Nursing Teams: The Netherlands Buurtzorg Model
- 📎 6. Program for besøg hos Philips, Eindhoven
- 📎 7. Regnskab for studietur

4. DRØFTELSESSAG: HØRING I STÅENDE UDVALG OM ÅRLIG OPDATERING AF KONGEINDIKATORER, DRIFTSMÅL OG AMBITIONSNIVEAUER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet har besluttet, at der årligt skal ske en opdatering af kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer. Denne opdatering indebærer, at de stående udvalg drøfter et forslag fra administrationen til opdaterede kongeindikatorer driftsmål og ambitionsniveauer for 2017. Der forventes, at et samlet forslag, med inddragelse af de stående udvalgs bemærkninger, vil kunne forelægges forretningsudvalget på mødet den 6. december 2016 og regionsrådet på mødet den 13. december.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

- at IT- og Afbureaukratiseringsudvalget, indenfor udvalgets ressort, drøfter opdateringen af kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer med henblik på en udtalelse til det videre arbejde i Forretningsudvalget og Regionsrådet.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Drøftet.

SAGSFREMSTILLING

Opdatering af kongeindikatorer, driftsmål/evaluering af tilfredshedsmaal og ambitionsniveauer

Nedenfor beskrives forslag til opdaterede kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer indenfor IT- og Afbureaukratiseringsudvalgets ressortområde.

Kongeindikatorer

De fire kongeindikatorer er valgt, så de hver især repræsenterer udviklingen på én af de fire politiske målsætninger. I det følgende gennemgås de foreslåede justeringer på kongeindikatorernes område. Administrationen har tilstræbt, at der er en 1:1 sammenhæng mellem kongeindikatorer og driftsmål, således at kongeindikatorerne også indgår som driftsmål.

Politisk målsætning: Høj faglig kvalitet

Den politiske målsætning "Høj faglig kvalitet" måles ved målopfyldelse på de kliniske kvalitetsdatabaser.

Målet er omfattet af de nationale indikatorer på sundhedsområdet. Målet omdøbes til "Opfyldelse af kvalitetsmaal i de kliniske kvalitetsdatabaser", således navnet svarer til den nationale indikator.

Den regionale definition af indikatoren tilpasses delvist til den nationale indikator. Der foretages en teknisk ændring i beregningen af, hvornår målet for en indikator er opfyldt. Nationalt udelades indikatorer, der er mindre end to år gamle. Dette giver ikke mening regionalt. Disse indikatorer bibeholdes regionalt med henblik på at sikre opfølgning på nye indikatorer allerede i implementeringsfasen.

Evaluering af formulering af tilfredshedsmaal

Ved seneste årlige opdatering af kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer den 2. februar 2016 besluttede regionsrådet, at formuleringen "Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?/Er du alt i alt tilfreds med besøgets forløb?" skulle evalueres i forbindelse med indeværende årlige opdatering. Administrationen har i forbindelse med den efterspurgte evaluering vurderet ordlyden af driftsmålet. Set i lyset af, at spørgsmålet i denne ordlyd nu danner grundlag for den nationale indikator på området, vurderer administrationen, at det er vigtigt at fastholde ordlyden, således at der sikres overensstemmelse med den nationale indikator. Administrationen skønner i dette lys ikke at der er behov for yderligere evaluering.

Fastsættelse af nye ambitionsniveauer for driftsmål på sundhedsområdet

Det er administrationens vurdering, at der kun i begrænset omfang er behov for justering af ambitionsniveauer ved indeværende årlige opdatering. Dels er der behov for længere tid til erfaringsopsamling i forhold til de ændringer i driftsmål og ambitionsniveauer, der blev foretaget ved sidste årlige opdatering, dels har der ved denne opdatering været fokus på implementering af de nationale mål.

Der vurderes på den baggrund at være behov for opdatering af ambitionsniveauet for følgende driftsmål:

- ”Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser”

Forslag til opdaterede driftsmål

	Driftsmål	Forslag til ændring	Fremtidigt ambitionsniveau	Bemærkning
Kvalitet	Kliniske kvalitetsdatabaser (kongeindikator)	Navngives ”Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser”.	<p>Ambitionsniveauet foreslås ændret fra 80 % målopfyldelse til 60 % målopfyldelse.</p> <p>Der er behov for fastsættelse af nyt ambitionsniveau for ”Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser”. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) har foretaget en teknisk ændring i beregningen af, hvornår målet for en indikator er opfyldt.</p> <p>Tidligere var det således, at hvis resultatet lå inden for det statistiske sikkerhedsinterval (konfidensintervallet), var indikatoren opfyldt. Fremadrettet vil det være således, at resultatet skal være på den rigtige side af det fastsatte mål (standard) før målet anses som opfyldt. Populært kan man sige, at det betyder, at den statistiske usikkerhed i beregningen nu kommer patienterne til gode i modsætning til tidligere, hvor den kom hospitalerne til gode. Denne ændring af beregningen er foretaget på baggrund af en henvendelse fra Danske Patienter til RKKP</p> <p>Den tekniske ændring betyder konkret, at resultatet bliver ca. 17-20 % lavere end tidligere. D betyder samtidig, at det tidligere ambitionsniveau med en målopfyldelse på 80 % anbefales nedsat tilsvarende, det vil sige til 60 %. Der er alene tale om en teknisk ændring. Fremadrettet vil en målopfyldelse på 60 % således være udtryk for samme kvalitet som en målopfyldelse på 80 %. Ved den nuværende definition.</p>	<p>Navngivningen tilpasses den nationale indikator. Den regionale definition tilpasses delvist til den nationale indikator. Der foretages en teknisk ændring i beregningen af, hvornår målet for en indikator er opfyldt. Nationalt udelades indikatorer, der er mindre end to år gamle. Dette giver ikke mening regionalt. Disse bibeholdes regionalt med henblik på at sikre opfølgning på nye indikatorer allerede i implementeringsfasen.</p>

KONSEKVENSER

Udvalgets udtalelse vil indgå ved den endelige opdatering af kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer for hele regionen, som behandles på Forretningsudvalgets møde den 6. december og Regionsrådets møde den 13. december.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af IT- og Afbureaukratiseringsudvalgets drøftelse på mødet den 27. september vil udvalget kunne forelægges en beslutningssag på dets møde den 1. november således, at udvalgets udtalelse kan gives administrationen senest den 4. november.

Efter modtagelsen af udvalgenes høringssvar vil administration forelægge et revideret udkast til opdaterede kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer for Forretningsudvalget den 6. december. Forslaget ventes forelagt Regionsrådet den 13. december.

DIREKTØRPÅTEGNING

Jens Gordon Clausen / Pia Kopke

JOURNALNUMMER

14002072

5. EVENTUELT

EVENTUELT

Udvalget vendte relevante fokusområder for kommende sager vedr.:

- | Arbejdsplan for 2017
- | Sundhedsplatformen ift. Go-Live på Rigshospitalet
- | Doktor Watson

MØDETIDSPUNKT

27-09-2016 19:00

MØDESTED

Mødelokale H4, Regionsgården, Kongens Vænge 4, Hillerød

MEDLEMMER

Pia Illum	Afbud
Özkan Kocak	Deltog
Karsten Skawbo-Jensen	Deltog
Lise Müller	Deltog
Randi Mondorf	Deltog
Marianne Frederik	Deltog
Vagn Majland	Deltog
Erik Lund	Deltog
Erik Sejersten	Deltog

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - Arbejdsplan for IT- og Afbureaukratiseringsudvalget
2. Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)
3. Meddelelser - Nedsættelse af Udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen
4. Meddelelser - Driftsmålsrapportering på kongeindikatorer og driftsmål
5. Meddelelser - Aktuell orientering

1. MEDDELELSER - ARBEJDSPLAN FOR IT- OG AFBUREAUKRATISERINGSUDVALGET

MEDDELELSER

Vedlagt er arbejdsplan for IT- og Afbureaukratiseringsudvalget for 2016. Arbejdsplanen er et dynamisk dokument og der vil derfor løbende kunne komme ændringer i forhold til aktuelle sager, herunder vil der være sager, der forventeligt ikke kan afsluttes på ét møde.

En opdateret version af arbejdsplanen forelægges udvalget under meddelelser på hvert møde.

JOURNALNUMMER

14002072

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Meddelelse - ITA arbejdsplan 2016-150916

2. MEDDELELSER - OVERORDNET STATUS PÅ DRIFT OG UDVIKLING - ORIENTERING FRA CENTER FOR IT, MEDICO OG TELEFONI (CIMT)

MEDDELELSER

Forretningsudvalget har løbende modtaget rapporten "Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)" med kvartalsvis kadence. I forbindelse med godkendelsen af arbejdsplanen for IT- og Afbureaukratisering (ITA) er det besluttet, at denne rapport ligeledes skal forelægges ITA til orientering forud for at den forelægges Forretningsudvalget.

Konklusioner fra rapporten

Sagshåndtering

- | CIMT håndterede i maj og juni i gennemsnit 27.500 kald pr. måned, hvilket er ca. 3000 mere end det hidtidige gennemsnit i 2016 (fra januar-april).
- | Den gennemsnitlige ventetid er faldet betydeligt i andet kvartal, sammenlignet med første kvartal, på trods af implementeringen af Sundhedsplatformen og den deraf afledte stigning i antal henvendelser.
- | SP Helpdesk (Sundhedsplatformens Helpdesk) modtog en betydelig mængde sager under Hypercare-perioden på Herlev og Gentofte Hospital med lave ventetider på ca. 2 minutter. Efter Hypercare-perioden steg ventetiderne til mere end 5 minutter, da antallet af telefoniske henvendelser var højere end forventet samtidig med, at CIMT, i samråd med Herlev og Gentofte Hospital, prioriterede at placere medarbejdere som on-site anvendelsessupport frem for at placere dem i SP Helpdesk.
- | Andelen af straksafklaringer ligger stabilt på et højt niveau, hvorimod andelen af opkald besvaret inden for fem minutter er steget til 93 % i juli.

Systemdrift

- | Svartiderne for de forskellige it-systemer ligger stabilt, men med en lille forbedring siden sidste rapportering.
- | Målingerne på AGFA RIS/PACS (Røntgensystemet) ligger lavere end de øvrige systemer, men har set store stigninger i systemets performance siden målingerne blev oprettet i marts.
- | Den kliniske servicedesk overholder fortsat aftalte serviceniveau for svartid, idet over 90 % af kaldene bliver besvaret inden for fem minutter. Målet er 80 %

Større aktiviteter

- | Sundhedsplatformen fylder fortsat meget. Efter idriftsættelsen er der fortsat en række aktiviteter på Herlev og Gentofte Hospital, samtidig med, at forberedelserne til idriftsættelsen på Rigshospitalet intensiveres.
- | 5 ud af 10 projekter følger de fastlagte tidsplaner. I de projekter, der ikke følger tidsplanen, er den primære årsag, at leverancer fra forskellige IT-leverandører enten er forsinkede eller ikke opfylder den aftalte leverance. Fx i Praksys projektet, hvor der fortsat er udestående i forhold til leverandørens tids- og leveranceplan. I projekterne arbejdes der på at imødekomme de aktuelle udfordringer via tæt dialog med leverandørerne, så yderligere forsinkelserne minimeres.

JOURNALNUMMER

14002072

BILAGSFORTEGNELSE

@ 1. FU-rapport

3. MEDDELELSER - NEDSÆTTELSE AF UDVALGET OM DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN

MEDDELELSER

Regionsrådet besluttede den 16. august 2016 at nedsætte et udvalg om det sammenhængende sundhedsvæsen som et såkaldt § 17 stk. 4 udvalg. Efter den kommunale styrelseslovs § 17 stk. 4, som også gælder for regioner, kan regionsrådet nedsætte særlige udvalg til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for regionsrådet, forretningsudvalget eller de stående udvalg. Regionsrådet bestemmer de særlige udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed.

Som det fremgår af bilag 1 (Notat til Forretningsudvalget af 29. august) vil udvalget have snitflader til IT- og Afbureaukratiseringsudvalget ift. den regionale sundhedsteknologiske udvikling, herunder brugeranvendelighed i disse forbindelser.

JOURNALNUMMER

14002072

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Notat om sammenhængsudvalget ift styrelsesvedtægten

4. MEDDELELSER - DRIFTSMÅLSAFRAPPORTERING PÅ KONGEINDIKATORER OG DRIFTSMÅL

MEDDELELSER

Regionsrådet har besluttet at drøfte status og fremdrift på kongeindikatorer og driftsmålene fire gange om året. Dette er den tredje rapportering på driftsmålene i 2016 som blev forelagt Forretningsudvalget den 13. september 2016. Nedenfor fremgår de kongeindikatorer og driftsmål, som vurderes relevant for IT- og Afbureaukratiseringsudvalget.

Kongeindikatorer

Målopfyldelse for kliniske kvalitetsdatabaser

Dette er kongeindikatoren for den politiske målsætning "høj faglig kvalitet".

Ambitionsniveauet er sat til 80 % målopfyldelse, og den aktuelle måling (juni 2016) viser en målopfyldelse på 72 %. Der er tale om et fald fra 79 % ved den seneste forelæggelse (måling for marts 2016).

I dette tilfælde er det dog ikke retvisende at sammenligne den aktuelle måling med tidligere målinger. Ved hver måling sker der en opdatering af data tilbage i tid. Introduktion af nye databaser og indikatorer og/eller udeladelse af andre databaser og indikatorer, som ikke længere er aktuelle at medtage, kan have stor betydning for målopfyldelsen fra måling til måling. Det gør sig særligt gældende ved denne måneds afrapportering, hvor der er sket en række ændringer i datagrundlaget.

Faldet i målopfyldelse for indikatoren for de kliniske kvalitetsdatabaser fra 79 % til 72 % skyldes bl.a., at alle indikatorer på nær én fra Dansk Intensiv Database (DID) ikke indgår i opgørelsen på grund af midlertidige problemer med validiteten. Dette problem ventes løst ved næste kvartårlige opdatering. Da denne ene indikator ikke opfylder standarden, og da indikatoren derfor bidrager med 0 til målopfyldelsen falder den samlede målopfyldelse, Ved forrige måling bidrog DID med 92 %. Det betyder i sig selv en niveauforskel i målopfyldelsen på lidt over 2 %.

Driftsmål

Status og fremdrift for alle driftsmål er opgjort i bilag 1 (Bemærkninger til den tredje kvartalsrapport 2016) og bilag 2 (Afrapportering af kongeindikatorer 3/2016).

Det bemærkes, at den årlige opdatering af kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer er igangsat jf. sag nr. 4 på dagsordenen.

JOURNALNUMMER

14002072

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Bilag 1

② 2. Bilag 2

5. MEDDELELSER - AKTUEL ORIENTERING

MEDDELELSER

Den 15. september 2016: Svar på spørgsmål angående Sundhedsplatformen ved IT- og Afbureaukratiseringsudvalgets møde den 6. september.

Den 19. september 2016: Svar: Generelt overblik over handikappede-ansatte i regionen.

JOURNALNUMMER

14002072

Punkt nr. 2 - Orienteringssag: Orientering om finansiering, initiativer og governancestruktur for den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020

Bilag 1 - Side 1 af 5

Bilag 1. Samlet oversigt over de 22 initiativer med forankring under RSI og oplæg til regional organisering

Tabel 1. Regional organisering – initiativer igangsæt på 1. møde i den fællesoffentlige Porteføljestyregruppe			
Gruppe/initiativ	Evt. bemærkninger	Deltager i fællesoffentlig styregruppe	Deltager i fællesoffentlig arbejdsgruppe
Porteføljestyregruppen		Formanden for RSI Tommy Kjelsgaard (DR)	N/A
Økonomistyringsudvalg for strategien		Mette Lindstrøm (DR) Trine Westh Hansen (DR)	N/A
7.4 Nye generationer NemID, NemLog-in og Digital Post	Arbejdet er påbegyndt.		Fællesregional NemID-PL fra Region Midtjylland deltager i eksisterende fællesoffentlig følgegruppe for Ny NemID/NemLog-in.
7.3 Digitale identiteter og rettighedsstyring	Fokus er på: 1) At sikre fælles håndtering af identiteter på tværs af myndigheder og imødegå risiko for misbrug af digitale identiteter. 2) At sikre digitalt samtykke. 3) At sikre digital fuldmagt. 4) At imødekomme krav fra EU. 5) At udarbejde en handlingsplan og retningslinjer for fællesoffentlig brugerrettighedsstyring.	Ny styregruppe for udbud af fællesoffentlige komponenter	Digitaliseringsstyrelsen lægger op til, at samme gruppe skal anvendes i forbindelse med initiativ 7.3.
1.5 Alle meddelelser fra det offentlige er digitale	Arbejdet med opmærkning er igangsæt. Øvrige elementer i initiativet afventer (øvrige elementer har ophæng i Porteføljestyregruppen).	Regionale deltagere er: - Nikolaj Kolte, Region Midtjylland (udpegning besluttet på RSI møde d. 17. august) - Danske Regioner	Fællesregional Digital Post-PL fra Region Sjælland (Ny DP, initiativ 1.5 og initiativ 1.2 fsva. kontakregister) (udpegning besluttet på RSI møde d. 17. august)
1.4 Bedre support til borgere og virksomheder	Kontrakterne for de nuværende fællesoffentlige supporttilbud til borgere/virksomheder ift. bl.a. NemID og Digital Post udløber snart, hvorfor de overvejes samlet i ét supporttilbud. Endvidere skal snitflader i forhold support fra kommende leverandører af NemID, NemLog-in og Digital Post afklares.		Danske Regioner
8.1 Gode data og effektiv datadeling	Initiativet forventes at få væsentlig indflydelse på standarder og arkitektur på nationalt niveau/for hele den offentlige sektor	Ny styregruppe for data og arkitektur Regionale deltagere: - IT5-formand	Koordinationsgruppe: - Fællesregional repræsentant - Danske Regioner frem til ultimo 2016 "Reviewboard": En it-arkitekt fra alle

**Punkt nr. 2 - Orienteringssag: Orientering om finansiering, initiativer og
governancestruktur for den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020**

Bilag 1 - Side -2 af 5

		<p>- RITA-formand</p>	<p>regioner i en rotationsordning Forslag behandles af IT5 d. 14/9</p>
<p>8.2 Robust drift af den fælles infrastruktur</p>	<p>NemID og Digital Post mv. udgør helt central og nødvendig infrastruktur i regioner. Med initiativet er der mulighed for at få indflydelse i forhold til at sikre en stabil og hensigtsmæssig drift, vedligehold og udvikling af den fællesoffentlige digitale infrastruktur. Derudover skal initiativet ses i sammenhæng med den fællesoffentlige infrastruktur i sundhedssektoren, der har sit eget tilsvarende ophæng under FSI.</p>	<p><u>Ny styregruppe for drift og vedligehold</u> Et regionalt FSI-medlem Forslag behandles af IT5 d. 14/9</p>	<p>Fællesregional repræsentant med indsigt i regionernes driftskrav ift. fællesoffentlige infrastruktur-komponenter som bl.a. NemID og Digital Post. Forslag behandles af IT5 d. 14/9</p>
<p>3.1 Sammenhængende velfærdsforløb for borgere</p>	<p>Initiativet er opdelt i 2 spor. Af regional interesse kan nævnes: <u>Spør 1:</u> Tværsektorielle koordinerende indsatser for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug <u>Spør 2:</u> Komplekse tværgående patientforløb</p>	<p><u>Ny styregruppe for sammenhængende velfærdsforløb</u> Der er nedsat en overordnet styregruppe med ansvar for spor 1 og et koordinerende ansvar for hele initiativet - Mette Lindstrøm (DR) deltager her. Der er særskilt governance for tværgående komplekse patientforløb med regional deltagelse i programstyregruppen ved Region H. (Vedtaget på RSI d.17. august)</p>	<p>Arbejdsgruppe i spor 1: Deltagelse af Danske Regioner/ regionale videnspersoner fra psykiatrien (nærmere deltagelse er under afklaring) Arbejdsgruppe(r) ang. komplekse tværgående patientforløb med regional deltagelse. Danske Regioner deltager sekretariatsgruppe. Der vil ske en særskilt udpegning ift. spor 2 (komplekse tværgående patientforløb) i efteråret. Der er behov for kompetencer indenfor forretningsindsigt, klinisk, praktisk f.eks. vedr. logistik om patienterne.</p>
<p>7.5 Sikre ID-løsninger til børn og unge</p>	<p>Fokus er især på undervisningssektoren og UNI-login i skolen.</p>	<p>Der er <u>ikke</u> lagt op til regional deltagelse</p>	<p>Der er <u>ikke</u> lagt op til regional deltagelse</p>
<p>3.5 Offentligt ansattes digitale kompetencer</p>	<p>Der gennemføres en analyse af awareness om informationsikkerhed hos offentligt ansatte og informationskampagner om god sikkerhedsadfærd for offentligt ansatte. Analysen slås sammen med tilsvarende analyser vedrørende borgere og virksomheders viden om informationsikkerhed i regi af initiativ 9.3. Samlet anvendes 0,5 mio. kr. på analyserne.</p>	<p>Det eksisterende Forum for Fællesoffentlig Koordinering af Informationsikkerhed inddrages efter behov i det videre arbejde med analyser og kampagner vedrørende informationsikkerhed. Regionerne er allerede repræsenteret i Forummet for Fællesoffentlig Koordinering af Informationsikkerhed (Danske Regioner deltager sammen med formanden for styregruppen for det regionale pejlemærke om informationsikkerhed og Region Hovedstadens medlem af pejlemærkets styregruppe)</p>	

Punkt nr. 2 - Orienteringssag: Orientering om finansiering, initiativer og governancestruktur for den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020

Bilag 1 Side -3 af 5

		Digitaliseringsstyrelsen koordinerer og orienterer Forum for Fællesoffentlig Koordination af Informationsikkerhed om det videre arbejde med analyse og kampagner vedrørende informationsikkerhed. Regionerne er repræsenteret heri, jf. under initiativ 3.5.
9.3 Højt kendskab til informationsikkerhed	Der er tale om 1) Borgerrettede informationsindsatser: 2) Virksomhedsrettede informationsindsatser. Jf. også under initiativ 3.5.	
9.1 Digital dannelse for børn og unge	Der skal i 2016 og 2017 udarbejdes informationskampagner og læringsforløb om digital dannelse målrettet dagtilbud, folkeskolen og ungdomsuddannelserne.	Initiativet er forankret i Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling. Der forventes ikke regional inddragelse/deltagelse.

