

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 3

Emne: Patientombudets årsberetning 2011

2 bilag

Patientombuddet



Årsberetning 2011

Patientombuddet

Titel: Årsberetning 2011, Patientombuddet

© Patientombuddet, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

URL: <http://www.patientombuddet.dk>

Format: pdf

Indhold

Forord	4
1 Om os	5
2 Husets aktiviteter i tal og overskrifter	7
2.1 Patientklager	7
2.2 Ankesager	9
2.3 Læring	9
2.4 International sygesikring	10
3 Læring	11
3.1 Rapportering af utilsigtede hændelser	11
3.2 Læringsstrategien	11
4 Dialog	14
4.1 Hvad er formålet med dialog?	14
4.2 Hvem får tilbudt dialog?	14
4.3 Hvordan foregår dialogen?	15
4.4 Hvad blev resultatet af dialogerne?	16
4.5 Læring med baggrund i dialog	18
5 Patientombuddets afgørelser	18
5.1 Behandlingsklager	19
5.2 Rettighedsklager	22
5.3 Det Rådgivende Praksisudvalg	25
6 Nævnenes virksomhed	26
6.1 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	26
6.2 Patientskadeankenævnet	27
6.3 Lægemiddelskadeankenævnet	27
6.4 Det Psykiatriske Ankenævn	28
7 International sygesikring	30
7.1 Administration af regler	30
7.2 International Sygesikrings arbejdsområder	31
7.3 Regnskabsfunktioner tilknyttet International Sygesikring	31
7.4 Større opgaver i 2011	32
Bilag	33

Forord

Vi vil bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.

Patientombuddets vision er at bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Og det har vi gode muligheder for.

Ved at samle administrationen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase, behandlingen af patientklager og ankesager vedrørende erstatning i én organisation får Patientombuddet en unik samling af data, der - rigtigt anvendt - vil være værdifuld for arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed.

Patientombuddets første leveår var præget af, at Patientombuddet er en ny myndighed. Arbejdet med at få Patientombuddet etableret rigtigt med vision og mission, strategier, sagsprocesser, ny it-understøttelse, personalepolitikker og meget andet har præget 2011.

Særligt behandlingen af patientklager har været genstand for betydelige ændringer. De fleste ændringer skyldes lovgivningen om det ny patientklagesystem. Patienterne fik fra 2011 mulighed for at vælge at indgå i en dialog med regionen om deres klage og mulighed for at vælge, at eventuel kritik for behandlingen ikke skulle rettes mod en bestemt sundhedsperson, men mod behandlingsstedet. I det sidste tilfælde afgøres klagen ikke af disciplinærnævnet, men af Patientombuddet.

Allerede efter ét år kan det konstateres, at dialog har været en succes. Fire patienter ud af ti, der sagde ja til at deltage i dialog med regionen, valgte efter dialogen at frafalde klagen. Og i nærheden af en tredjedel af patienterne valgte at lade deres klage afgøre af Patientombuddet.

Vi har på de følgende sider samlet uddrag af de mange aktiviteter, udfordringer, sager og nyheder, der særligt prægede Patientombuddet og vores enheders hverdag og arbejde i 2011.



Steffen Egesborg Hansen
Direktør

1 Om os

Den 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft, der gør det lettere for patienter at klage, udvider patienters adgang til at klage, nedbringer sagsbehandlingstiden og lægger øget vægt på at drage læring af patienternes henvendelser. Dette nye patientklagesystem varetages af Patientombuddet.

Patientombuddet er en ny statslig styrelse under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Patientombuddet blev oprettet som et led i det ny patientklagesystem ved en sammenlægning af sekretariaterne for det tidligere Patientklagenævn og Patientskadeankenævnet samt den del af Sundhedsstyrelsen, der varetog driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Samtidig flyttede enheden International Sygesikring fra departementet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til Patientombuddet.

Patientombuddet har adresse på Frederiksberg, hvor vi i et samlet hus beskæftiger omkring 125 årsværk. Den største del af vores ansatte er jurister, den næststørste gruppe er HK-ansatte. De øvrige ansatte har andre uddannelser, herunder en del med sundhedsfaglig baggrund.