Tabel 2. Regional organisering – initiativer der endnu ikke er igangsat

Initiativ	Indhold/bemærkninger	Styregruppe	Arbejdsgruppe	Tidspunkt for igangsættelse
3.3 Udbredelse af digitale velfærdsløsninger	Initiativet leverer analyser til kvalificering af beslutningsgrundlag for udbredelse af digitale velfærdsløsninger. Ambitionen er, at otte digitale velfærdsløsninger er analyserede, og at der er truffet en forpligtende beslutning inden 2020 om landsdækkende udbredelse af i størrelsesordenen fire løsninger, hvor vellykket udbredelse forudsætter, at flere myndigheder skal følge samme tidsplan.	<u>Ny styregruppe for udbredelse af digitale velfærdsløsninger</u> Danske Regioner foreslår regional deltagelse heri (indsigt i telemedicinområdet og udbredelsespotentialer)	Der må forventes regional deltagelse i arbejdsgrupper	Forventes igangsat på 2. møde i Porteføljestyregruppen d. 7. oktober 2016
7.1 Styr på informationsikkerhed i alle myndigheder	1) Alle myndigheder skal følge principperne i informationsikkerhedsstandard ISO27001. 2) Alle offentlige myndigheder arbejder efter konkrete sikkerhedsforanstaltninger for at imødegå trusler om hacking. 3) Alle offentlige myndigheder skal indberette større cybersikkerhedshændelser. 4) Alle offentlige myndigheder stiller relevante sikkerhedsmæssige krav ved udbud og indgåelse af it-	Forslag behandles af IT5 d. 14/9	Af aftalepapiret fremgår, at initiativet skal forankres i det eksisterende Forum for fællesoffentlig koordinering af informationsikkerhed. Heri er regionerne/Danske Regioner repræsenteret, jf. under initiativ 3.5	Forventes igangsat 2. halvår 2016

Punkt nr. 2 - Orienteringssag: Orientering om finansiering, initiativer og governancestruktur for den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020
Bilag 1 - Side -4 af 5

	<p>kontrakter.</p> <p>5) Digitaliseringsstyrelsen udarbejder i samarbejde med Justitsministeriet og Datatilsynet en vejledning i, hvordan offentlige myndigheder kan indarbejde krav, fx i design og videreudvikling af løsninger om data protection by design og data protection by default, der ventes med den kommende databeskyttelsesforordning.</p> <p>6) Der skal ske en løbende opfølgning på myndighedernes arbejde med informationssikkerhed i Forum for fællesoffentlig koordinering af informationsikkerhed.</p>	nærmere.	
<p>7.2 Fælles standarder for sikker udveksling af information</p>	<p>1. Opdatering af infrastrukturen med henblik på at kunne teste sikkerhedsstandarderne i blandt andet elektroniske patientjournaler, oncosysjournaler mv.</p> <p>2. Afprøvning den fællesoffentlige standard OIOWS på sundhedsområdet.</p> <p>3. På baggrund af testene estimeres de fremadrettede omkostninger ved ibrugtagning af de nye sikkerhedsstandarder i relevante it-systemer.</p> <p>4. Fastlæggelse af fremtidige samarbejdsforpligtelser omkring OIOWS.</p> <p>5. Udarbejdelse af en migreringsplan for, hvilke it-systemer der bør omlægges og/eller opdateres til at kunne anvende de nye sikkerhedsstandarder</p>	<p>Fællesoffentlig organisering er endnu uafklaret. Initiativet vil dog få en forankring under den Nationale Bestyrelse for Sundheds-it.</p> <p>Initiativet vurderes at have væsentlig regional relevans.</p>	<p>Forventes igangsat 1. halvår 2017</p>
<p>1.1 Mere sammenhængende digitale brugerrejser</p>	<p>En målrettet indsats - i første omgang centreret om udvalgte (ikke regionale) brugerrejser - skal skabe mere sammenhæng og mindre tidsforbrug for brugerne. På baggrund heraf kan fællesoffentlige kanalstrategiske principper fastlægges og tilpasses i løbet af strategiperioden.</p>	<p><u>Ny styregruppe for digital kommunikation</u></p> <p>Danske Regioner</p> <p>Forslag behandles af IT5 d. 14/9.</p>	<p>Danske Regioner i relevant omfang</p> <p>Forslag behandles af IT5 d. 14/9.</p>
<p>1.2 Bedre digital kommunikation</p>	<p>1) Der skal stilles fællesoffentlige aftalte krav til digitale løsninger (selvbetjeningsløsninger, infrastrukturkomponenter og nationale portaler)</p> <p>2) Der skal udarbejdes en fælles referencearkitektur for selvbetjening, som bl.a. beskriver rammer for sammenhæng</p>		<p>Forventes igangsat på 2. møde i Porteføje-styregruppen d. 7. oktober 2016</p>

Punkt nr. 2 - Orienteringssag: Orientering om finansiering, initiativer og governancestruktur for den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020
Bilag 1 - Side -5 af 5

	<p>mellem selvbetjening, data, registre, fælles komponenter mv.¹</p> <p>3) Der skal løbende indsamles viden om brugernes anvendelse af digitale løsninger mhp. vurdering af behov for indsatser</p>				<p>Forventes igangsat på 2. møde i Porteføljestyregruppen d. 7. oktober 2016</p>
1.3 Overblik over egne sager og ydelser	<p>1) Analyse af brugernes og myndighedernes behov for udstilling af relevant data, der er tilpasset brugerens aktuelle situation</p> <p>2) Analyse og definition af fælles referencearkitektur og evt. udvikling af fælles byggeblokke til udstilling af relevant data</p> <p>3) Gennemførelse af et antal pilotprojekter med relevante myndigheder</p>	<p>Der forventes ikke nedsat en fællesoff. styregruppe</p>	<p>Danske Regioner deltager i arbejdsgrupper med evt. inddragelse/bidrag fra eksisterende regionale kontaktpersoner</p>		<p>Forventes igangsat 1. halvår 2017</p>
2.1 Klare juridiske rammer for digital forvaltning	<p>Der skal ned sættes et stående udvalg, som indsamler, screener og prioriterer tværgående juridiske udfordringer ved digitalisering, der løbende identificeres ved analysearbejdet under strategiens øvrige initiativer og hos de offentlige myndigheder uden for strategiens initiativer.</p>	<p>Danske Regioner</p>	<p>Danske Regioner (evt. inddragelse af regionerne såfremt det vurderes relevant)</p>		<p>Forventes igangsat på 2. møde i Porteføljestyregruppen d. 7. oktober 2016</p>
2.2 Videre med gode grunddata	<p>Initiativet indebærer 1) <i>fortsættelse af fælles governance for grunddata</i> og 2) <i>udvikling af grunddataområdet</i></p>				<p>Dato for igangsættelse under afklaring</p>
3.2 Bedre data på handicap- og udsatte voksne-området	<p>Formålet med initiativet er at understøtte en mere ensartet og i højere grad struktureret dokumentationspraksis på tværs af kommunerne</p>	<p>Forventes organiseret som et projekt mellem kommunerne og staten</p>			<p>Forventes igangsat på 2. møde i Porteføljestyregruppen d. 7. oktober 2016</p>
4.3 Cloud computing i den offentlige sektor	<p>Initiativet skal klargøre det juridiske grundlag for en yderligere brug af cloud computing i den offentlige sektor.</p>	<p>Der forventes ikke direkte regional inddragelse.</p>			<p>Forventes igangsat på 2. møde i Porteføljestyregruppen d. 7. oktober 2016</p>
9.2 Kommunikation og hjælp til borgere og virksomheder	<p>Der skal igangsættes løbende initiativer rettet mod særlige målgrupper (fx unge, ældre, mennesker fra ikke-vestlige lande og mindre it-parate virksomheder)</p>	<p>På fællesoffentlige plan lægges op til en ad hoc arbejdsgruppe. Danske Regioner deltager som udgangspunkt i denne arbejdsgruppe</p>			<p>Forventes igangsat på 2. møde i Porteføljestyregruppen d. 7. oktober 2016</p>

¹ Initiativet omhandler også udvikling af et fællesoffentligt kontakregister, der som udgangspunkt er forpligtende for myndighederne at anvende. Organisatorisk er dette både fællesoffentlige og regionalt organiseret i forbindelse Næste generation Digital Post.

Program for It- og afbureaukratiseringsudvalgets studietur 2016

Torsdag den 28. april 2016	
6.45-10.30	Check-in og transport fra København til Amsterdam
10.30-11.00	Transport til AMC
11.00-15.00	Besøg Academisch Medisch Centrum (AMC) (inklusive frokost)
15.00-16.00	Buffer – evt. kaffe
16.00-17.30	Transport til Nijmegen
17.30-19.00	Pause og tjek in
19.00	Middag
Fredag den 29. april 2016	
8.00-10.00	Morgenmad
10.00-10.30	Transport
10.30-12.00	Besøg/oplæg fra Buurtzorg
12.30-14.00	Frokost
14.00-15.30	Transport til Eindhoven
15.30-17.30	Besøg på Philips Innovation Lab (Eindhoven)
17.30-18.15	Transport
18.15-21.00	Check-in og transport fra Eindhoven til København



To: The political committee for IT & debureaucratization
From: Maurits Ros – Program Director EVA
Subject: Time schedule site visit AMC on April 28, 2016

Time schedule

- 11.00-12.00 Program Overview & GO-live experiences**
Maurits Ros – Program Director EVA
Ivo van Schaik – Head Department of Neurology /
Chairman EVA steering committee
- 12.00-12.30 Lunch break**
- 12.30-13.15 Department of Neurology**
Guests will be divided into 2 groups:
Group 1. Physician workflow
Vincent Odekerken – Neurologist
- Group 2. Nursing workflow
Ivo van Schaik - Head Department of Neurology
- 13.15-14.00 Department of Anesthesiology**
- Preoperative screening
- Questionnaires MyChart
Fabian Kooij - Anesthesiologist
- 14.00-14.30 Outpatient Clinic**
- Logistics
- Triage
Dennis Boor – Cluster Manager Outpatient Clinic
Pieter Kal – Implementation Project Leader EVA
- 14.30-15.00 Wrap up**
Maurits Ros – Program Director EVA

Location

Academic Medical Center
Meibergdreef 9
1105 AZ Amsterdam
Department: Programma EVA - De Bascule, PA2-118
Phone: +31 20 566 1874



Buurtzorg:

- Buurtzorg betyder: Nabolagsomsorg
- Buurtzorg blev startet i 2007 af Jos de Blok i Holland og er siden vokset fra 4 til 9000 sygeplejersker, som i 2014 tog sig af 65.000 patienter.
- Organisationsideen er ved at sprede sig til lande som Japan, Norge, Sverige, Storbritannien samt USA¹.
- Målet for organisationen er at bringe en holistisk, nabolagsbaseret tilgang til service. Hermed maksimeres patientens selvstændighed gennem træning i selvhjælp samt kreeringen af netværk af nabolagsressourcer.
- Buurtzorg opererer med selvstyrende hold med 10-12 sygeplejersker som tager sig af 50-60 patienter i et givent nabolag.
- Buurtzorg benytter sig af et moderne informationsteknologisk system og intranet, som giver mulighed for online planlægning, dokumentering af oplevelsen af pleje og service samt deling af information teams imellem.
- Virksomheden opererer med selvstyrende fremgangsmåder, hvilket vil sige, at gruppen på 10-12 sygeplejersker overvåger egne præstationer og iværksætter selv korrigerende tiltag, hvis produktionen falder.
- Buurtzorgs sygeplejersker er støttet af mindre end 50 administrativt personel.
- Buurtzorg er en selvstyrende, resultatdrevet organisation, hvor ændringer kan komme fra alle personer, som fornemmer, at forandring er nødvendig. Med CEO Jos de Bloks ord "hvorforskulle han så, fremfor systemet selv, beslutte om dette (forslag vedrørende forebyggende handlinger som minimerer ældres risiko for fald i hjemmet) var det rigtige at gøre?"
- KPMG har lavet en rapport på bestilling fra de hollandske myndigheder som viste, at Buurtzorgs service er både effektivt (færre timer per patient) og af en høj kvalitet (målt på patienttilfredshed). Den samlede omkostning – inklusivt plejehjem, læge og hospitalsomkostninger – er dog cirka gennemsnitlig for hollandske hjemmeplejeudbydere.

¹ For mere om Buurtzorgs overførbare til USA kan læses side 6-7 i vedlagte dokument: "Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Buurtzorg Model".

<http://www.strategy-business.com/article/00344?gko=10921>

The Future of Management Is Teal

A version of this article appeared in the Autumn 2015 issue of strategy+business.

Many people sense that the way organizations are run today has been stretched to its limits. In survey after survey, businesspeople make it clear that in their view, companies are places of dread and drudgery, not passion or purpose. Organizational disillusionment afflicts government agencies, nonprofits, schools, and hospitals just as much. Further, it applies not just to the powerless at the bottom of the hierarchy. Behind a facade of success, many top leaders are tired of the power games and infighting; despite their desperately overloaded schedules, they feel a vague sense of emptiness. All of us yearn for better ways to work together — for more soulful workplaces where our talents are nurtured and our deepest aspirations are honored.

The premise of this article is that humanity is at a threshold; a new form of organization is emerging into public view. Anthropological research suggests that this is a natural next step in a process that began more than 100,000 years ago. There have been, according to this view, at least five distinct organizational paradigms in human history. Could the current organizational disillusionment be a sign that civilization is outgrowing the current model and getting ready for the next?

A number of pioneering organizations in a wide variety of sectors — profit and nonprofit — are already operating with significantly new structures and management practices. They tend to be successful and purposeful, showing the promise of this emerging organizational model. They show how we can deal with the complexity of our times in wholly new ways, and how work can become a place of personal fulfillment and growth. By contrast, they make most of today's organizations look painfully outdated.

A History of Organizational Paradigms

In describing the pattern of organizational evolution, I draw on the work of a number of thinkers in a field known as “developmental theory.” One of its basic concepts is the idea that human societies, like individuals, don't grow in linear fashion, but in stages of increasing maturity, consciousness, and complexity. Various scholars have assigned different names to these stages; philosopher Ken Wilber uses colors to identify them, in a sequence that evokes the light spectrum, from infrared to ultraviolet. I borrow his color scheme as a convenient way to name the successive stages of management evolution (*see Exhibit 1*).

Around 10,000 years ago, humanity started organizing itself in chiefdoms and proto-empires. With this shift away from small tribes, the meaningful *division of labor* came into being — a breakthrough invention for its time. With it came the first real organizations, in the form of small conquering armies. These organizations, which in integral theory are labeled Red, are crude, often violent groups. People at this stage of development tend to regard the world as a tough place where only the powerful (or those they protect) get their needs met. This was the origin of *command authority*. The chief, like the alpha male in a wolf pack, needs to constantly inspire fear to keep underlings in

Punkt nr. 3 - Beslutnings sag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 4 - Side -2 af 11

line, and often relies on family members in hopes that they can be trusted. Today's street gangs, terrorist groups, and crime syndicates are often organized along these lines.

Starting around 4000 BC in Mesopotamia, humanity entered the Amber age of agriculture, state bureaucracies, and organized religion. Psychologically, this leap was enormous: People learned to exercise self-discipline and self-control, internalizing the strong group norms of all agricultural societies. Do what's right and you will be rewarded, in this life or the next. Do or say the wrong things, and you will be excommunicated from the group.

All agrarian societies are divided into clearly delineated castes. They thrive on order, control, and hierarchy. In organizations, the same principles characterize the Amber stage. The fluid, scheming wolf pack-like Red organizations give way to static, stratified pyramids. The Catholic Church is an archetypal Amber organization, complete with a static organization chart linking all levels of activity in lines and boxes, from the pope at the top to the cardinals below and down to the archbishops, bishops, and priests. Historically, the invention of *formal roles and hierarchies* was a major breakthrough. It allowed organizations to scale beyond anything Red society could have contemplated. Amber organizations produced the pyramids, irrigation systems, cathedrals, the Great Wall of China, and other structures and feats that were previously unthinkable. They also considerably reduced violence; a priest whose role is defined by a box in an organization chart doesn't scheme to backstab a bishop who shows a sign of weakness. A second breakthrough was the invention of *stable, replicable processes*, such as the yearly cycle of planting, growing, and harvest in agriculture.

Today, this hierarchical and process-driven model is visible in large bureaucratic enterprises, many government agencies, and most education and military organizations. In Amber organizations, thinking and execution are strictly separated. People at the bottom must be instructed through command and control. In today's fast-changing, knowledge-based economy, this static, top-down conception of management has proven to be inefficient; it wastes the talent, creativity, and energy of most people in these organizations.

Starting with the Renaissance, and gaining steam with the Enlightenment and the early Industrial Revolution, a new management concept emerged that challenged its agrarian predecessor. In the Orange paradigm, the world is no longer governed by absolute, God-given rules; it is a complex mechanism that can be understood and exploited through scientific and empirical investigation. Effectiveness replaces morality as the yardstick for decision making: The best decision is the one that begets the highest reward. The goal in an Orange organization is to get ahead, to succeed in socially acceptable ways, and to best play the cards one is dealt. This is arguably the predominant perspective of most leaders in business and politics today.

The leap to Orange coincided with three significant management breakthroughs that gave us the modern corporation. First was the concept of *innovation*, which brought with it new departments such as R&D, product management, and marketing, as well as project teams and cross-functional initiatives. Second was *accountability*, which provided leaders with an alternative to commanding people: Give people targets to reach, using freedom and rewards to motivate them. This breakthrough, sometimes called management by objectives, led to the creation of modern HR

Punkt nr. 3 - Beslutnings sag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 4 - Side -3 af 11

practices, budgets, KPIs, yearly evaluations, bonus systems, and stock options. Third was *meritocracy*, the idea that anyone could rise to any position based on his or her qualifications and skills — a radical concept when it appeared.

The transition to Orange brought a new prevailing metaphor. A good organization is not a wolf pack or army, but a machine. Corporate leaders adopted engineering terms to describe their work: they designed the company, using inputs and outputs, information flows, and bottlenecks; they downsized the staff and reengineered their companies. Most large, mainstream publicly listed companies operate with Orange management practices.

In just two and a half centuries, these breakthroughs have generated unprecedented levels of prosperity, added decades to human life expectancy, and dramatically reduced famine and plague in the industrialized world. But as the Orange paradigm grew dominant, it also encouraged short-term thinking, corporate greed, overconsumption, and the reckless exploitation of the planet's resources and ecosystems. Increasingly, whether we are powerful leaders or low-ranking employees, we feel that this paradigm isn't sustainable. The heartless and soulless rat race of Orange organizations has us yearning for more.

Postmodernity brought us another world view. The Green stage stresses cooperation over competition and strives for equality, solidarity, and tolerance. Historically, this perspective inspired the fights for the abolition of slavery, and for gender equality, and today it helps combat racism, homophobia, and other forms of discrimination. Green organizations, which include many nonprofits as well as companies such as Southwest Airlines, Starbucks, and the Container Store, consider social responsibility the core of their mission. They serve not just shareholders but all stakeholders, knowing that this often results in higher costs in the short term, but better returns in the end.

Green leaders have championed the soft aspects of business — investing in organizational culture and values, coaching, mentoring, and teamwork — over the hard aspects of strategy and budgeting so prized in Orange. Family is their metaphor; everyone's voice should be heard and respected. You can't treat knowledge workers like cogs in a machine. *Empowerment and egalitarian management* are among the breakthroughs they introduced.

Practice shows, alas, that empowerment and egalitarian management are hard to sustain. Efforts to make everyone equal often lead to hidden power struggles, dominant actors who coopt the system, and organizational gridlock. Green companies, universities, and organizations that take egalitarianism too far have tended to bog down in debate and factionalism. Successful Green companies maintain a careful balance: taming the traditional hierarchy through constant investment in training and culture; reminding leaders and managers to wield their power carefully; and raising the skills of people on the front lines.

All of these organizational paradigms coexist today. In any major city one can find Red organizations (entities at the fringes of the law), Amber organizations (public schools and other government entities), Orange organizations (Wall Street and Main Street companies), and Green organizations (values-driven businesses and many nonprofits). Look closely at how an organization operates — its structure, leadership style, or any core management process — and you can quickly guess the dominant paradigm. Take compensation, for example: How are people rewarded? In a Red company,

Punkt nr. 3 - Beslutnings sag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 4 - Side -4 af 11

the boss shares the spoils as he or she pleases, buying allegiance through reward and punishment. In Amber organizations, salaries are tightly linked to a person's level in the hierarchy ("same rank, same pay") and there are no incentives or bonuses. Orange companies offer individual incentives to reward star performers, while Green companies generally award team bonuses to encourage cooperation.

Today, in small but increasing numbers, leaders are growing into the next stage of consciousness, beyond Green. They are mindful, taming the needs and impulses of their ego. They are suspicious of their own desires — to control their environment, to be successful, to look good, or even to accomplish good works. Rejecting fear, they listen to the wisdom of other, deeper parts of themselves. They develop an ethic of mutual trust and assumed abundance. They ground their decision making in an inner measure of integrity. They are ready for the next organizational paradigm. Its color is Teal.

The Nature of Teal

In 2012, I set out to find some examples of Teal organizations and describe the factors that set them apart. To qualify, an organization had to employ a minimum of 100 people and had to have been operating for a minimum of five years in ways that were consistent with the characteristics of a Teal stage of human development.

After screening a great number of organizations, I focused on 12, selecting those that were most advanced in reinventing management structures and practices. (See "Examples of Teal Management," where ten are listed; the other two, AES and BSO/Origin, reverted back to more traditional management practices after a change of CEO or ownership). I was struck by the diversity of these organizations. They include publicly held and privately held for-profit corporations along with nonprofits in the consumer products, industrial, healthcare, retail, and education industries. Typically, the leaders of these companies didn't know about one another. They often thought they were the only ones to be so foolhardy as to rethink their management practices in fundamental ways. Yet, after much trial and error, they came up with strikingly similar approaches to management. It seems that a coherent new organizational model is emerging.

Examples of Teal Management

Buurtzorg: a Netherlands-based healthcare nonprofit, profiled in this article.

ESBZ: a publicly financed school in Berlin, covering grades seven to 12, which has attracted international attention for its innovative curriculum and organizational model.

FAVI: a brass foundry in France, which produces (among other things) gearbox forks for the automotive industry, and has about 500 employees.

Heiligenfeld: a 600-employee mental health hospital system, based in central Germany, which applies a holistic approach to patient care.

Punkt nr. 3 - Beslutningsag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 4 - Side -5 af 11

Morning Star: a U.S.-based tomato processing company with 400 to 2,400 employees (depending on the season) and a 30 to 40 percent share of the North American market. (If you have eaten pizza or spaghetti sauce in the U.S., you have probably tasted a Morning Star product).

Patagonia: a US\$540 million manufacturer of climbing gear and outdoor apparel; based in California and employing 1,300 people, it is dedicated to being a positive influence on the natural environment.

Resources for Human Development (RHD): a 4,000-employee nonprofit social services agency operating in 14 states in the U.S., providing services related to addiction recovery, homelessness, and mental disabilities.

Sounds True: a publisher of multimedia offerings related to spirituality and personal development, with 90 employees in the United States.

Sun Hydraulics: a maker of hydraulic cartridge valves and manifolds, with factories in the U.S., the U.K., Germany, and Korea employing about 900 people.

Holacracy: a management system first developed at the Philadelphia-based software company Ternary, which has been adopted by a few hundred profit- and not-for-profit organizations around the world, most famously by Zappos.

Like previous leaps to new stages of management, the new model comes with a number of important breakthroughs:

- **Self-management.** Teal organizations operate effectively, even at a large scale, with a system based on peer relationships. They set up structures and practices in which people have high autonomy in their domain, and are accountable for coordinating with others. Power and control are deeply embedded throughout the organizations, no longer tied to the specific positions of a few top leaders.
- **Wholeness.** Whereas Orange and Green organizations encourage people to show only their narrow “professional” selves, Teal organizations invite people to reclaim their inner wholeness. They create an environment wherein people feel free to fully express themselves, bringing unprecedented levels of energy, passion, and creativity to work.
- **Evolutionary purpose.** Teal organizations base their strategies on what they sense the world is asking from them. Agile practices that sense and respond replace the machinery of plans, budgets, targets, and incentives. Paradoxically, by focusing less on the bottom line and shareholder value, they generate financial results that outpace those of competitors.

Changing Paradigms at Buurtzorg

Buurtzorg, a large Dutch nursing care provider, is a good example of an organization running with Teal management structures and practices. Since the 19th century, every neighborhood in the Netherlands has had a local nurse who makes home visits to care for the sick and the elderly. These

Punkt nr. 3 - Beslutningsag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 4 - Side -6 af 11

nurses operated largely autonomously until the early 1990s. Then, to maximize efficiency and reduce costs, the government created incentives for care-giving agencies to merge into larger enterprises.

The new agencies, most of which were private companies, gravitated toward an Orange paradigm. Seeking to minimize downtime and allocate staff flexibly, they set up centralized call centers; instead of calling their nurse personally, clients now had to dial the center. Planners were hired to devise daily visiting schedules that minimized travel times. The agencies instituted time standards: 10 minutes for intravenous injections, 15 minutes for bathing, and 2.5 minutes for changing a compression stocking. Barcode stickers, placed on patients' front doors, tracked the nurses' progress so central managers could analyze their efficiency. As these organizations consolidated, they added more layers of management, all with the intention of increasing efficiencies and squeezing out costs.

The outcome has been distressing to patients and nurses alike. Clients, who are often elderly, have to cope with new faces in their home at every visit. They must repeat their medical histories to hurried nurses who have no time allotted for listening. The nurses, for their part, find these working conditions degrading. They know they should spend more time trying to understand the changing conditions of their patients, but they simply can't. The whole system is prone to errors, conflicts, and complaints.

Buurtzorg's purpose is not to give shots and change bandages efficiently but to help elderly patients live a rich and autonomous life.

Buurtzorg (the name means *neighborhood care* in Dutch) was founded in 2006 by Jos de Blok, who had experienced these problems firsthand, as a nurse for 10 years and then as a manager. His new organization is extraordinarily successful, having grown from four to 9,000 nurses in its first eight years and achieving outstanding levels of care. He set up the company as a self-managing enterprise. Nurses work in teams of 10 to 12, each team serving around 50 patients in a small, well-defined neighborhood.

Buurtzorg has a distinctive outlook on the nature of care. Its purpose is not to give shots and change bandages as efficiently as they can, but to help its patients live, as much as possible, a rich and autonomous life. Nurses regularly sit down for coffee with their patients. They help them structure their own support networks and reach out to families and neighbors. Patients see the same one or two nurses all the time, and often form deep bonds of trust and intimacy with them.

Clients and nurses love Buurtzorg. Only eight years after its founding, its market share has reached 60 percent. Financially, the results are stellar, too. One 2009 study found that Buurtzorg requires, on average, only 40 percent of the care hours needed by a more conventional approach, because patients become self-sufficient much faster. Emergency hospital admissions have been cut by a third, and the average hospital stay of a Buurtzorg patient is shorter. It's estimated that the Dutch social security system would save \$2 billion per year if the entire home-care industry adopted Buurtzorg's operations model.

Self-Management and Its Misconceptions

Punkt nr. 3 - Beslutnings sag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 4 - Side -7 af 11

Buurtzorg's 9,000 employees operate entirely with self-managing practices. Local teams of 10 to 12 nurses decide which patients to serve, how to allocate tasks, where to rent offices, how to integrate with the local communities, which doctors and pharmacies to work with, and how to collaborate with nearby hospitals. They monitor their own performance and take corrective action if productivity drops. Teams don't have team leaders; management tasks are spread across the members, all of whom are nurses.

One common misconception about self-management is that everyone is equal and decisions are made by consensus, which requires endless meetings. The truth is very different. Self-management requires a whole set of interlocking structures and practices, so that decision rights and power flow to any individual who has the expertise, interest, or willingness to step in to oversee a situation. Fluid, natural hierarchies replace the fixed power hierarchies of the pyramid. This requires explicit training. At Buurtzorg, all new team members take a course called Solution-Driven Methods of Interaction, learning sophisticated listening and communication skills, techniques for running meetings and making decisions, and methods of coaching one another and providing perspective.

You might assume that all this is managed through staff functions — the source of capability and power in many Orange and Green organizations. But Buurtzorg's 9,000 nurses are supported by fewer than 50 staff people. The nurses do their own recruiting and purchasing, contracting for specialized medical or legal expertise when needed. They align with the larger organization not through rules and procedures, but through the collaboration methods they learned. A powerful internal social network allows them to draw on guidance and medical expertise from fellow nurses in other parts of the country, many of whom they've never met.

The Embrace of Wholeness

In Amber, Orange, and Green organizations, people typically show up wearing a mask: the bishop's robe, the doctor's white coat, and the executive's suit all embody subtle, but real, expectations. Leaders fear that if people brought all of themselves to work — their moods, quirks, deepest aspirations, and uncertainties — things would quickly fall into disorder. Most people adopt an air of resolution and determination, favoring their masculine, rational selves. It feels unsafe to reveal the caring, inquiring, intuitive, and spiritual aspects of the self, or to express a desire for meaning. Many of us end up disowning some fundamental aspects of our selves. When an organization feels lifeless, is it because we bring so little life to work?

Teal organizations start from the premise, resonant with many wisdom traditions, that a person's deepest calling is to achieve wholeness. These organizations engender vibrant workspaces and practices where trust flourishes. People feel they can truly be themselves. Simple management practices foster a sense of personal connection. At Patagonia's headquarters in Ventura, Calif., for example, the company maintains a child development center for employees' preschoolers. Children's laughter and chatter are regularly heard; kids visit their parents' desks, join adults for lunch at the cafeteria, and run around in the playground outside. One sometimes sees a mother nursing her child during a meeting. At another Teal company, Sounds True, people regularly bring their dogs to work. Meetings often take place with two or three dogs lying at people's feet. Having children and animals

Punkt nr. 3 - Beslutnings sag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 4 - Side -8 af 11

present tends to reconnect people with deeper parts of themselves; they see one another not only as colleagues, but as part of a common humanity.

One harbinger of the rise of consciousness in the business world is the support given to contemplative practices. It's becoming fashionable, even in Wall Street banks, to offer meditation classes. But these are often treated as add-ons, separate from the real work. At the Heiligenfeld hospital chain inner work is woven deeply into daily life. Every week, colleagues from their five hospitals come together for 75 minutes of intensive, reflective dialogue about a theme such as dealing with risks or learning from mistakes. Heiligenfeld also devotes four days per year to silence. The staff speaks only when needed, in whispers; patients engage in forms of therapy that require no words, such as walks in the woods or painting sessions. People learn to interact from a deep place when words are not at hand.

The quest for wholeness can also be seen on the factory floor. At FAVI, a French automotive supplier, all engineers and administrative workers are trained to operate at least one assembly-line machine. When orders must be rushed out, white-collar workers come in to run the machines for a few hours. It's a wonderful community-building practice. People in engineering and administrative roles work under the guidance of the machine operators. They see for themselves how hard the work on the machines can be and how much skill it involves.

FAVI also has an in-depth onboarding process that ends with new teammates writing an open letter to the colleagues they have joined. The letters often describe how, perhaps for the first time in their career as a machine operator, their voice counts at work and they are considered worthy of trust and appreciation.

Evolutionary Purpose

Most organizations define a purpose for themselves in the form of a mission statement, which is typically engraved on a plaque in the headquarters lobby. Most of these statements, of course, sound hollow. The espoused purpose can't compete with the pursuit of profits or competitive advantage.

Buurtzorg's purpose, as discussed above, is to help sick and elderly patients live a rich and autonomous life. Its competitive advantage is the way it fulfills that purpose, with self-organization and wholeness. If it were a more traditional organization, it would try to keep this competitive advantage secret, and gain market share accordingly. Founder de Blok did the opposite. He wrote a book (*Buurtzorg: Menselijkheid Boven Bureaucratie*, [Boom Lemma uitgevers, 2010], coauthored with Aart Pool, whose title translates as "Humanity above Bureaucracy") in which he documented Buurtzorg's revolutionary ways of operating in great detail. He accepts all invitations from competitors to explain his methods, and acts as an advisor for two direct competitors without compensation.

"The whole notion of competition makes no sense," says de Blok. "If you share knowledge and information, things will change more quickly."

Punkt nr. 3 - Beslutnings sag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 4 - Side -9 af 11

Making purpose the cornerstone of an organization has profound consequences for leadership. In today's dominant management paradigm (Orange), leaders are supposed to define a winning strategy and then marshal the organization to execute it, like the human programmer of a machine who controls what it will do. In the Teal paradigm, founders and leaders view the organization as a living entity, with its own energy, sense of direction, and calling to manifest something in the world. They don't force a course of action; they try to listen to where the organization is naturally called to go. None of the organizations I researched has a strategy document. Gone are the often dreaded strategy formulation exercises, and much of the machinery of midterm plans, yearly budgets, cascaded KPIs, and individual targets. Instead of trying to predict and control, they aim to sense and respond.

FAVI uses a metaphor to explain this. Other companies look five years ahead and make plans for the next year. They prefer to think like farmers: Look 20 years ahead, and plan only for the next day. A farmer must look far out when deciding which fruit trees to plant or which crops to grow. But it makes no sense to plan a precise date for the harvest. One cannot control the weather, the crops, the soil; they all have a life of their own. Sticking rigidly to plan, instead of sensing and adjusting to reality, leads to having the harvest go to waste, which too often happens in organizations.

Practices based on sensing and responding, combined with self-management, lead to high levels of innovation. Two nurses on a Buurtzorg team found themselves pondering the fact that elderly people, when they fall, often break their hips. Could Buurtzorg help prevent this? Their team created a partnership with a physiotherapist and an occupational therapist from their neighborhood. They advised patients on small changes they could bring to their home interiors, and changes of habit that would minimize the risk of falling. Happy with their success, they approached de Blok to suggest turning "Buurtzorg+" (Buurtzorg + prevention) into a national program.

Had de Blok been a traditional CEO, he might have analyzed the idea and, if he approved it, assigned a team in headquarters to develop a comprehensive implementation plan. His actual answer was much humbler: Why should he, rather than the system itself, decide if this was a wise thing to do? He suggested that the same team of nurses package their approach and disseminate the idea on the company's internal social network. Hundreds of teams showed interest and the idea quickly caught on. Within a year, almost all teams had incorporated prevention into their work using that model.

In a self-managing, purpose-driven organization, change can come from any person who senses that change is needed. This is how change has occurred in nature for millions of years. Innovation doesn't happen centrally, according to plan, but at the edges, when some organism senses a change in the environment and experiments to find an appropriate response. Some attempts fail to catch on; others rapidly spread to all corners of the ecosystem.

Becoming a Teal Organization

Some companies, like Buurtzorg, are advanced on all three Teal breakthroughs: self-management, wholeness, and evolutionary purpose. Others are more advanced in one area than others — FAVI in self-management, Heiligenfeld in wholeness. None of the Teal companies I have identified have the scale of the largest Orange companies (such as Walmart) or Green ones (such as Southwest Airlines).

Punkt nr. 3 - Beslutnings sag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 4 - Side -10 af 11

This is still the dawn of the Teal paradigm. However, its promise is suggested by the success these organizations are having.

Every stage of organizational evolution is more mature and effective than the previous stage, because of the inherent attitude toward power. A Red leader asks, How can I use my power to dominate? An Amber leader asks, How can I use it to enforce the status quo? An Orange leader asks, How can we win? A Green leader asks, How can we empower more people? A Teal leader asks, How can everyone most powerfully pursue a purpose that transcends us all?

Research suggests that there are two — and only two — necessary conditions for developing a Teal organization.

1. Top leadership. The chief executive must have an integrated world view and psychological development consistent with the Teal paradigm. It is helpful if a few close colleagues share this perspective.

2. Ownership. Owners of the organization must also understand and embrace Teal world views. Board members who don't get it, experience shows, can temporarily give a Teal leader free rein. But when the organization hits a rough patch or faces a critical choice, owners will want to regain control in the only way that makes sense to them: appointing a CEO who exerts top-down, hierarchical authority.

What about businesses, nonprofits, schools, hospitals, government agencies, and other institutions where these conditions are not in place? Can a middle manager hope to influence an entire enterprise by showcasing Teal practices locally? As much as I would like to believe this is possible, my hopes are not high. Experience shows that it takes more than a successful local example to catalyze this sort of system-wide change.

However, as a middle or senior manager, you can introduce some elements of the new paradigm for your own benefit and that of your colleagues. Practices that encourage people to show more of their true selves might come across as unusual, but are unlikely to raise red flags with top leadership. Some elements of self-management can be introduced; for example, instead of imposing new targets, ask team members to determine, in a peer-based process, which targets could be changed. If the team functions well, don't attend the meeting. Let them come up with the best solution on their own so the targets will be theirs. Or when it's time to appoint someone to report to you, don't do it yourself. Let the team one level below write up the job description, interview candidates, and select their boss. Executives who have tried this find that subordinates take choosing their boss very seriously, and the process gives the boss a much stronger working relationship with the team.

The full benefit, of course, accrues to those organizations that fully embrace the new paradigm. When I spent a day with de Blok in the small headquarters of Buurtzorg, I was struck by how much simpler work life could be. Buurtzorg is a 9,000-person organization growing at breakneck speed. But after several hours of conversation, I realized we hadn't been interrupted once. No urgent phone calls; no assistant coming in to whisper in the CEO's ear that something had come up. Work in Teal organizations seems to unfold so easily it sometimes verges on the magical. Control and self-

Punkt nr. 3 - Beslutnings sag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte
Bilag 4 - Side -11 af 11

correction is embedded in the system, and no longer requires leaders to be on top of everything at all times.

In the past, with every change in consciousness (from Red to Amber to Orange and to Green), more powerful and life-enhancing forms of management have emerged. After the full emergence of the Teal paradigm, we will probably look back and find the organizational forms and practices of the late 20th and early 21st century alienating and unfulfilling. Already, it's clear that we can create radically more productive, soulful, and purposeful businesses and nonprofits, schools, and hospitals. We are at an inflection point: a moment in history where it's time to stop trying to fix the old model and instead make the leap to the next one. It will be better suited to the complexity and challenges of our times, and to the yearning in our hearts.

The story line of evolution in this article, and the use of colors to describe stages, draws on the work of several thinkers, including Clare Graves, Ken Wilber, Jenny Wade, Don Beck, Robert Kegan, and Jane Loevenger.