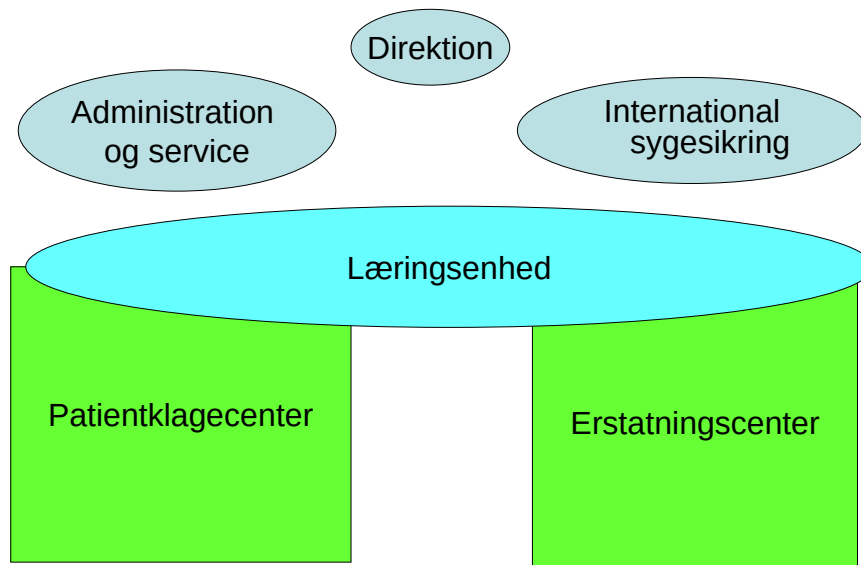
Det er Patientombuddets primære opgave at behandle patienters klager og ankesager om erstatninger. Denne opgave kan kun løses, hvis vi råder over omfattende sundhedsfaglig ekspertise. Patientombuddet har derfor tilknyttet flere end 400 eksperter, der virker som sagkyndige konsulenter i alle sager, der kræver sundhedsfaglig ekspertise.

Patientombuddet behandler årligt tusindvis af henvendelser fra borgere, der har oplevet episoder i sundhedsvæsenet, som de ønsker at klage over. Det er vores ambition, at det skal være nemt og overskueligt for borgeren at klage. Vores myndighed er blandt andet opstået ud fra ønsket om, at patienter skal have en nem, samlet indgang til at klage over behandling i sundhedsvæsenet.

Patientombuddet har både patienternes og sundhedspersonernes retssikkerhed i fokus. Det betyder, at man både som patient og som sundhedsperson kan forvente en grundig og kvalificeret behandling af sagerne.

Patientombuddet består af fire centre og enheder, der hver især varetager en række opgaver. De to centre, Patientklagecentret og Erstatningscentret, sekretariatsbetjener hver to nævn. Patientklagecentret sekretariatsbetjener Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Det Psykiatriske Ankenævn. Erstatningscentret sekretariatsbetjener Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet.

Patientombuddets organisation ser således ud:



Patientombuddets vision

Vi vil bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet

Patientombuddets mission

Vi vil træffe korrekte og forståelige afgørelser på patienters klager
Vi vil sikre patienter kortest mulig sagsbehandlingstid
Vi vil formidle vores erfaringer og viden til brug for kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet
Vi vil skabe tillid til Patientombuddet ved et åbent samarbejde med omverdenen
Vi vil være en attraktiv arbejdsplads

Patientombuddets værdier

Engagement, faglighed, effektivitet og åbenhed

2 Husets aktiviteter i tal og overskrifter

Patientombuddet har mange forskellige opgaver.

Patientombuddet afgør klager fra patienter, er sekretariat for fire nævn, administrerer systemet med utilsigtede hændelser og varetager administration af international sygesikring.

Det er Patientombuddets vision gennem varetagelsen af disse opgaver at bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.