Reprint No. 00344



Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model

Bradford H. Gray, Dana O. Sarnak, and Jako S. Burgers

The mission of The Commonwealth Fund is to promote a high performance health care system. The Fund carries out this mandate by supporting independent research on health care issues and making grants to improve health care practice and policy. Support for this research was provided by The Commonwealth Fund. The views presented here are those of the authors and not necessarily those of The Commonwealth Fund or its directors, officers, or staff.

For more information about this brief, please contact:

Bradford H. Gray, Ph.D.
Senior Fellow
Urban Institute
bgray@urban.org

To learn more about new publications when they become available, visit the Fund's website and register to receive email alerts.

Commonwealth Fund pub. 1818
Vol. 14

Abstract The Dutch home-care provider Buurtzorg Nederland has attracted widespread interest for its innovative use of self-governing nurse teams. Rather than relying on different types of personnel to provide individual services—the approach taken by most home health providers—Buurtzorg expects its nurses to deliver the full range of medical and support services to clients. Buurtzorg has earned high patient and employee ratings and appears to provide high-quality home care at lower cost than other organizations. This case study reviews Buurtzorg's approach and performance thus far and considers how this model of care might be adapted for the United States.

BACKGROUND

Buurtzorg Nederland, a nonprofit Dutch home-care organization, has garnered international attention for delivering high-quality care at lower cost than most competing organizations through the deployment of self-governing nurse teams. When they go into a patient's home, Buurtzorg's nurses provide not only medical services that require nursing training but also many support services that lesser-trained (and cheaper) personnel usually provide in other home-care organizations.

By many measures, Buurtzorg Nederland has been an extraordinary success. Starting with one team in 2007 in the small city of Almelo, Buurtzorg (Dutch for “neighborhood care”) has grown into a national organization that by 2015 employed 8,000 nurses in 700 teams. These nurses cared for 65,000 patients in 2014.¹ Early efforts are under way in several countries, including Japan, Norway, Sweden, the United Kingdom, and the United States, to adapt the Buurtzorg approach to local circumstances, and many other Dutch home-care organizations have begun adopting aspects of the Buurtzorg model. According to Sharda S. Nandram, a Dutch management professor, Buurtzorg has created a new management approach—“integrating simplification,” characterized by a simple, flat organizational structure through which a wide range of services, facilitated by information technology, can be provided.²

Government surveys have repeatedly shown that Buurtzorg's patients are highly satisfied. Moreover, surveys of employees over several years indicate the organization has the most satisfied workforce of any Dutch company with more than 1,000 employees.³ The model also appears to achieve savings. In the

Netherlands, insurers pay for home care on an hourly basis, and Buurtzorg's teams of nurses have used fewer hours to meet patients' needs than have other organizations.

As Buurtzorg has grown, however, so too have suspicions that this success is at least partly based on cherry-picking the most profitable patients.⁴ In response, the Dutch Ministry of Health, Welfare, and Sport commissioned the consulting firm KPMG to conduct a study comparing Buurtzorg to other home-care providers, controlling for differences in patient characteristics. The results, published in January 2015, offer the best available evidence of Buurtzorg's performance on measures of cost.⁵ They show that Buurtzorg is indeed a low-cost provider of home-care services, and that this effectiveness is not attributable to its patient mix. However, when patients' nursing home, physician, and hospital costs were added to the analysis, Buurtzorg's *total* per-patient costs were about average for the Netherlands.

Our examination of the Buurtzorg approach and its possible applicability to the United States is based on published information and on telephone and in-person interviews conducted in February and March 2015 with Buurtzorg's CEO, colleagues, and members of a Buurtzorg nursing team. Additional interviews obtained perspectives from Dutch government officials and insurers, the nation's leading patient advocacy organization, a competing home-care provider, the Dutch primary care physician association and home-care trade association, the principal investigator at KPMG, and people involved in the early effort to implement a Buurtzorg program in Minnesota. (For a complete list of individuals interviewed, see [Appendix A](#).)

BUURTZORG CARE MODEL

Home care in the Netherlands is provided to patients needing temporary services following hospital discharge, patients with chronic conditions requiring medical services, people with dementia, and individuals in need of end-of-life care. Home-care organizations contract with government-funded insurance companies to provide 10 different home-care services.⁶ The number of authorized hours is based on individual patient assessments.⁷

Some home-care services require nursing expertise, but many others, such as help with activities of daily living (e.g., dressing, bathing, or toileting), can be provided by less trained, less expensive personnel.⁸ Home-care organizations typically have deployed nurses to provide only those services that require their knowledge and skill, while sending less costly personnel to perform other services. With various caregivers coming at different times on different days to provide services, such an approach can jeopardize continuity of care. By several accounts, both patients and nurses were often dissatisfied with the traditional home-care model.

Buurtzorg has taken a radically different approach, reflecting the vision of its CEO and cofounder, Jos de Blok, an experienced home-care nurse with management training. The goals of the model are to bring a holistic, neighborhood-based approach to the provision of services; maximize patients' independence through training in self-care and creation of networks of neighborhood resources; and rely on the professionalism of nurses (Exhibit 1). One of de Blok's oft-stated mottos is "humanity over bureaucracy."

The care model that grew out of these ideas gives self-governing teams of 10 to 12 highly trained nurses responsibility for the home care of 50 to 60 patients in a given neighborhood.⁹ The teams work with the patients and their families, primary care providers, and community resources to meet patients' needs and help them maintain or regain their independence.

Exhibit 1. Buurtzorg Care Model: Goals and Structure

Goals	Structure
<ul style="list-style-type: none"> • Create self-governing teams of nurses to provide both medical and supportive home care services • Become a sustainable, holistic model of community care • Maintain or regain patients' independence • Train patients and families in self-care • Create networks of neighborhood resources • Rely on the professionalism of nurses (How do you manage professionals? You don't!) 	<ul style="list-style-type: none"> • Independent teams (with a maximum of 12 nurses) take responsibility for all aspects of care for 50-60 patients • Relies on IT system for online scheduling, documentation of nursing assessments and services, and billing • Coaches are available to problem-solve for each team • Small back office handles administration

Source: K. Monsen and J. de Blok, "Buurtzorg Nederland," *American Journal of Nursing*, Aug. 2013 113(8):55-59.

Buurtzorg nurses are responsible for the entire range of home-care services: assessing patients' needs, developing and implementing care plans, providing services or scheduling medical visits as needed, and generating the documentation needed to facilitate continuous care and billing. Buurtzorg collects information about patients' satisfaction at the completion of the course of care (in addition to the patient surveys carried out by the health ministry). A modern information technology (IT) system and intranet enable online scheduling, documentation of nursing assessments and services, and billing as well as the sharing of information within and across teams.¹⁰

Coaches—not managers—are available to solve problems.¹¹ There were 15 coaches for the 700 teams in early 2015. Arend Jan Zwart, a Buurtzorg coach, said that more of his work pertains to helping teams function than to providing advice about patient care.¹² Nurses do not report to managers, though their work hours are tracked.¹³ The small back office (with fewer than 50 people in early 2015) carries out functions such as salary administration, contracting for teams' offices, and financial administration. Under a union agreement, the nurses are paid according to their education level, with a standard annual increase and bonuses based on years working for Buurtzorg.¹⁴ Surplus revenues are used for continuing education of nurses, team projects to improve community health, and organizational innovations.¹⁵

The use of self-regulating teams provides flexibility in work arrangements to meet both nurses' and patients' needs. For example, the six nurses in a team we visited in Haaksbergen, a Dutch town of about 19,000 people a few miles from Almelo, work 16 to 24 hours per week (though 32 hours is said to be more typical). Two nurses share responsibility for six to eight patients at a given time, making visits mostly in the mornings and evenings. Every other week, the team meets to review patients' cases and discuss problems. It shares a small two-office building with another six-person team from which it had amicably split. Two other Buurtzorg teams, one of which specializes in dementia patients, work in the community.

BUURTZORG'S PERFORMANCE

Buurtzorg's rapid growth appears to be rooted in several factors. First, the model of care is popular among nurses with home-care experience, enabling recruitment of talented staff.¹⁶ Second, the high patient and family satisfaction ratings (see [Appendix B](#)) and good health outcomes have helped teams obtain referrals from physicians and hospitals as well as word-of-mouth recommendations. In addition, a 2009 Ernst and Young study found that Buurtzorg—then a much smaller organization—was able to meet patients' needs while using 40 percent of the authorized patient care hours, compared

with the average among other home-care organizations of about 70 percent. The study also found that Buurtzorg's patients required care for less time, regained autonomy quicker, had fewer emergency hospital admissions, and shorter lengths-of-stay after admission. In addition, the company had lower overhead costs than other home-care providers (8% of total costs, compared with 25%) and less than half the average incidence of sick leave and employee turnover.¹⁷

De Blok himself became a visible and effective advocate for the company in policy circles and popular media. In addition to touting Buurtzorg's high levels of patient and nurse satisfaction, he could point to evidence that its nurses were able to meet patients' needs in fewer hours than other home-care organizations—leading to better care at lower cost.¹⁸ This claim helped drive the organization's growth and earned it government support.¹⁹

Criticisms of the Buurtzorg Model

Buurtzorg's rapid growth was accompanied by criticism from some quarters, particularly competitors. In interviews, detractors claimed that Buurtzorg patients needing unplanned care sometimes had to seek help from other home-care organizations or hospital emergency departments. In addition, Buurtzorg teams, according to other critics, selected complex patients with multiple needs—meaning more billable hours per home visit and less time spent on travel, which is not reimbursed.²⁰

We did not find evidence to substantiate either claim. Regarding the first, de Blok argues that effective home care minimizes the need for unplanned care, and that only rarely have other home-care organizations been called on to help care for Buurtzorg patients (as his teams have sometimes done for other groups). We did not learn of any physician or patient complaints about Buurtzorg's teams being unresponsive to patients' needs for unplanned care; moreover, it is difficult to see how an unresponsive organization could achieve Buurtzorg's high patient satisfaction ratings.²¹

As for the claim that Buurtzorg teams select complex patients to maximize revenue, de Blok notes that Buurtzorg's patient mix reflects referrals from physicians—many of whom are aware of Buurtzorg's success and thus more likely to refer their complex patients to the organization, a point borne out in a 2009 study.²² He also notes that average patient visits by Buurtzorg nurses last 25 minutes, comparable with the average for competing home-care providers. It is also difficult to square the allegation with the finding that Buurtzorg's patients receive care for less time.

Latest Research

Buurtzorg's increasing prominence and criticisms about cherry-picking led the Dutch Ministry of Health, Welfare, and Sport to commission the consulting firm KPMG to compare Buurtzorg's performance with that of peer organizations. Published in January 2015, the study found that Buurtzorg ranked among the best home-care agencies in the country on measures of patient-reported experiences, while providing substantially fewer hours of care than the average home-care organization (108 hours vs. 168 hours per patient year) (Exhibit 2).²³ Its case-mix adjusted costs were relatively low (at the 38th percentile, meaning that 62 percent of home-care providers were more expensive), even though its personnel costs per hour were substantially higher than average (€54.47 vs. €48.74 [\$59.24 vs. \$53.00]). The case-mix adjustments in the data analysis were aimed at minimizing the possibility that cost differences were the result of patient selection either by Buurtzorg or other providers.²⁴

KPMG extended this analysis by looking at the nursing home and “curative” (physician and hospital) costs for home-care patients. Compared with the average home-care organization, Buurtzorg

Exhibit 2. Cost Comparison: Buurtzorg vs. Other Dutch Home-Care Providers

	Buurtzorg	Other Dutch home-care providers
Average hours of home care (per client per year)	108 hours	168 hours
Average home-care costs (excluding follow-up costs)	€6,428 (\$6,990)	€7,995 (\$8,695)
Average follow-up costs in the Exceptional Medical Expense Act (mainly nursing home cost)	€2,029 (\$2,207)	€2,510 (\$2,730)
Average follow-up medical (physician and hospital) costs	€7,787 (\$8,468)	€5,187 (\$5,641)
Total case-mix adjusted cost per client, including home care and follow-up costs	€15,357* (\$16,701)	€15,856* (\$17,243)

* Only the total costs include case-mix adjustment.

Source: KPMG, *The Added Value of Buurtzorg Relative to Other Providers of Home Care: A Quantitative Analysis of Home Care in the Netherlands in 2013* [in Dutch], Jan. 2015.

patients were less likely to go into nursing homes but subsequent costs for curative care were higher (at the 91st percentile of home-care organizations). When all of these costs were included, Buurtzorg’s case-mix adjusted total costs per client were just below the national average (49th percentile).

The KPMG report did not speculate on the reason for low nursing home costs and high curative care costs, calling it a question for follow-up research. The findings appear contradictory, because the former is suggestive of good home care while the latter may not be. Yet the nurses’ high level of credentialing, the growth of referrals to Buurtzorg teams, and the organization’s high satisfaction rates suggest that Buurtzorg delivers high-quality care. Perhaps highly trained nurses are particularly likely to spot problems requiring a physician’s attention.

It is also possible, however, that Buurtzorg’s patient population—the composition of which is heavily influenced by physicians’ referral practices—may include a disproportionate share of patients on a downward health trajectory (owing to Alzheimer’s disease, for example) compared with patients requiring short-term care following hospital discharge. If true, this would explain the higher curative costs. Unfortunately, although KPMG’s analysis adjusted for case mix, it did not describe how Buurtzorg’s patient mix compared with that of other Dutch home-care providers.

In sum, the KPMG study concludes that Buurtzorg’s highly satisfied, self-managing teams of nurses provide low-cost home care that is both efficient (fewer hours per patient) and of high quality (as measured by patient satisfaction), but at a total cost—including nursing home, physician, and hospital costs—that is about average for Dutch home-care providers.

APPLICABILITY TO THE UNITED STATES

In the United States, an effort to create a home-care organization modeled on Buurtzorg began in 2014 in Stillwater, Minnesota, with financial support and guidance from Buurtzorg Nederland.²⁵ By early 2015, Buurtzorg USA had become a legally constituted nonprofit organization with a rudimentary administrative structure and a Minnesota Comprehensive Home Care License. The new organization had four nurse employees and a contract with a Humana subsidiary to provide care coordination services, and had cared for its first few home-care clients on a private-pay basis.²⁶ Efforts were under way to raise awareness of Buurtzorg as a home-care provider among local health care and social service organizations, establish eligibility to bill Medicare and Medicaid, and adapt Buurtzorg Nederland’s information technology system for use in the U.S.

Buurtzorg USA faces several challenges, including the need to develop a referral network since it does not have a built-in source of referrals, as might a subsidiary of a hospital system. According to the organization's director, Michelle Michels, efforts to build awareness through outreach to churches and social services organizations are beginning to pay off. Michels is optimistic that Buurtzorg USA can attract patients and build a workforce of nurses to provide the full range of in-home services.

The major challenge the organization faces is the need to deal with multiple payers, each with its own payment rules and procedures. This will make it difficult for nurses to follow the approach of the Dutch Buurtzorg nurses, who do their own billing. It took the Dutch Buurtzorg several years to negotiate a flat per-hour payment method for its services; doing so in the U.S. would require both Medicaid and Medicare waivers.

Surmounting such challenges may have been less daunting if Buurtzorg USA were part of another organization, such as a health system or visiting nurse service. But De Blok chose to create his organization from the ground up, rather than trying to change the culture of an existing organization. He says, however, that spreading Buurtzorg through a franchising approach may also be feasible.

BUURTZORG'S FUTURE

Buurtzorg Nederland achieved success within a particular policy environment and marketplace. It will certainly face new competitive challenges as other providers adopt elements of its model. The payment environment may also become more difficult: in 2015, cost-containment pressures led the Dutch government to change the payment system for home care, putting the insurance companies through which government funds flow at financial risk for the costs of home care. Buurtzorg would be disadvantaged, for example, if insurance companies were to base their contracts on per-hour rather than per-case costs.

Buurtzorg's ability to adapt to such changes will be an important test of the model's resilience. Growth itself may also provide challenges, if the number of Buurtzorg teams continues to increase at a much faster rate than the headquarters office that provides administrative support. And organizations created by a charismatic leader eventually face difficult questions of sustainability and transition.

Beyond its growth in home care in the Netherlands and abroad, the Buurtzorg self-management model is being tried in different kinds of organizations, particularly those in which staff morale is a chronic issue, such as long-term care facilities.

Ultimately, the importance of Buurtzorg may lie not just in the wholesale spread of this model but in the recognition of the value of its key components. These include the collocation of health professionals in neighborhood settings and the provision of comprehensive and coordinated care. Perhaps most important, however, is the use of self-managed teams. With their potential to bring joy to work, autonomous work teams may offer an antidote to the growing problem of burnout among health professionals.²⁷

NOTES

- ¹ Interview with Jos de Blok, February 18, 2015. He provided additional information via email.
- ² S. S. Nandram, *Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland* (Cham, Switzerland: Springer, 2014).
- ³ The employee surveys are conducted by Effectory, an international organization that conducts employee surveys to help organizations use employee engagement to improve organizational performance.
- ⁴ Both terms were used by people interviewed in February 2015 by author Bradford H. Gray.
- ⁵ KPMG, *The Added Value of Buurtzorg Relative to Other Providers of Home Care: A Quantitative Analysis of Home Care in the Netherlands in 2013* [in Dutch], Jan. 2015.
- ⁶ As explained by Olivier van Noort of the insurer Menzies, there are three levels (basic, extra, and special) of three functions—nursing, personal care, and counseling—and AIV (advice, information, and education for people with diseases like diabetes or COPD who don't need long-term care but who do need a few hours of education for secondary prevention purposes). Basic care takes place according to a plan (e.g., five hours a week for assistance in bathing and dressing). Extra is for unscheduled 24/7 care. Special is for complex patients that require more than ordinary services (e.g., active case management).
- ⁷ During the years of Buurtzorg's growth, determinations of patients' eligibility for home-care services were made by independent organizations related to the insurance companies. The services provided by home-care organizations operated within the constraints of "indications" of need—e.g., for how many hours of what sort of care over what period of time.
- ⁸ The list of services provided includes preparation of "simple meals" but not housekeeping support. See K. Monsen and J. de Blok, "Buurtzorg Nederland," *American Journal of Nursing*, Aug. 2013 113(8):55–59.
- ⁹ De Blok said in early 2015 that 70 percent of Buurtzorg's nurses have the equivalent of a bachelor's degree and most of the others have at least two to three years of training. The organization's emphasis on a highly trained workforce distinguishes it from prevailing practices in Dutch home care.
- ¹⁰ The Omaha System is an electronic standardized taxonomy used for planning, documenting, and analyzing client care. It includes a problem classification system (42 environmental, psychosocial, physiological, and health-related behavioral problems), an intervention scheme that covers different services, and an outcome-rating scale for knowledge, behavior, and health status. It is used by Buurtzorg not only for planning and documenting care but also for billing and analyses of patterns of services.
- ¹¹ Coaches rely on experience. The rich electronic data trove created by nurses is not yet being used to create a learning health care system in which data about services are analyzed for lessons for health care improvement.
- ¹² According to Zwart, such problems include coping with absences because of illness, poor performance of a colleague, disagreements within teams about some patient care issue, and issues regarding management of teams' financial performance.
- ¹³ Nurses who fall below the target of 60 percent of their time in a year spent on billed-for services are notified.
- ¹⁴ Email correspondence with Jos de Blok, February 27, 2015.
- ¹⁵ Monsen and de Blok, "Buurtzorg Nederland," 2013, p. 57.

Punkt nr.⁸ 3 - Beslutningssag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte
Bilag 5 - Side -8 af 12

- ¹⁶ A large stack of transmittal letters conveying employment contracts to new nurse employees was on the table awaiting de Blok's signature on the day Gray visited Buurtzorg's offices in Almelo in February 2015. De Blok said that on average the organization hired about 150 new nurses per month.
- ¹⁷ This summary comes from Monsen and de Blok, "Buurtzorg Nederland," 2013.
- ¹⁸ Buurtzorg was able to meet patients' needs in far fewer hours than had been authorized. See note 7.
- ¹⁹ One of these involved a dispute with insurers when Buurtzorg, because of its rapid growth, exceeded the number of patient care hours for which it had contracted. The dispute was eventually settled, largely in Buurtzorg's favor.
- ²⁰ We were told that there had also been claims that Buurtzorg's relatively lower costs might be because of selection of patients with light care needs.
- ²¹ David Ikkersheim, director of the KPMG study, also noted in a personal communication that the study's case-mix adjustment (which included patients' zip codes) accounts for differences in travel time.
- ²² A. J. E. de Veer et al., *Ervaringen van Buurtzorgecliënten in landelijk perspectief* (NIVEL, 2009).
- ²³ These were the Consumer Quality Index based on a survey conducted biennially for the government and the Net Promoter Score (the percentage who would recommend the organization to a friend minus the percentage who would not do so).
- ²⁴ Variables in the case-mix adjustment included patients' age, sex, zip code, socioeconomic status, and "pharmaceutical cost group" as a proxy for high-cost conditions including COPD/severe asthma, depression, diabetes (I and II), cardiac disorders, HIV/AIDS, cancer, kidney disorders, Parkinson, psychosis/Alzheimer's, addiction, rheumatism, and transplants.
- ²⁵ The Minnesota location grew from de Blok's attendance at a University of Minnesota conference about the Omaha care documentation system and the subsequent visit to Buurtzorg by Minnesota AARP's Michele Kimball (who became the initial leader of Buurtzorg USA) and several Minnesota nurses.
- ²⁶ Information about the American Buurtzorg comes primarily from two of the founders, Michele Kimball and Michelle Michels, the first nurse hired who is now director of the organization.
- ²⁷ We are grateful to Maureen Bisognano of the Institute for Healthcare Improvement for discussion of these points.

APPENDIX A. LIST OF INTERVIEWEES

Jos de Blok, Gertje van Roessel, Arent Jan Zwart
Buurtzorg Nederland

Olivier van Noort
Menzies (Dutch insurer)

David Ikkersheim
KPMG Plexus

Ineke van der Voort
Dutch Health Care Institute

Anno Pomp
Ministry of Health, Welfare, and Sport

Petra Schout
Dutch Patient and Consumer Federation

Irma Harmelink
ZorgAccent (competing home care organization)

Rob Dijkstra
Dutch College of General Practitioners

Guus van Montfort and Hillie Beumer
ActiZ (trade association)

Marjet van Baggum and Sander Koopman
Dutch Healthcare Authority

Marieke J. Schuurmans
University Medical Center Utrecht

Ab Klink
Former Minister of Health, Welfare, and Sport

Appendix B. Patient and Nurse Satisfaction with
the Netherlands' Buurtzorg Home-Care Model

Patient satisfaction	Nurse satisfaction
<ul style="list-style-type: none">• In a 2015 study, Buurtzorg patient ratings on measures pertaining to physical care, staff quality, information, and participation were in the top 10 of 370 home health agencies.¹• In a 2015 study, Buurtzorg ranked 7th of 360 home health agencies on whether patients said they would recommend their provider to family and friends.¹• In 2012, Buurtzorg ranked 1st among all home-care organizations in patient satisfaction in the national quality-of-care assessment.²• Patient satisfaction was measured at 9.1 out of 10 in a study conducted from 2008 to 2010.³• In 2009, Buurtzorg had the highest satisfaction rates among patients anywhere in the country.⁴	<ul style="list-style-type: none">• Buurtzorg Nederland was named the best employer in the Netherlands in 2010, 2011, and 2012 by Effectory, a Dutch company that collects, analyses, and uses feedback from employees and customers.³

Sources: ¹ KPMG, *The Added Value of Buurtzorg Relative to Other Providers of Home Care: A Quantitative Analysis of Home Care in the Netherlands in 2013* [in Dutch], Jan. 2015; ² K. Leichsenring, "Integrated Care for Older People in Europe—Latest Trends and Perceptions," *International Journal of Integrated Care*, Jan.–March 2012 12:e7; ³ K. Monsen and J. de Blok, "Buurtzorg Nederland," *American Journal of Nursing*, Aug. 2013 113(8):55–59; and ⁴ A. J. E. de Veer et al., *Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief* (NIVEL, 2009).

ABOUT THE AUTHORS

Bradford H. Gray, Ph.D., is a senior fellow at the Urban Institute in Washington, D.C., editor of *The Milbank Quarterly*, and senior advisor to The Commonwealth Fund's Harkness Fellowships Program. He previously directed the Division of Health and Science Policy at the New York Academy of Medicine. He was director of the Program on Nonprofit Organizations at Yale University, where he also directed the Institution for Social and Policy Studies and was a professor of public health. Earlier in his career, he was a study director at the Institute of Medicine and a staff member for the National Commission for the Protection of Human Subjects and the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Research. He has written extensively about for-profit and nonprofit health care, and has also done research on Medicaid, managed care, ethical issues in research, and the politics of health services research. He holds a Ph.D. in sociology from Yale University. He is a fellow of AcademyHealth and the Hastings Center and a member of the Institute of Medicine.

Dana O. Sarnak, M.P.H., is research associate for The Commonwealth Fund's International Program on Health Policy and Practice Innovations (IHP), having been promoted from program associate for research and fellowships. In her new role, Ms. Sarnak provides the international program with ongoing research, writing, and analytic support. She is a key member of the IHP survey team, playing an important role in designing and analyzing the data for the Fund's annual international health policy surveys and coauthoring the annual survey article. She joined the Fund in February 2013 having previously served as a policy analyst for the Institute for Children, Poverty, and Homelessness. Ms. Sarnak holds an M.P.H. in International Community Health from New York University.

Jako S. Burgers, M.D., Ph.D., is a general practitioner and senior researcher at IQ Healthcare, based at the Medical Centre of Radboud University Nijmegen in the Netherlands. In the 1990s he coauthored several guidelines produced by the Dutch College of General Practitioners. His thesis, "Quality of Clinical Practice Guidelines," was honored with the CaRe Award 2002 of the Netherlands School of Primary Care Research. In the 2000s Burgers became a leader in guideline methodology, with a focus on primary care and care coordination.

ACKNOWLEDGMENTS

In addition to the people mentioned in Footnotes 6 and 27, we benefited from advice from Sharda Nandrum, Dione Kringos, Karen Heleen te Velde, Gerdien Franx, and Patrick Jeurissen in the Netherlands and Maureen Bisognano, Karen Monsen, Mary Jo Kreitzer, Susan Reinhard, Carol Raphael, Robin Osborn, and Robert Kane in the United States.

Editorial support was provided by Martha Hostetter.

The aim of Commonwealth Fund-sponsored case studies of this type is to identify institutions that have achieved results indicating high performance in a particular area of interest, have undertaken innovations designed to reach higher performance, or exemplify attributes that can foster high performance. The studies are intended to enable other institutions to draw lessons from the studied institutions' experience that will be helpful in their own efforts to become high performers. It is important to note, however, that even the best-performing organizations may fall short in some areas; doing well in one dimension of quality does not necessarily mean that the same level of quality will be achieved in other dimensions. Similarly, performance may vary from one year to the next. Thus, it is critical to adopt systematic approaches for improving quality and preventing harm to patients and staff.



The
COMMONWEALTH
FUND

www.commonwealthfund.org

Punkt nr. 3 - Beslutnings sag: Studietur - regnskab og fagligt udbytte
Bilag 6 - Side -1 af 1

Program for besøg hos Philips:

Tid:	Indhold
15.00-16.00	Velkomst og præsentation af Philips sundhedsteknologiske løsninger herunder hvordan Philips samarbejder med sundhedsvæsnet om udvikling af løsninger. v/Sr. Director Willem Rozenberg
16.00-17.00	Fremvisning/demo af løsninger i demo-labs
17.00-18.00	Philips Digital Healthplatform. Dette er IKKE et alternativ til EPIC, men et univers af tools og services der skal understøtte de kliniske beslutninger, workflow etc. Det er et projekt, som Philips netop nu udvikler i samarbejde med partnere indenfor sundhedsområdet i en række lande. v./Head of HealthSuite Labs, Edgar v. Zoelen

Regnskab for studieturen - IT- og Afbureaukratiseringsudvalget - april 2016 - Holland

Udgiftspost	Beløb (DKK)
Fly	23.562,75
Hotel	13.433,75
Transport	9.775,65
Aktiviteter	10.703,38
Forplejning	8.165,16
Total	65.640,69

Regnskab for studieturen

Udgiftspost	Euro beløb	Euro Kurs	DKK beløb	Bemærkninger
Fly				
Flyrejser økonomiklasse t/r inkl. skatter			23.562,75	12 stk. flybillet á 11.079 kr inkl. moms. To afbud af udvalgsmedlem efter frist for hæftelse af fulde beløb, hvorfor disse billetter ikke kunne refunderes. 12 stk. flybillet á 9.000 kr inkl. moms. To afbud af udvalgsmedlem efter frist for hæftelse af fulde beløb, hvorfor den ene ikke kunne refunderes, mens den anden fik navneændring for 600 kr inkl. moms. 1 stk. flybillet á 2.883,75 kr. inkl. moms.
Hotel				
11 x hotelværelser inkl. morgenmad (1 overnatninger)			13.433,75	11 stk. hotelværelser - enkeltværelser inkl. morgenmad á 1.221,25 kr. inkl. moms.
Transport				
Buskørsel ift. program			7.871,00	
28.04.2016 - Taxi til AMC	73,24	Den er direkte omregnet	560,48	Mastercard Christian Worm
28.04.2016 - Taxi til AMC	56	755.371	423,00	Mastercard Mikael Skov Mikkelsen
29.04.2016 - Taxi til Buurtzorg oplæg	36,9		278,77	Mastercard Christian Worm
29.04.2016 - Taxi til Buurtzorg oplæg	26,79	755.535	202,4	Mastercard Mikael Skov Mikkelsen
CPh Parkering As			440	Mastercard Mikael Skov Mikkelsen
Aktiviteter				
29.04.2016 - Oplæg og frokost på Hotel Van der Valk	1052		7823,83	
Georg Jensen kortholdere 9 stk.			2.879,55	
Forplejning				
28.04.2016 - Sandwich og juice i Cph lufthavn			156	Mastercard Mikael Skov Mikkelsen
28.04.2016 - Restaurant Het Savarijn	913,95	755.486	6.904,76	Mastercard Mikael Skov Mikkelsen
29.04.2016 - drikkevarer, Mercure Hotel Nijmegen Centre	43,5	755.513	328,64	Mastercard Mikael Skov Mikkelsen
29.04.2016 - drikkevarer og mad, Transavia	18,25	755.535	137,88	Mastercard Lisbeth Willemoes
29.04.2016 - Drikkevarer og mad, Transavia	18,25	755.535	137,88	Mastercard Mikael Skov Mikkelsen
Forudbetalt booking af bord torsdag d. 28.04.2016			500,00	
Total			65.640,69	
Fraværs- og transportgodtgørelse (KSJ, PI, ÖK, RM, LM, VM)			5843,48	
Godtgørelse for tabt arbejdsfortjeneste (KSJ, PI, ÖK)			11607,5	
Udgifter i alt			83.091,67	

Arbejdsplan for It- og afbureaukratiseringsudvalget - 2. halvår 2016

1. NOVEMBER 2016	
Informationssikkerhed	Status på regionens arbejde med informationssikkerhed
Status på SP	Meddelelse
Telemedicin	Oplæg om gevinsterne ved Telemedicin mhp. drøftelse af regionens fremtidige linje på området
Genbrugs- og donationslager	Initieret af It- og afbureaukratiseringsudvalget har Regionsrådet med budget 2016 besluttet at oprette et genbrugs- og donationslager i Region Hovedstaden. Med denne sag gives en status på arbejdet.
Min Sundhedsplatform	Efter go-live skal udvalget præsenteres for en orientingssag om effekterne af de nye funktioner.
Opdatering af kongeindikatorer og driftsmål	Beslutningssag: 2. behandling
Debatemner til Folkemødet 2017	Drøftelsessag: Drøftelse af egnede emner.
Patientrapporterede oplysninger (PRO)	Orienteringssag: Status på igangsættelse af national udbredelse af anvendelsen af patientrapporterede data (PRO) på en række områder.
Arbejdsplan for 2017	Drøftelsessag
29. NOVEMBER 2016	
Indikatorer for udbredelse, anvendelse og effekt af Sundheds-it	Status på tilpasning af indikatorsættet for udbredelse, anvendelse og effekt af sundheds-it, jf. ØA16
Overordnet status på drift og udvikling (CIMT)	Meddelelse - Kvartalsvis orientering fra CIMT vedr. status på drift og udvikling
Status på SP	Meddelelse
Cognitive computing	Özkan Kozak har bedt om et oplæg om kunstig intelligens
Temadrøftelse: Internet of things	Efterspurgt af Pia Illum
Handlingsplan for informationssikkerhed	Beslutningssag

Uplanlagte punkter

UPLANLAGTE PUNKTER	
Møde med Lægeforeningens it-udvalg	Udvalget har på januar 2015-mødet efterspurgt at man invitere lægeforeningens it-udvalg ind til en konstruktiv drøftelse
Temadrøftelse: Erfaringer med store offentlige it-projekter	Oplæg fra fx statens it-projektråd eller forsker vedr. erfaringer med store offentlige it-projekter. Herunder hvor de store udfordringer ligger, hvilke faktorer som er afgørende for succes mv.
Anvendelsen af data	Præsentation og drøftelse af muligheder og strategi for anvendelse af Data i regionen, herunder ift. nye muligheder med Sundhedsplatformen.
It- og medicoteknologi i kvalitetsfundsbyggerierne	Præsentation af arbejdet med it- og medicoteknologi i kvalitetsfundsbyggerierne.
CIMT målbillede	Præsentation af CIMT målbillede

Overordnet status på drift og udvikling – orientering fra CIMT

august 2016

REGION

**Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra
Indholdsfortegnelse
Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)**

Bilag 1 - Side -2 af 16

1	CIMT SERVICEDESK	3
1.1	Håndteringen af telefoniske henvendelser i CIMT Servicedesk.....	3
1.2	Straksafklaringer og svartid inden for 5 min i CIMT Servicedesk.....	4
1.3	Antal indkomne og lukkede sager.....	5
2	SYSTEMDRIFT OG -SUPPORT.....	7
2.1	Systemsvartider.....	8
2.2	Håndteringen af telefoniske henvendelser i Klinisk Servicedesk.....	9
3	STØRRE AKTIVITETER.....	11
3.1	Tværregionale projekter.....	11
3.2	Projekter i CIMT og Region Hovedstaden.....	12
4	BAGGRUND.....	16

Dette er 15. afrapportering vedrørende udviklingen i systemdriften, sagshåndteringen, væsentligste aktiviteter samt driftsforbedrende tiltag og udviklingstiltag for Center for It, Medico og Telefoni i Region Hovedstaden.

Vores vigtigste opgave er at understøtte regionens vision om et sammenhængende sundhedsvæsen på internationalt topniveau ved at fokusere på at skabe effektiv anvendelse af sundhedsteknologi. Dette gør vi blandt andet ved at levere sammenhængende og stabile it-systemer, medicoteknisk udstyr samt telefonisystemer både billigere og hurtigere.

Direktionen i CIMT

1 CIMT SERVICEDESK

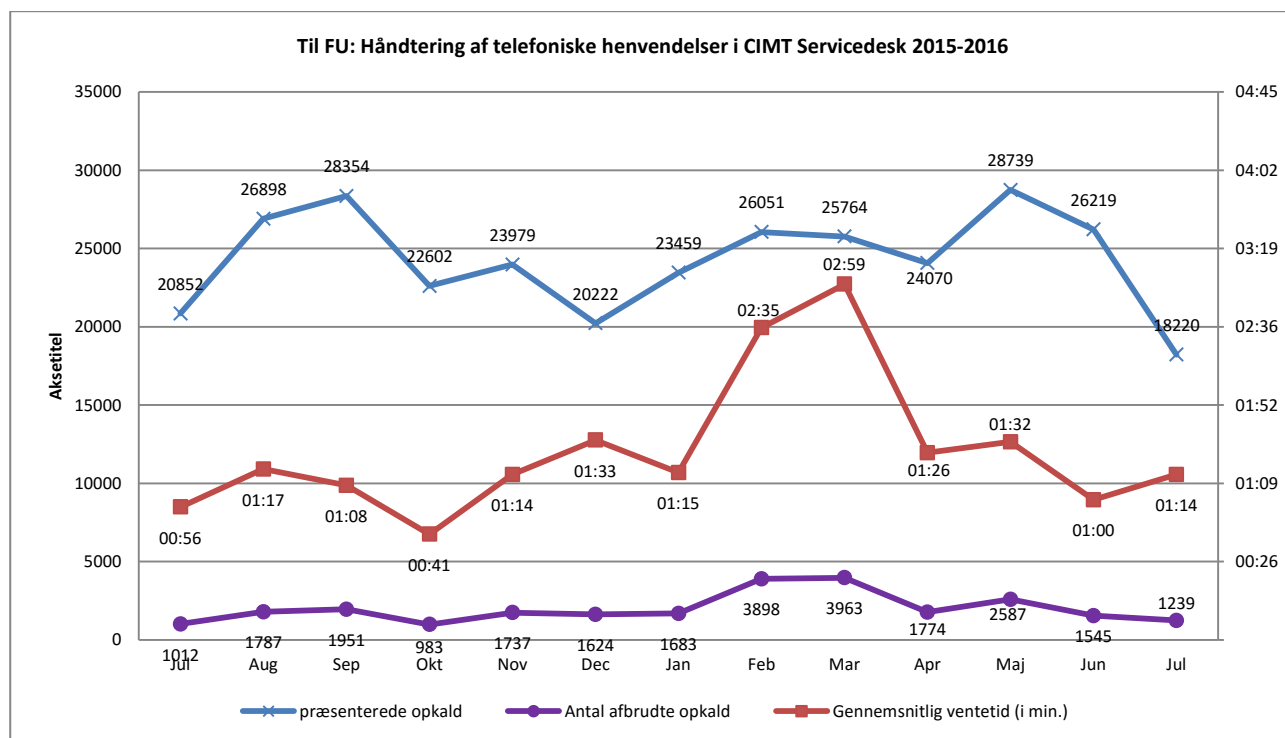
CIMT Servicedesk er den centrale indgang for brugerhenvendelser og det er via denne, at størstedelen af sagerne håndteres. Den fælles CIMT Servicedesk sikrer en forbedret og ensartet service af brugerne i regionen. Via den fælles CIMT Servicedesk kan brugerne trykke sig videre og blive stillet om til enten Servicedesk, som håndterer generelle it-problemer ved ex. Sundhedsplatformen, Klinisk Servicedesk, der håndterer spørgsmål vedrørende brugen af de kliniske it-systemer (OPUS/GS, EPM, ORBIT og MIRSK) (se afsnit 2.2.) og endelig CIMT SP Helpdesk, der yder anvendelsestøtte til Sundhedsplatformen.

Hver gang en bruger kontakter CIMT, oprettes en sag, uanset om sagen løses øjeblikkeligt eller kræver yderligere sagsbehandling. Sagerne kan variere fra decideret fejlede eller manglende it-service til henvendelser, hvor brugerne for eksempel anmoder om opsætning af en computer eller beder om adgang til et bestemt system. En sag bliver først betragtet som lukket, når den er løst tilfredsstillende for brugeren, da der tages højde for en periode på 7 dage, hvori brugeren kan klage, såfremt de ikke er tilfredse med sagens afslutning.

1.1 Håndteringen af telefoniske henvendelser i CIMT Servicedesk

Henvendelser til Servicedesken kan ske enten telefonisk eller gennem vores selvbetjeningsportal, CIMT Service. Størstedelen af henvendelserne til CIMT Servicedesk sker telefonisk. I juli 2016 udgjorde de telefoniske henvendelser således ca. 85 % af alle registrerede henvendelser.

Grafen nedenfor viser antallet af henvendelser til CIMT Servicedesk (blå), den gennemsnitlige ventetid (rød) samt hvor mange afbrudte opkald der er (lilla).



Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)

Bilag 1 - Side -4 af 16

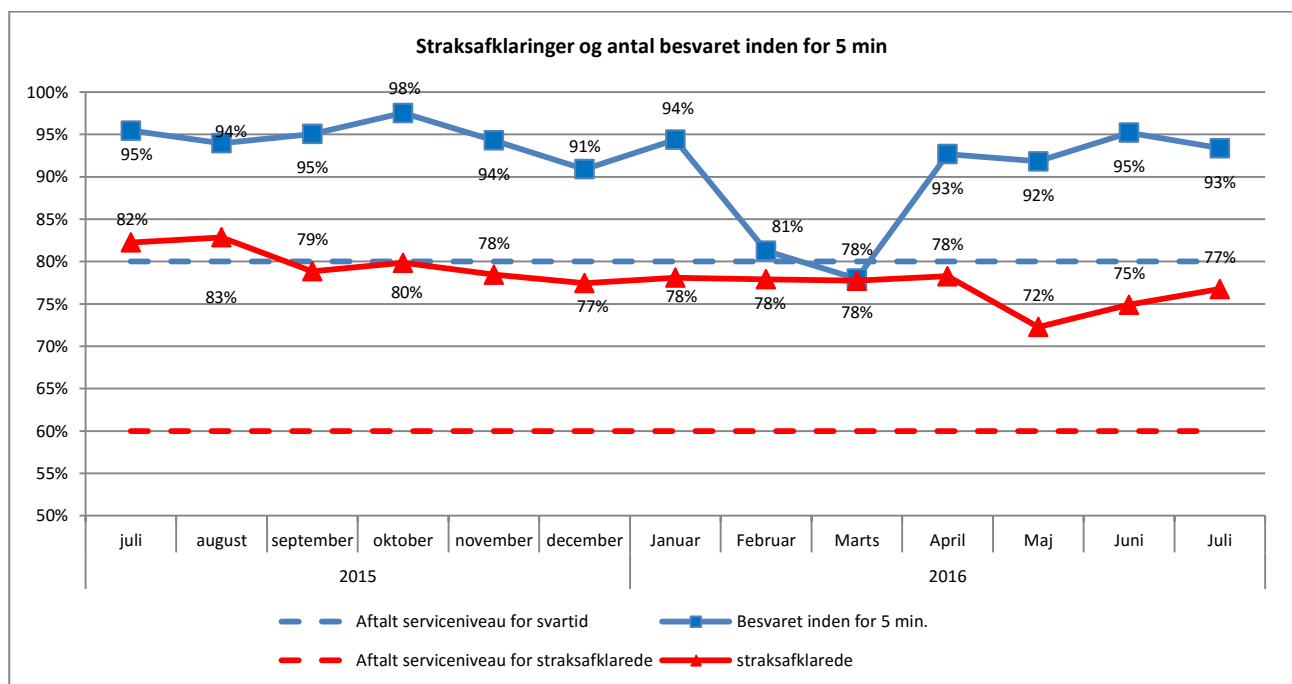
I februar og marts var et stort antal medarbejdere fra CIMT involveret i klargøring, opsætning og tests af udstyr til Sundhedsplatformen. Desuden har der også været gennemført en betydelig uddannelsesindsats for at kunne yde den rette support ved Go-Live. Dette betød, at bemanningen på telefonerne i perioden var lavere, hvilket var årsagen til højere ventetider og flere afbrudte opkald.

I maj og juni er antallet af opkald steget forventeligt i takt med både forberedelserne til og selve implementeringen af Sundhedsplatformen. Gevinsten af forberedelserne afspejler sig i lave svartider og en betydelig reduktion i antallet af afbrudte opkald fra april og henover implementeringen af Sundhedsplatformen samt hypercare i maj og juni på trods af et øget antal henvendelser.

Antallet af henvendelser er lavt i juli på grund af sommerferien.

1.2 Straksafklaringer og svartid inden for 5 min i CIMT Servicedesk

Tabellen viser i hvilken grad CIMT Servicedesk overholder servicemål for svartider (blå) og straksafklaringer (rød). Begge mål stammer fra serviceaftalen, der beskriver det aftalte serviceniveau. En straksafklaring betyder, at brugeren får løst sin sag over telefonen ved første kontakt. Det er en målsætning for CIMT, at minimum 60 % af alle henvendelser straksafklares (rød stiplede linje). Der er ligeledes et servicemål for svartider, hvor målsætningen er, at 80 % af brugerne maksimalt må vente i fem minutter, før de kommer igennem til en medarbejder (blå stiplede linje).



Grafen afspejler, at der i forbindelse med forberedelserne til implementeringen af Sundhedsplatformen i februar og marts var en reduceret ressourceallokering ved telefonerne i Servicedesken. Ved selve implementeringen i maj blev mere end 92 % af henvendelserne besvaret inden for 5 minutter.

Andelen af straksafklaringer var lavere i maj på grund af de mange henvendelser fra implementeringen af sundhedsplatformen. Årsagen er blandt andet, at henvendelserne vedrørende Sundhedsplatformen er af en

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)

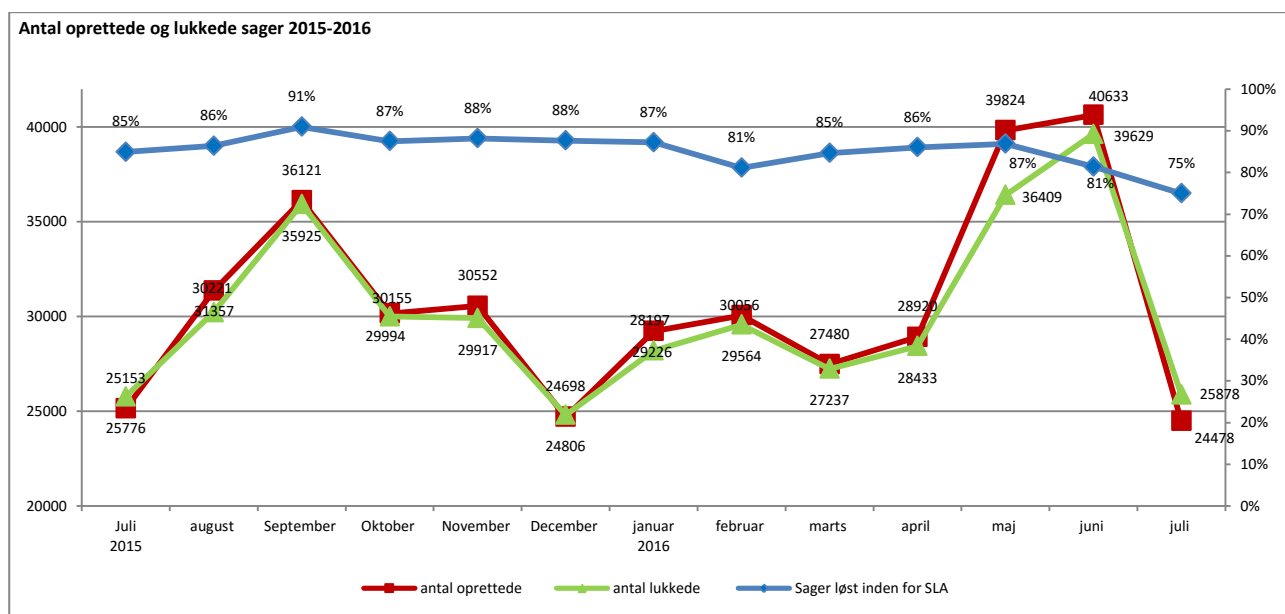
Bilag 1 - Side -5 af 16

sådan teknisk kompleksitet, at de ikke umiddelbart kan løses ved første henvendelse, men skal henvises til eksperter. Andelen af straksafklaringer har været stigende i juni og juli og ligger nu på 77 %, hvilket i praksis betyder, at ca. 4 ud af 5 brugere får løst deres sag ved første henvendelse.

1.3 Antal indkomne og lukkede sager

Den røde og grønne graf i diagrammet nedenfor viser omfang og tendens i mængden af hhv. indkomne og lukkede sager. Den giver dermed et indtryk af det flow af sager, der er igennem CIMT og dækker både sager, der modtages telefonisk og via selvbetjeningsløsningen samt sager, der oprettes internt ex. i forbindelse med udvikling af Sundhedsplatformen.

Den blå graf viser hvor stor en procentdel af de sager, som ikke løses ved første telefoniske kontakt, der løses inden for de aftalte serviceniveauer (SLA). Hvis sagen ikke kan løses ved første henvendelse, bliver sagens kritikalitet vurderet og den sendes til en sagsbehandler med den nødvendige faglighed. Der gælder forskellige servicemål for kritikalitetsniveauerne. Sager med høj kritikalitet skal selvsagt håndteres hurtigere (inden for tre dage) end sager med medium eller normal kritikalitet (hhv. fem og ti dage).



Grafen viser dels, hvordan udviklingen er påvirket af sæsonbetingede udsving, dels, hvordan Sundhedsplatformen affødte en rekordstor mængde oprettede sager. Mange af disse er oprettet i regi af Sundhedsplatformen, hvor der er blevet meldt fejl og forbedringsforslag ind via superbrugere og Floorwalkers. Disse indkomne sager bliver løbende løst i takt med, at der foretages justeringer og forbedringer af Sundhedsplatformen.

Andelen af ikke-straksafklarede sager der løses inden for SLA, har været faldende fra maj og lå i juli på 75 %. Det bør påpeges, at SLA-overholdelsen for sager, der vurderes at være af høj kritikalitet for brugerne i juli var på 90 %.

En central årsag i forhold til den faldende SLA-opfyldelse er, at henvendelserne – særligt vedr. Sundhedsplatformen – i mindre grad er rutinesager, men derimod er mere komplekse og forudsætter en mere grundig kvalificering inden de kan løses. I forlængelse af ovenstående udvikling er det forventeligt, at der

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)

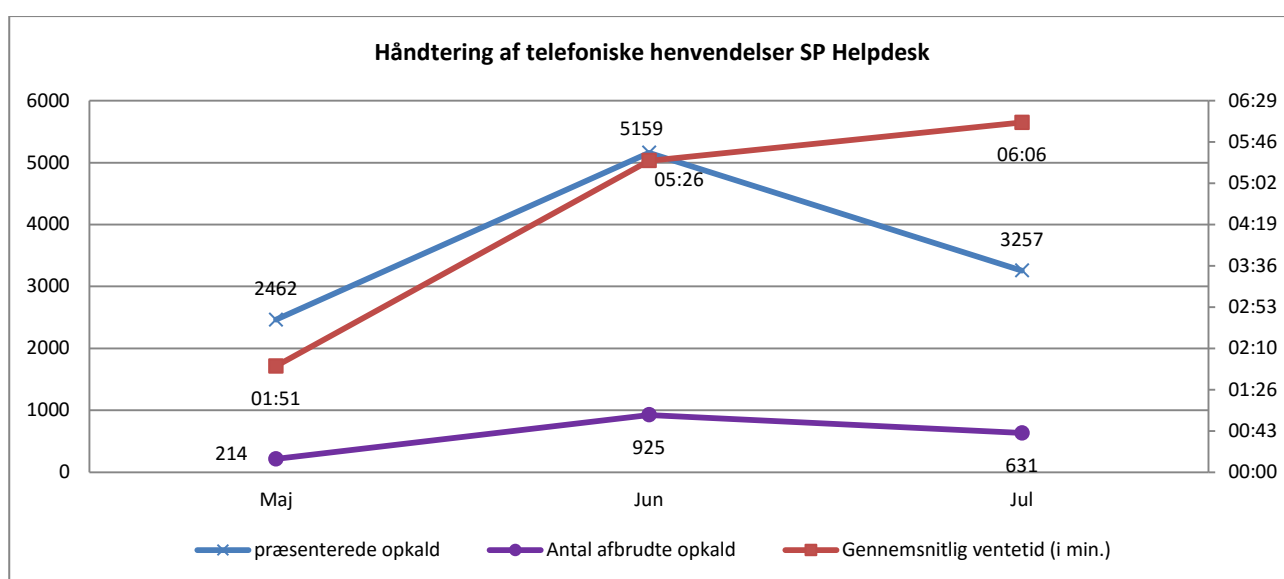
Bilag 1 - Side -6 af 16

under implementeringen af Sundhedsplatformen på de øvrige hospitaler i Region Hovedstaden kommer til at være øget ventetid ved henvendelser og længere sagsbehandlingstid i CIMT.

1.4 Håndtering af opkald i SP Helpdesk

Der er etableret en ny SP servicedesk, som betjener brugere på de hospitaler, der har implementeret Sundhedsplatformen. Den kaldes SP Helpdesk og vil med tiden betjene brugere fra både Region Hovedstaden og Region Sjælland.

SP Helpdesk behandler henvendelser vedrørende anvendelsen og opsætningen af Sundhedsplatformen. SP Helpdesk er bemanded af de afdelingstilknyttede kliniske IT-konsulenter, samt CIMT Servicedesk.



Den nyetablerede SP Helpdesk oplevede den største belastning under Hypercare-perioden, der startede d. 21 maj og sluttede d. 17 juni. På trods af mere end 200 opkald i døgnet, var den gennemsnitlige ventetid på ca. 2 minutter og 11 sekunder og 88 % af alle henvendelser blev besvaret inden for 5 minutter. Efter Hypercare er den gennemsnitlige ventetid steget til mere end 5 minutter.

Årsagen til udviklingen er, at SP Helpdesk under Hypercare modtog det forventede antal henvendelser, hvorfor bemanningen var tilstrækkelig. Efter Hypercare er antallet af telefoniske henvendelser ikke faldet som forventet (er ca. 50 % højere end forventet), hvorfor bemanningen ikke har været tilstrækkelig til at fastholde de korte svartider fra hypercare. CIMT har i samråd med Herlev og Gentofte Hospital prioriteret at holde de kliniske it-konsulenter som on-site anvendelsestøtte på Herlev og Gentofte Hospital i stedet for at placere dem i SP Helpdesk.

2 SYSTEMDRIFT OG -SUPPORT

Systemdriften er en samlebetegnelse for drift og support af de kritiske systemer. På nuværende tidspunkt drifter og supporterer CIMT en stor systemportefølje. Af disse er 12 af dem kategoriseret som kritiske. Dette indebærer bl.a., at de indgår i Serviceaftalen, hvori der er fastlagt konkrete aftaler om supportniveau og systemernes tilgængelighed. CIMT arbejder løbende for at udvide og forbedre målingerne på systemerne med henblik på at sikre den bedst mulige brugeroplevelse. Der er pt. systematiske målinger på nedenstående kritiske systemer:

System	Beskrivelse
Orbit	Regionens operationsplanlægningssystem til booking, aflysninger, afvikling, ressourcestyring m.m.
Labka II	Laboratorieinformationssystemer, der anvendes af klinisk-biokemiske afdelinger samt til rekvisition af og søgning på laboratoriesvar i regionen.
Blodinfo II	System til bestilling af blodprodukter til brug i behandling af patienter – ex. plasma.
Patologi	Laboratorieinformationssystem til rekvisition og svar på histologiske (vævs) og cytologiske (celle) analyser.
AGFA RIS/PACS	Fællesregionalt billeddiagnostiske systemer, der dels anvendes til at bestilling af røntgenundersøgelse, dels anvendes til se røntgenbilleder.
GS (grønt system)	Patientadministrativt system, der sammen med OPUS anvendes til registrering af patientens forløb fra henvisning til afslutning.
WWBakt	Webbaseret overbygning til det mikrobiologiske laboratoriesystem ADBakt, der giver rekvirenten adgang til at søge på prøvesvar, printe prøvesvar m.m.
EPM3	Elektronisk Patient Medicinering, et it-værktøj, der anvendes på alle regionens hospitaler til dokumentation og aflæsning af patienters medicineringsstatus
Opus notat	Et modul i Opus arbejdsplads, der bruges til at skrive notat til patientkontakter
Mail/kalender	System til at sende og modtage e-mails samt organisere kalender og kontaktpersoner
Mirsk	Regionalt dikteringssystem, der består af to moduler til henholdsvis diktering og afskrivning.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)
Bilag 1 - Side -8 af 16

2.1 Systemsvartider

Nedenstående tal fra CIMT's monitoreringssystem viser, hvor godt de kritiske systemer håndterer efterspørgsler fra brugerne. Tallene er aggregerede tal, der udtrykker et gennemsnit af den procentvise overholdelse af de tidsgrænser, der er sat for forskellige typer handlinger på tværs af hospitalerne i Region Hovedstaden. Herunder er det eksempelvis defineret, at et login på et system maksimalt må tage 15 sekunder. En søgning derimod, må ikke tage mere end 3 sekunder. En værdi på 100 udtrykker, at systemet i alle tilfælde på tværs af alle lokationer håndterede en given handling indenfor den fastsatte tærskelværdi (for uddybende information – se kapitel 4).

	Orbit	Labka II	Blod- info 2	Patologi via Opus	GS	WWBakt	EPM3	Opus Notat	Mail/Kalender	Mirsk	AGFA RIS/ PACS
Aftalte serviceniveau	99,80%	99,80%	99,40%	99,00%	99,40%	98,50%	99,80%	99,40%	99,40%	99,40%	99,00%
Juli	100%	ingen data	95,01%	99,99%	99,99%	100%	99,06%	99,64%	91,03%	N/A	N/A
August	100%	ingen data	96,09%	100%	100%	100%	100%	99,67%	99,57%	N/A	N/A
September	99,99%	ingen data	99,74%	100%	100%	100%	96,20%	99,70%	99,36%	N/A	N/A
Oktober	100%	ingen data	99,72%	100%	99,97%	99,91%	95,88%	99,71%	99,40%	N/A	N/A
November	99,99%	ingen data	99,72%	99,98%	99,99%	100%	97,93%	99,63%	99,62%	N/A	N/A
December	99,98%	ingen data	99,68%	99,98%	99,98%	99,99%	97,06%	99,27%	98,87%	N/A	N/A
Januar	99,99%	ingen data	99,41%	99,98%	99,98%	99,99%	95,96%	99,58%	97,98%	N/A	N/A
Februar	100%	ingen data	99,15%	99,15%	99,48%	100%	98,79%	99,97%	97,18%	N/A	N/A
Marts	99,01%	ingen data	99,62%	99,93%	99,47%	99,93%	95,07%	99,24%	97,29%	73,74%	45,49%
April	99,97%	99,97%	99,74%	99,96%	99,94%	99,99%	94,25%	99,25%	95,95%	72,38%	48,57%
Maj	99,96%	99,98%	99,71%	99,98%	97,69%	100 %	89,12%	99,62%	95,03%	73,37%	54,33%
Juni	99,97%	99,97%	99,85%	99,95%	98,78%	99,99%	87,25%	99,73%	95,90%	73,23%	55,32%
Juli	99,99%	ingen data	99,48%	100%	100%	100%	85,20%	99,91%	96,07%	73,02%	56,59%

På seks ud 11 systemer, er svartiderne forbedret siden den sidste rapportering i marts. Dette er særlig tydeligt på AGFA RIS/PACS, hvor svartidsmålingerne er forbedret med ca. 10 procentpoint. Under AGFA RIS/PACS ligger en række systemer, der bruges i forbindelse med røntgendiagnosticering. Målingerne giver en overordnet indikator på overholdelsen af svartider. Det understreges, at SLA overholdes på hhv. åbning af henvisning, fremsøgning af patient m.fl. Det er primært ved login samt fremsøgning af en meget datatung billedserie, at brugerne oplever ventetider over aftalt niveau. Svartiderne er fortsat ikke på et tilfredsstillende niveau, hvorfor der fortsat er et tæt samarbejde med AGFA for at forbedre disse. Derudover arbejdes der aktuelt på at idriftsætte en systemopdatering fra AGFA, som på baggrund af gennemførte tests forventes at give generelle forbedringer på både svartider og systemets stabilitet.

På Mail/Kalender overholdes SLA for henholdsvis Login og Åben Kalender. Det er kun for åbning af loginsiden og ny mail, og kun på visse lokationer, at tærskelværdierne overskrides. Den gennemsnitlige svartid for disse handlinger er henholdsvis 2,9 og 3,0 sekunder, hvorfor effekten for brugerne forventes at være minimal.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)

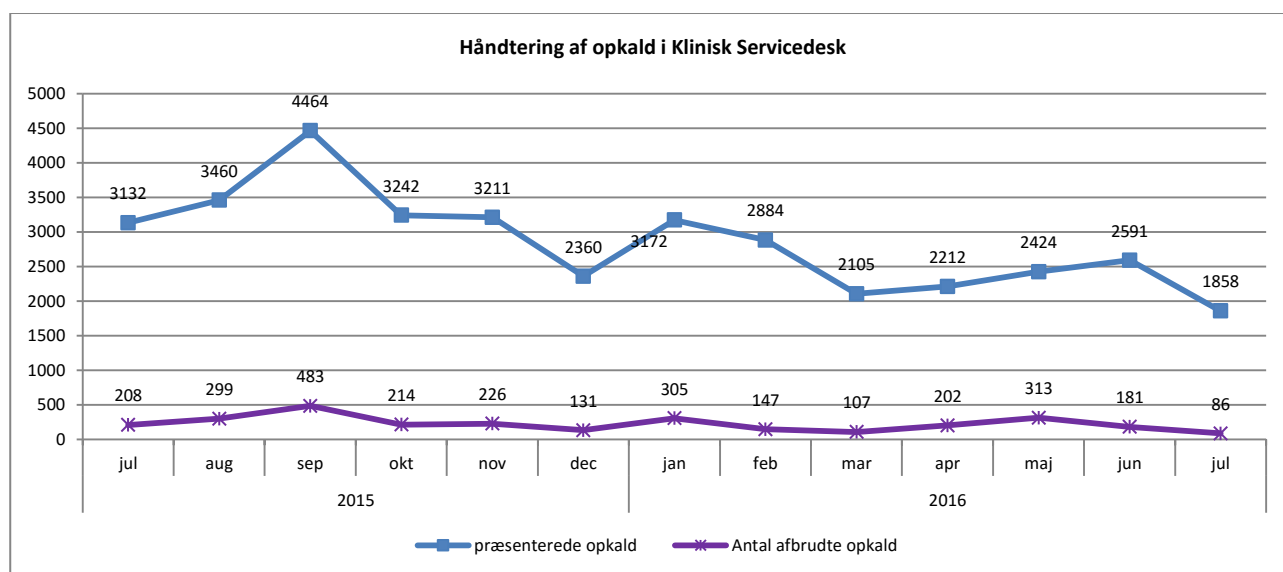
Bilag 1 - Side -9 af 16

MIRSK overholder SLA på to ud af tre handlinger. Det er kun på én type handling, åbning af diktat, at systemet ikke overholder den fastsatte tærskelværdi på 3 sekunder. Dog var den faktiske svartid på ca. 4 sekunder, hvorfor det forventes at have en lille effekt i et brugermæssigt perspektiv. Mere overordnet har etableringen af et nyt Mirsk produktionsmiljø forbedret systemets svartider samtidig med, at systemet belastes i faldende grad i takt med, at Sundhedsplatformen implementeres, da den digitale diktering gradvist udfases.

EPM3 (elektronisk patient medicinering) overholder tærskelværdierne på alle lokationer undtagen på login-handlingen. Ved nærmere undersøgelse af årsagerne til den manglende overholdelse af SLA, har overvågningstemaet i CIMT geninstalleret software og styresystem på proben. Efter denne geninstallation er svartidsmålingerne forbedret drastisk. Dette peger på, at årsagen til de høje svartider ved login var at proben var "sandet til" og dermed ikke noget, der viser sig i den reelle brugeroplevelse. Til gengæld er den reelle logintid forbedret på baggrund af en opgradering, så den nu gennemsnitligt ligger på 7-8 sekunder, i forhold til de tidligere 13-14 sekunder

2.2 Håndteringen af telefoniske henvendelser i Klinisk Servicedesk

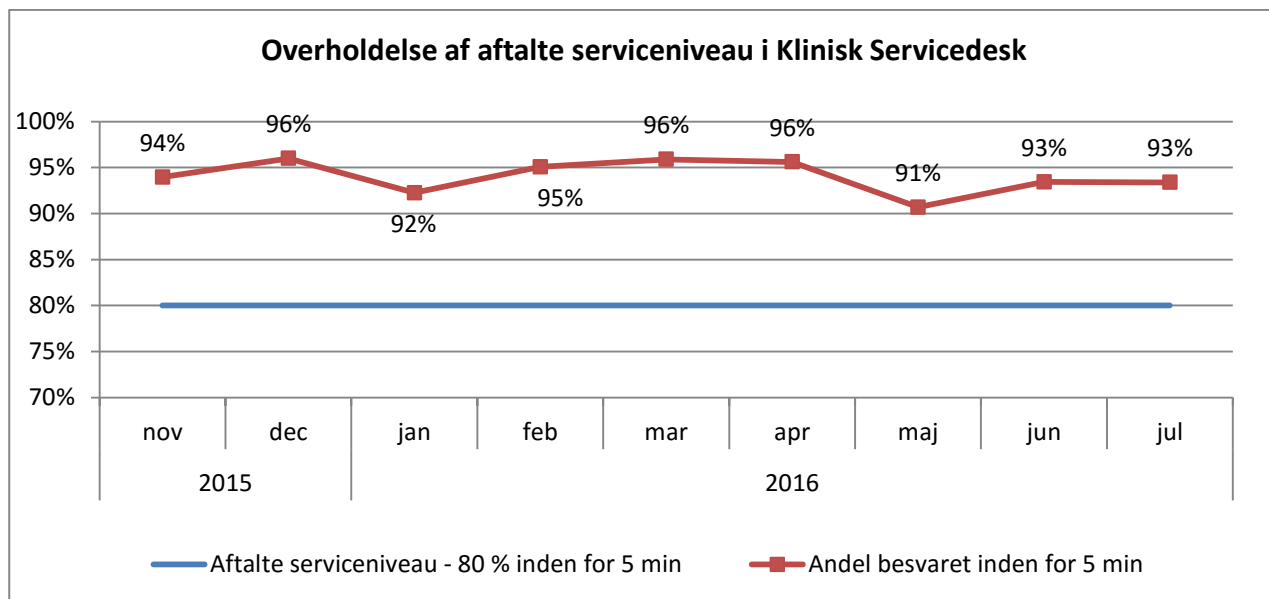
Figurene i diagrammet nedenfor viser antallet af indkomne opkald (blå) og antallet af afbrudte opkald (lilla) i de telefoniske henvendelser til Klinisk Servicedesk. Her er åbent i hverdage mellem 8-16 (fredag 8-15) og her håndteres henvendelser vedrørende de kliniske systemer: GS Åben/OPUS, KISO, EPM, FMK, Orbit og Mirsk.



I takt med implementeringen af Sundhedsplatformen forventes antallet af opkald i den nuværende kliniske servicedesk at falde. Samtidig vil der i fremtiden kun i meget begrænset omfang ske videreudvikling og opgraderinger af HEPJ-systemerne. Herved er der frigjort, og frigøres der løbende, årsværk til uddannelse og undervisning i Sundhedsplatformen. Denne transition bevirker, at alle HEPJ-sektioner vil være omdannet til Sundhedsplatformssektioner fra juni 2017.

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)

Bilag 1 - Side -10 af 16



3 STØRRE AKTIVITETER

3.1 Tværregionale projekter	
<p>SUNDHEDSPLATFORMEN</p> <p><i>Hovedformålet er at samle oplysninger om patienten i én elektronisk journal. Det skaber overblik og høj sikkerhed for patienter og sundhedspersonale i Østdanmarks hospitalsvæsen.</i></p> <p><i>Dette giver mere sikre og sammenhængende behandlingsforløb. Samtidig bliver det lettere for patienten at følge med i og spille en aktiv rolle i egen behandling. Derudover erstatter Sundhedsplatformen mere end 30 it-systemer og giver sundhedspersonalet mere tid til at fokusere på patienten og den høje faglige kvalitet. Endelig understøtter Sundhedsplatformen den papirløse arbejdsgang på hospitalerne og giver større sammenhæng og bedre planlægning af patientens behandlingsforløb</i></p>	<p>Siden sidste rapporteringsperiode har programmet gennemført perioden med hypercare og en særlig indsats benævnt: 'Tendercare', i forbindelse med Go-Live på Herlev og Gentofte Hospital, hvor Sundhedsplatformen er overgået til drift.</p> <p>Det er programmets opfattelse, at Sundhedsplatformen grundlæggende fungerer – der udestår på nuværende tidspunkt få tekniske fejl i løsningen, der er i nogen tilfælde u hensigtsmæssige arbejdsgange, men der er behov for en bedre forståelse og korrekt anvendelse af Sundhedsplatformen for at gevinsterne ved løsningen til fulde kan indhentes.</p> <p>Programmet har fortsat aktiviteter på Herlev og Gentofte Hospital og er i gang med at etablere et optimeringsteam i samarbejde med hospitalet, CIMT og andre dele af linjen for at sikre, at tekniske fejl rettes, at u hensigtsmæssige arbejdsgange ændres og at Sundhedsplatformen anvendes korrekt.</p> <p>Dette omhandler særligt FMK (Fælles Medicinkort) funktionalitet og udfordringer med kodning. Flertallet af tekniske fejl menes at være løst, ligesom der i løbet af juli og august har været iværksat ekstra træningsaktiviteter i de nye arbejdsgange på Herlev og Gentofte Hospital. Herudover har programmet gennemført en evaluering af hypercare på Herlev og Gentofte Hospital med henblik på at uddrage centrale læringspunkter til forbedring af arbejdet frem mod Go-Live på Rigshospitalet.</p> <p>Samtidig er programmets fokus rettet mod Go-Live på Rigshospitalet. De to første parathedsvurderinger (Go-Live Readiness Assessment) blev afholdt den 27. juni og den 26. august 2016. Der er i den forbindelse fokus på de særlige integrationer til Rigshospitalet og på Epics udviklingsleverancer, som forventes at rette op på nogle af de tekniske udfordringer i Sundhedsplatformen. I forhold til de Go-Live kritiske leverancer ligger deres deadline forude.</p> <p>Det er derfor programmets samlede vurdering, at Go-Live på Rigshospitalet den 5. november 2016 kan fastholdes.</p>
<p>PRAKSYS</p> <p><i>Projektet skal, i samarbejde med CSC Scandihealth, levere en fælles it-plattform, der skal understøtte arbejdsgangene og administrationen af praksissektoren i samtlige regioner og kommuner</i></p>	<p>Projektet har ultimo august måned modtaget 1. version af et samlet plangrundlag fra leverandør. Materialet har været behandlet, og det kan konstateres, at der en række udeståender før, en plan kan godkendes. Det er aftalt 30. august i leverandørstyrergruppen, at plan med tilhørende grundlag skal kunne godkendes på leverandørstyrergruppemøde d. 6. oktober 2016.</p> <p>I den forbindelse er det afgørende, at der inden mødet har været gennemført en demo for en mindre del af projektets deltagere, som kan danne grundlag for at vurdere både kvalitet og validiteten af</p>

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)
Bilag 1 - Side -12 af 16

	<p>løsningen. Indhold i demo fastsættes i samarbejde med kunden.</p> <p>Nuværende udkast til plan viser, at den første region kan gå i drift august 2017.</p>
<p>SUNDHEDSJOURNALEN 2.0</p> <p><i>Projektet er et RSI-pejlemærke. Det er hensigten, at sundhedsjournalen skal fungere som sundhedsvæsenets fælles løsning til deling af patientdata på tværs af regioner, kommuner og praktiserende læger.</i></p> <p><i>Projektledelsen ligger hos Region Hovedstaden på vegne af de øvrige regioner.</i></p>	<p>Projektets ændringsanmodning i forhold til forlængelse af projektperiode, økonomi og ressourcer er nu godkendt i RSI-direktørkredsen samt i CIMT og projektet er herefter i grøn.</p> <p>Projektet har aktuelt fokus på en væsentlig milepæl, den næste release (en versionsopdatering af systemet), hvortil tre væsentlige leverancer skal færdiggøres og testes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Webservice og grafisk brugergrænseflade til Laboratoriesvarportalen • Webservice og grafisk brugergrænseflade til e-journal • Forældres adgang til børns Sundhedsjournal <p>Der er god fremdrift i alle tre leverancer og de forventes at være færdige til implementeringen af releasen i september.</p> <p>Den endelig løsning forventes implementeret i december 2016.</p>

3.2 Projekter i CIMT og Region Hovedstaden

<p>CIMT EGENLEVERANCEPROGRAM</p> <p><i>CIMT Egenleveranceprogrammet skal sikre og koordinere de nødvendige egenleverancer, kritiske for Sundhedsplatformens Go-Live.</i></p> <p><i>Derudover skal Egenleveranceprogrammet håndtere interne CIMT forandringsopgaver, der er forudsætninger for Sundhedsplatformens implementering</i></p>	<p>Programmet har med succes levereret de nødvendige leverancer til Sundhedsplatformens Go-Live på Herlev og Gentofte Hospital</p> <p>På nær enkelte typer hardware, er alt hardwareudstyr levereret til Rigshospitalet som aftalt.</p> <p>Bestykningen af hospitalerne i bølge 3 (Nordsjællands Hospital, Amager og Hvidovre Hospital samt Bornholm Hospital) og 4 (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Psykiatrien) er godt i gang og følger planen.</p> <p>Derudover har programmet gennemført evaluering efter Go-Live på Herlev og Gentofte Hospital og har tilpasset programmets organisering med henblik på øget fokus og effektivisering.</p>
<p>IT-UNDERSTØTTELSE AF REGIONALE STERILCENTRALER OG VARELOGISTIK</p> <p><i>Projektets mål er at sikre, at de to regionale sterilcentraler samt nye varemottagelser på hhv. Herlev Hospital (Servicebygningen) og Rigshospitalet (Godsterminalen) får en optimal og omkostningseffektiv it-understøttelse af</i></p>	<p>Projektet følger tidsplanen.</p> <p>Idriftsættelsen af MES til Herlev Servicebygningen (den første af projektets fire delleverancer) er blevet udskudt en måned for at sikre en tilstrækkelig test af det samlede varemottagelses anlæg i den nye bygning. Forsinkelsen får ikke betydning for hverken projektets overordnede fremdrift eller ressourceforbrug, da forsinkelsen kan indhentes via interne omfordelinger af opgaver. Udskydelsen kræver dog, at der er behov for en yderligere stram opfølgning på</p>

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)

Bilag 1 - Side -13 af 16

<p><i>disse projekters forretningsmål. It-understøttelsen består af et Sterilcentralsystem (T-DOC) og et Manufacturing Execution System (MES) (som er software, der sammen med hardwaren styrer de automatiske og mekaniske logistikanlæg i sterilcentralerne og varemødtagerne) samt systemintegrationer til procesudstyr og mekaniske anlæg samt forretningsystemer som Sundhedsplatformen og SAP (økonomi og regnskabssystem). It-understøttelsen etableres under hensyntagen til, at anbefalinger og standarder i It-referencearkitekturen for logistik og sterilcentraler i videst muligt omfang overholdes mhp. det langsigtede perspektiv for understøttelse af logistik i Regionen.</i></p>	<p>afhængigheder til leverandører og bygningsinstallationer.</p> <p>De øvrige leverancer i projektet følger tidsplanen.</p> <p>Det samlede projekt forventes færdigt i 2019.</p>
<p>NETVÆRKSPROGRAMMET</p> <p><i>Opgradering af LAN og WLAN gennemføres over en årrække på alle regionens adresser. Opgraderingen sker gennem omfattende udskiftning af hardware.</i></p> <p><i>Endvidere vil programmet på det trådløse netværk opgradere, udvide og renovere dækningen og kapaciteten.</i></p> <p><i>Programmets leverancer planlægges i forhold til Sundhedsplatformens udrulningsplan på de forskellige lokationer i regionen.</i></p>	<p>Programmet følger den reviderede leveranceplan baseret på budgettet for 2016.</p> <p>På Herlev og Gentofte Hospitaler følger konsolidering og kapacitetsudbygning af LAN og WLAN planen og er i udførselsfasen.</p> <p>På Glostrup Hospital følger idriftsættelse af WLAN og udbredelse af trådløst netværk planen og i udførelsesfasen.</p> <p>På Rigshospitalet er konsolidering og kapacitetsudbygning af LAN og WLAN i udførselsfasen. På grund af hospitalets kompleksitet og særlige hygiejnekrav er arbejdsmængden øget i forhold til det oprindelige estimat. Forøgelsen af økonomien kan ikke absorberes i indeværende budgetår. Derfor rapporteres projektet i gult. En del arbejde er derfor udskudt til 2017. Lokationen forventes dog stadigvæk, samlet set, at blive færdig efter planen.</p>
<p>RIS/PACS</p> <p><i>Projektet skal skabe et hurtigere og mere stabilt billeddiagnosticeringssystem via en konsolidering af Region Hovedstadens eksisterende RIS/PACS-miljøer til et fælles system.</i></p> <p><i>RIS/PACS anvendes til lagring og visning af billeddiagnostisk materiale – bl.a. røntgenundersøgelser.</i></p>	<p>AGFA RIS/PACS er fortsat i gang med at forbedre driftsstabilitet og performance i systemet. Dette arbejde har resulteret i en bedre driftsstabilitet. Svartiderne er endnu ikke på højde med kontraktens ordlyd og den fulde effekt af de planlagte aktiviteter forventes først at være gennemført i oktober 2016.</p> <p>På baggrund af de forbedringer der kan dokumenteres på driftsstabiliseringen besluttede styregruppen d. 25 august 2016, at godkende implementering af AGFA RIS/PACS på Bornholms Hospital og Nordsjællands Hospital i henholdsvis uge 2 og 6 i 2017. Disse tidspunkter er valgt for at de to hospitaler får implementeret AGFA inden overgang til Sundhedsplatformen. Implementering af AGFA RIS/PACS inden Sundhedsplatformen er især kritisk på Nordsjællands Hospital, da det ikke teknisk er muligt at opgradere eksisterende RIS/PACS til et niveau, hvor den kan integreres til Sundhedsplatformen.</p>

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)

Bilag 1 - Side -14 af 16

	<p>Grundet de driftsmæssige udfordringerne med AGFA RIS/PACS har det ikke været muligt at implementere AGFA på Rigshospitalet inden udrulningen af Sundhedsplatformen. Den regionale RIS/PACS styregruppe har – som en midlertidig løsning – besluttet at opgradere det eksisterende Carestream RIS/PACS på Rigshospitalet. Der er dermed tale om en nødløsning, som sikrer, at Rigshospitalet kan implementere Sundhedsplatformen med integration til hospitalets billeddiagnostiske systemer.</p>
<p>INTERREGIONALT BILLEDINDEKS (IBI)</p> <p><i>Projektets mål er at skabe en integration mellem Region Hovedstadens AGFA RIS/PACS system og det InterRegionale Billedindeks (IBI). Region Hovedstaden skal således blive i stand til både at bidrage med data til IBI, samt kunne modtage data fra IBI. Når alle regioner er koblet op til IBI vil det blive muligt for hospitalerne at dele billeddiagnostisk materiale på tværs af landet. Derudover er det IBI projektets mål at implementere og idriftsætte IBI systemet i Region Hovedstaden.</i></p>	<p>Projektet har nu fået etableret den nye infrastruktur og leverandøren AGFA er i gang med at færdiggøre installationsprocessen på de etablerede servere.</p> <p>Testprocessen er begyndt i denne rapporteringsperiode og der har således været afholdt to tekniske testsessioner, hvor Region Hovedstadens leverandør AGFA i samarbejde med deres underleverandør Forcare, samt Region Sjælland og IBI leverandøren CSAM, har gennemført de første tekniske tests.</p> <p>Varslings/implementeringsaftale er udsendt til Regionens hospitaler og psykiatri og dialog vedr. aftaledokumenterne er i gang.</p> <p>Projektet havde i foregående rapporteringsperiode udarbejdet en ny tidsplan der betyder at projektet overskrider RSI pejlemærkets deadline med ca. tre måneder. Dette er rapporteret til RSI projektleder i en månedlig RSI status rapport.</p>
<p>DIGITAL PATOLOGI</p> <p><i>Projektet består af to, delvis uafhængige, delprojekter:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Delprojekt Revision,• Delprojekt Tissue Micro Array (TMA). <p><i>Delprojekt Revision er indledningsvis et foranalyseprojekt. Formålet med delprojektet er at undersøge, i hvilket omfang det vil være muligt at nedbringe den samlede tid for kræftdiagnoser, der kræver revision eller second opinion, hvis den nuværende arbejdsgang, hvor prøver til revision sendes som fysiske glas med postvæsenet, erstattes af en ny arbejdsgang, hvor prøverne indscannes og behandles digitalt.</i></p> <p><i>Delprojekt TMA er et anskaffelsesprojekt. Formålet med delprojektet er at anskaffe nyt TMA-udstyr til Rigshospitalet og Herlev Hospital samt nye præparatscannere til Rigshospitalet, Herlev Hospital og Hvidovre Hospital, herunder at klargøre TMA til rutinediagnostik, implementere et nyt fælles Billedarkiv og implementere</i></p>	<p>Status for Delprojekt Revision er, at leverandøren af Patologisystemet, CGI, har udviklet et Revisionsmodul til Patologisystemet. Revisions-modulet er klar til test, men testen kan først gennemføres, når Patologisystemets nye testmiljø er på plads i september 2016. Medmindre testen kan gennemføres i produktionsmiljøet, hvilket ikke umiddelbart forekommer muligt, må test og pilotdrift derfor udskydes til primo oktober 2016.</p> <p>Status for Delprojekt TMA er, at alt udstyr er anskaffet, leveret og installeret, mens etablering af nyt Billedarkiv og opkobling af det nye udstyr mod det nye Billedarkiv først forventes afsluttet ultimo oktober 2016.</p> <p>Der er 5 ugers forsinkelse i forhold til planen på etablering af billedarkiv.</p>

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Overordnet status på drift og udvikling - orientering fra Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT)
Bilag 1 - Side -15 af 16

<p><i>nye fælles arbejds gange.</i></p>	
<p>RHEL-EKG-Fase 2</p> <p><i>At sikre, at der efter flytningen af RHEL (Region Hovedstadens Elektive Laboratorium) bliver fri bevægelighed for patienter og borgere i forbindelse med EKG (elektrokardiografi) optagelser. Dette betyder at borgere skal have fri mulighed for at vælge mellem enten tidligere RHEL optagersteder eller relevante ambulatorier på hospitaler. Dette betyder, at den nuværende EKG platform skal tilpasses til også at kunne håndtere privat praksis.</i></p> <p><i>Privat praksis får alle beskrevet deres EKG optagelser af én enhed, der i dag er flyttet til Hillerød og er organiseret under KNEA klinikken. Projektet har i slutningen af 2015 haft et forløb med specificering af krav, og leverandøren Kibi skal her i løbet af 2016 levere.</i></p>	<p>Projektet kører ikke efter tidsplanen grundet forsinkelse i leverance fra en underleverandør.</p> <p>Projektet har den 26. august haft møde med Kibis øverste danske ledelse samt deres svenske direktør og ejer. Kibi orienterer om, at deres underleverandør Karos ikke kan levere til tiden. Dette betyder, at leverancen ikke kan finde sted før ultimo oktober. Det vurderes ikke, at Kibi kan påvirke dette – CIMT har tilbudt at assistere hvis muligt for at påvirke Karos. Rammeaftalen med Kibi giver ikke mulighed for økonomisk kompensation. Det forventes, at den udmeldte dato fra Karos overholdes.</p> <p>Projektet bliver forsinket grundet denne manglende leverance, og der er en ændringsanmodning under udarbejdelse med anmodning om forlængelse frem til og med december 2016. Det forventes stadig, at projektet kan lukkes inden årsskifte. Ændringsanmodningen forventes udarbejdet ultimo september.</p>

4 BAGGRUND

@ 1.1 Håndteringen af telefoniske henvendelser i CIMT Servicedesk

Servicedesken er CIMT's primære kontaktflade til brugerne og modtager hver uge flere tusinde opkald. Figuren viser udviklingen i nøgletal for CIMT Servicedesk.

@ 1.2 Straksafklaringer og svartider

Målet for hvor stor en andel af opkaldene som skal besvares inden for fem minutter er blevet hævet til 80 % i det nye servicekatalog. Da det er en meget stor del af alle henvendelser, som foregår telefonisk, er dette et centralt mål for brugernes oplevede service.

Straksafklaringerne er ligeledes af stor betydning. En straksafklaring betyder, at en sag løses ved første kontakt. Dette er en vigtig forudsætning for, at brugerne hurtigst muligt kan komme videre i deres daglige virke. Målsætningen er i det nye servicekatalog ændret til, at minimum 60 % af alle sager løses ved første kontakt.

@ 1.3 Antal indkomne og lukkede sager

Figuren viser det samlede antal registrerede sager (rød graf), der håndteres af CIMT og eksterne leverandører. I forbindelse med en henvendelse, både telefoniske og via serviceportalen på intranettet, registreres en sag i overensstemmelse med sagens kritikalitet. Henvendelsen prioriteres ud fra bl.a. henvendelsens art/emne, antal berørte brugere og risikoen for fx patientsikkerhed eller produktionsstop. Henvendelsen kategoriseres derefter som Kritisk, Høj, Medium eller Normal.

Udover antal registrerede sager, så viser figuren også antallet af sager som er lukket (dvs. løst) i den givne periode, samt hvor stor en andel af de sager, som ikke løses ved første kontakt, der løses indenfor de aftalte tidsrum. Hvis sagen ikke kan løses ved første henvendelse, bliver sagens kritikalitet vurderet og den sendes til en sagsbehandler med den nødvendige faglighed. Der gælder forskellige servicemål for kritikalitetsniveauerne. Sager med høj kritikalitet skal selvsagt håndteres hurtigere (inden for tre dage) end sager med medium eller normal kritikalitet (hhv. fem og ti dage).

@ 2.1 Systemsvartider

Systemsvartiderne på de kritiske systemer udgør pt. den mest direkte måling af brugernes oplevelse af systemernes performance. På nuværende tidspunkt er der målinger på samtlige kritiske systemer undtagen Mirsk. Målingerne foretages i et krydsfelt på de enkelte virksomheder og vil derfor være afhængige af en række lokale forhold (kabling, netværksudstyr, gamle pc'er mv.).

Målingerne er udtryk for, hvor lang tid diverse handlinger tager – ex. tiden fra en søgning påbegyndes til resultaterne præsenteres. Der er opsat tærskelværdier for de forskellige typer handlinger, hvor der skelnes mellem datatunge handlinger (15 sek.) og standardhandling (3 sek.).

@ 2.2 Håndtering af telefoniske henvendelser i Klinisk servicedesk

Figuren viser antallet af opkald til klinisk servicedesk (lilla), hvor mange opkald, der afbrydes før tid (blå) samt den procentvise besvarelse (rød). Klinisk servicedesk tager sig af de henvendelser, der omhandler de kliniske systemer (GS Åben/OPUS, EPM3, Orbit og Mirsk).

NOTAT

Telefon 38 66 50 00

Til: Forretningsudvalget

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Dato: 29. august 2016

Henrik Møller

Udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen – snitflader i forhold til andre udvalg

Regionsrådet besluttede den 16. august 2016 at nedsætte et udvalg om det sammenhængende sundhedsvæsen som et såkaldt § 17 stk. 4 udvalg. Efter den kommunale styrelseslovs § 17 stk. 4, som også gælder for regioner, kan regionsrådet nedsætte særlige udvalg til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for regionsrådet, forretningsudvalget eller de stående udvalg. Regionsrådet bestemmer de særlige udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed.

Udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen er nedsat under regionsrådet. Udvalget skal udarbejde forslag til løsning af en række problemstillinger, som kan indgå i det nye regionsråds arbejde med regionens hospitalsplan frem mod 2030. Udvalget skal således varetage forberedende og rådgivende funktioner over for regionsrådet på bestemte områder. Udvalgets virksomhed ophører med udgangen af 2017 og udvalgets løsningsforslag skal derfor afrapporteres til regionsrådet inden dette tidspunkt. I det omfang udvalgets forslag berører de stående udvalgs ansvarsområder, vil regionsrådets stillingtagen til forslagene forudsætte en forudgående behandling i de stående udvalg. I det omfang det siddende regionsråd oversender forslagene til det regionsråd, der træder til den 1. januar 2018, vil det nye råds stillingtagen skulle forberedes i de stående udvalg, som nedsættes i den nye valgperiode.

Udvalget skal - i overskriftsform - arbejde med forslag til løsninger på følgende opgaver:

- a) **Koordinering** - så undersøgelser og planlagte behandlinger kan gennemføres på samme dag,
- b) **Udredningsforløb** - hvordan de diagnostiske afdelinger kan følge hele forløbet, så patienten ikke under udredning skal skifte mellem egen læge og forskellige afdelinger,
- c) **Ældre og multisyge** - hvordan deres patientforløb kan tilrettelægges smidigt for patienten, med inddragelse af de pårørende undervejs,

Punkt nr. 3 - Meddelelser - Nedsættelse af Udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen

Bilag 1 - Side -2 af 4

d) Borgere uden digital erfaring – hvordan kan der samles op på dem, der ikke kan orientere sig i Min Sundhedsplatform eller i e-boks,

e) Patientens situation styrer forløbet - hvordan denne målsætning kan understøttes, så silotænkning ikke modarbejder princippet om nærhed, sammenhæng og kvalitet for borgeren, samt princippet om altid at behandle på laveste effektive omkostningsniveau,

f) ”Svingdørspatienter” – hvordan patientforløb for patienter med mange hospitals-kontakter kan tilrettelægges ud fra en helhedstænkning,

g) Patientansvarlig/behandlingsansvarlig læge – hvordan kan denne funktion implementeres i hele regionen.

En række af disse opgaver har berøring til de stående udvalgs opgaver vedr. patientforløb, kvalitet, praksisområdet mv.

Forholdet til styrelsesvedtægten

I henhold til styrelsesvedtægten styres regionen bl.a. gennem et antal stående udvalg. Ifølge loven skal alle regionens ansvarsområder være henlagt enten under regionsrådet, forretningsudvalget eller et stående udvalg. Regionsrådets behandling af forslag, der hører under forretningsudvalgets eller et stående udvalgs ansvarsområde, forberedes ved udvalgsbehandling.

Udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen må i sin arbejdsplan tage stilling til, om de enkelte løsningsforslag skal afrapporteres efterhånden, som de er færdigbehandlet, eller som en samlet afrapportering til regionsrådet i efteråret 2017. Udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen afrapporterer til regionsrådet, som indhenter udtalelse fra de stående udvalg på de områder, hvor forslagene fra udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen berører de stående udvalgs ansvarsområder. I det omfang, der afrapporteres som delafrapporteringer, vil regionsrådet derfor skulle indhente udtalelse fra de nuværende stående udvalg. Sker afrapporteringen samlet i slutningen af 2017 og oversender regionsrådet forslagene til behandling i det nye regionsråd vil det nye råd skulle indhente udtalelse fra de stående udvalg, som nedsættes i henhold til styrelsesvedtægten for det nye råd.

I det følgende beskrives snitfladerne mellem udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen og de nuværende stående udvalg:

Snitflader i forhold til sundhedsudvalget

Sundhedsudvalget varetager rådgivende funktioner over for regionsrådet i form af politikformulerende og politikkontrollerende virksomhed på det somatiske sundhedsområde vedrørende bl.a.

Punkt nr. 3 - Meddelelser - Nedsættelse af Udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen

Bilag 1 - Side -3 af 4

- **Patientforløb.** Der vil her være snitflader i forhold til udvalgets opgaver vedr.

- koordinering
- udredningsforløb
- ældre og multisyge og
- ”svingdørspatienter”.

- **Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor.** Der vil her være snitflader i forhold til udvalgets opgaver vedr.

- patientens situation styrer forløbet og
- patientansvarlig/behandlingsansvarlig læge

Snitflader i forhold til psykiatriudvalget

Psykiatriudvalget varetager rådgivende funktioner over for regionsrådet i form af politikformulerende og politikkontrollerende virksomhed på det psykiatriske område vedrørende bl.a.

- **Patientforløb, herunder for psykisk syge med alkohol- og stofmisbrug.** Der vil her være snitflader i forhold til udvalgets opgaver vedr.

- ældre og multisyge og
- ”svingdørspatienter”

- **Kvalitet i psykiatri og praksissektor.** Der vil her være snitflader i forhold til udvalgets opgaver vedr.

- patientens situation styrer forløbet og
- patientansvarlig/behandlingsansvarlig læge

Snitflader i forhold til udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde varetager rådgivende funktioner over for regionsrådet i form af politikformulerende og politikkontrollerende virksomhed vedrørende bl.a.

- **Udvikling af praksissektoren.** Der vil her være snitflader i forhold til udvalgets opgaver vedr.

- udredningsforløb og
- patientens situation styrer forløbet

- **Samarbejdet med kommunerne.** Der vil her være snitflader i forhold til udvalgets opgaver vedr.

- ”svingdørspatienter”

Snitflader i forhold til IT- og afbureaukratiseringsudvalget

IT- og afbureaukratiseringsudvalget varetager rådgivende funktioner over for regionsrådet i form af politikformulerende og politikkontrollerende virksomhed vedrørende bl.a.

Punkt nr. 3 - Meddelelser - Nedsættelse af Udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen
Bilag 1 - Side -4 af 4

- *Den regionale sundhedsteknologiske udvikling, herunder brugeranvendelighed i disse forbindelser.* Der vil her være snitflader i forhold til udvalgets opgaver vedr.
 - borgere uden digital erfaring

På tilsvarende vis vil de stående udvalg skulle orientere udvalget om det sammenhængende sundhedsvæsen om udvalgenes behandling af spørgsmål, som falder inden for udvalgets kommissorium.

Forholdet til patientinddragelsesudvalget

I henhold til sundhedsloven har regionsrådet nedsat et patientinddragelsesudvalg. Udvalget skal systematisk inddrages i drøftelsen af emner, der ligger inden for praksisplanerne for almen praksis' emneområder og inden for sundhedskoordinationsudvalgets emneområder. Der må derfor ved fastlæggelse af arbejdsplanen tages stilling til, hvorledes dette udvalg inddrages i behandlingen af udvalgets løsningsforslag.

Punkt nr. 4 - Meddelelser - Driftsmålsafrapportering på kongeindikatorer og driftsmål

Bilag 1 - Side -1 af 2

Bilag 6.

Bemærkninger til den tredje kvartalsrapportering 2016

Regionsrådet vedtog den 2. februar 2016 en række justeringer af de gældende kongeindikatorer, driftsmål og ambitionsniveauer. Dette skete som led i den første planmæssige årlige opdatering af driftsmålstyringen.

Administrationen har i forlængelse af regionsrådets beslutning gennemført en implementering af de nye og opdaterede driftsmål. De her rapporterede data er udtryk for de opdaterede driftsmål, der nu alle er implementeret.

Regionsrådet har ved flere lejligheder efterlyst mere tidstro data. Administrationen arbejder målrettet på at sikre dette. På baggrund af regionsrådets ønske har administrationen valgt at rapportere på nyeste tilgængelige data, idet der dog bør knyttes bemærkninger til denne praksis. Det bør bemærkes, at visse driftsmål opgøres hen over 30 dage, hvorfor afrapporteringen må afvente denne tid. Det bør ligeledes noteres, at der for en række datas vedkommende sker efterregistreringer løbende. Data rapporteres derfor i dag uden disse efterregistreringer, der først vil indgå i den efterfølgende afrapportering. Det er administrationens umiddelbare vurdering, at denne fejlkilde over tid vil vise sig ubetydelig. Det er administrationens vurdering at de præsenterede data i videst muligt omfang er tidstro.

Bemærkninger vedr. kongeindikatorer

Patientens situation styrer forløbet: Generel tilfredshed i somatik og psykiatri.

- Der foreligger data, idet tilfredshedsmålingen løbende udvides til at omfatte alle hospitaler.

Høj faglig kvalitet: Overholdelse af de kliniske kvalitetsdatabaser.

- Der foreligger data.

Ekspansive vidensmiljøer: Hjemtagne eksterne midler i form af eksterne indtægter fra offentlige og private finansieringskilder.

- Der foreligger data.

Grøn og innovativ metropol: CO2.

- For hovedstadsregionen som geografi vil data blive beregnet på baggrund af den kommende kommunale CO2-beregner. Data kommer fra de 29 kommuners opgørelser og samles til en årlig regional opgørelse. Energistyrelsens nye CO2-beregner er forsinket. Det forventedes ved seneste rapportering, at den ville blive lanceret i marts, den ventes nu i september 2016. Den årlige afrapportering af kongeindikatoren forventes via koncernens årlige klimaregnskab at foreligge til afrapporteringen i 4. kvartal 2016.

Bemærkninger vedr. driftsmål

Der er vurderet behov for at knytte en række bemærkninger til rapporten, jf. nedenstående.

Sundhed

Der foreligger ikke data for alle produktivitetsmål, hvilket skyldes tekniske udfordringer med dataindsamlingen.

Regional udvikling

Der foreligger ikke data for ændring i CO2-udledning for Region Hovedstaden som virksomhed. Det skyldes, at der er skiftet el-leverandør, og at data fra ny leverandør ikke stemmer overens med data fra tidligere leverandør. Samtidig har det vist sig, at driftsmålet i den nuværende form ikke er meningsfuldt at følge. Der er tale om et pilotprojekt, hvor driftsmålet er under udvikling, det er derfor administrativt besluttet at ændre målet, således at der fremover tages højde for ændringer i m2 mv.

Punkt nr. 4 - Meddelelser - Driftsmålsafrapportering på kongeindikatorer og driftsmål

Bilag 1 - Side -2 af 2

Den Sociale Virksomhed

Der foreligger data for alle driftsmål.

Tilfredshedsdata er fortsat foreløbige.

Punkt nr. 4 - Meddelelser - Driftsmålsafrapportering på kongeindikatorer og driftsmål

Bilag 2 - Side 1 af 2 Bilag 2 - Rapportering af kongeindikatorer 3/2016

Driftsmål, der lever op til ambitionsniveauet, er markeret med grøn.

Driftsmål, der *ikke* lever op til ambitionsniveauet, er markeret med rød.

Driftsmål, for hvilke der ikke er fastsat et ambitionsniveau, har ikke en farvemarkering.

Politisk mål	Kongeindikator	Bemærkning	Ambitionsniveauet	Udvikling siden seneste måling	Målopfyldelse
Patientens situation styrer forløbet	"Er du alt i alt tilfreds med indlæggelsens/besøget forløb?"	Tilfredshedsmålingen er fortsat under etablering, og data bygger på Amager og Hvidovre Hospital samt Region Hovedstadens Psykiatri. Data er her baseret på april 2016.	4,5 (somatik og psykiatri)	Fald fra 4,5 Fald fra 4,2	Somatik: 4,4 (juli 2016) Psykiatri: 4,1 (juli 2016)
Høj faglig kvalitet	Kliniske kvalitetsdatabaser	-	80 % målopfyldelse	Fald fra 79 %	72 % målopfyldelse (juni 2016)
Ekspansive vidensmiljøer	Hjemtagne eksterne midler i form af eksterne indtægter til forskning og innovation fra offentlige og private finansieringskilder.	Kongeindikatoren måler på regionens samlede indhentning af eksterne midler til forskning og innovation fordelt på hospitaler, virksomheder og centre.	Der genereres minimum 100 mio. kr. pr. år i eksterne forsknings- og innovationsmidler. Forslag om nyt ambitionsniveau forelægges i forbindelse med efterårets opdatering.	Ny indikator	531 mio. kr. (jan - juli)
Grøn og innovativ metropol	CO ₂	For hovedstadsregionen som geografi beregnes data om CO ₂ -udledning via den kommende kommunale CO ₂ -beregner. Data kommer fra de 29 kommuners	Ambitionsniveauet for kongeindikatoren for CO ₂ for energi og transport er fastlagt	For Region Hovedstaden som virksomhed viser Klimaregnskab 2015, at den samlede CO ₂ -udledning fra el, varme og transport fra	

Punkt nr. 4 - Meddelelser - Driftsmålsafrapportering på kongeindikatorer og driftsmål

Bilag 2 - Side -2 af 2

		opgørelser og samles til en årlig regional opgørelse. Energistyrelsens nye CO2-beregner er forsinket og lanceringen er nu planlagt til at finde sted i uge 37, nærmere bestemt torsdag den 15. september. Det forventes, at data kan indgå i den næstkommende rapport.	til en reduktion fra 122.080 tons i baselineåret 2013 til 54.350 tons i 2025. For affald er ambitionsniveauet at øge den sparede CO2-udledning som følge af øget genanvendelse fra 2.839 tons i baselineåret 2013 til 6000 tons i 2025.	Region Hovedstadens hospitaler, virksomheder og koncerntre var 109.423 tons i 2015 mod 122.080 tons i baselineåret 2013. Den sparede CO2-udledning som følge af genanvendelse af affald var 3.057 tons i 2015 mod 2.839 tons i baselineåret 2013. Næste årlige opdatering vil foreligge via koncernens årlige klimaregnskab til afrapporteringen i 2. kvartal 2017.	
--	--	--	---	--	--