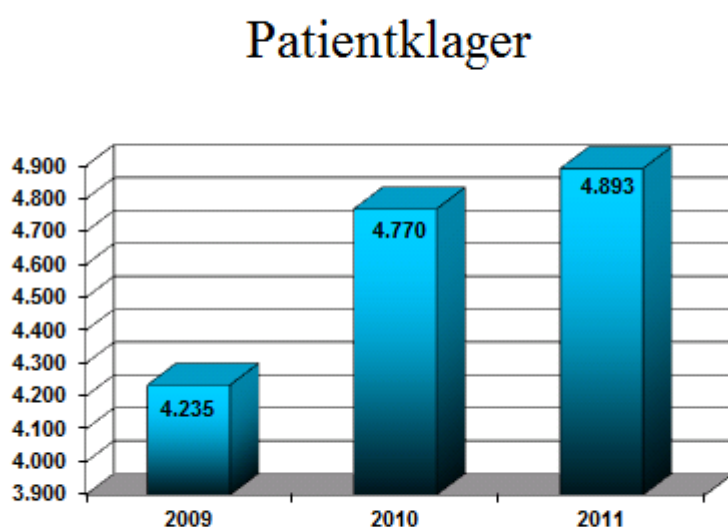
Vores største opgave er at behandle enkeltsager i form af patientklager og ankesager om erstatning.

2.1 Patientklager

Sagsbehandling af patienters klager er den mest ressourcekrævende opgave, vi har. I 2011 oprettede Patientombuddet 4.900 klagesager. Klagesagerne omfatter patienters klage over den sundhedsfaglige behandling, men også klage over patientrettigheder og administrative afgørelser i sundhedsvæsenet som for eksempel klage over befordringsgodtgørelse omfattes.

Patientklagecentret i Patientombuddet varetager sekretariatsbetjeningen af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og træffer afgørelse i de klagesager, hvor patienten har ønsket klagen afgjort af Patientombuddet.

Antallet af patientklager er steget gennem årene.

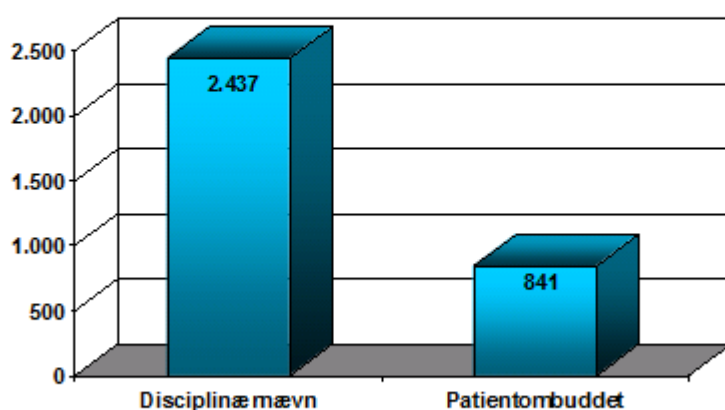


Der er grund til at fremhæve, at selv om antallet af patientklager er steget år for år, så er det samlede antal patientklager ikke højt. Antallet af patientklager skal ses i lyset af de mange millioner patientkontakter, der er i sundhedsvæsenet hvert år. Og i lyset af de næsten 100.000 rapporteringer af utilsigtede hændelser, der var i 2011.

I 2011 blev der afsluttet omkring 4.600 patientklager. Heraf blev 3.300 patientklager afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Patientombuddet tilsammen, og 1.300 afsluttet som følge af forældelse, tilbagetrækning af klage og lignende.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for patientklager afgjort af disciplinærnævnet og Patientombuddet blev 11,3 måneder.

Afgørelser i disciplinærnævnet og Patientombuddet



Patienter, der klager over sundhedsfaglig behandling i sundhedsvæsenet, har i de fleste tilfælde mulighed for at vælge at deltage i en dialog med regionen om klagen. Regionerne har indberettet, at der blev afholdt 546 dialoger i regionerne, og i 239 tilfælde fandt patienten, at der herefter ikke var grund til at opretholde klagen. Dialogprocessen er mere udførligt omtalt i afsnit 4.

Patienter, der klager over sundhedsfaglig behandling i sundhedsvæsenet, har i de fleste tilfælde også mulighed for at vælge, om deres klage skal afgøres af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller Patientombuddet.

Disciplinærnævnet har mulighed for at kritisere en konkret sundhedsperson, mens Patientombuddet har mulighed for at kritisere et behandlingssted, for eksempel et sygehus. Disciplinærnævnet og Patientombuddet anvender samme grundlag for vurderingen, nemlig om behandlingen var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

I 2011 valgte 31 procent af patienterne at få deres klage over sundhedsfaglig behandling afgjort af Patientombuddet, mens 69 procent valgte, at Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn skulle afgøre deres klage.

Disciplinærnævnet gav kritik til konkrete sundhedspersoner i 29 procent af afgørelserne, mens Patientombuddet gav behandlingsstedet kritik i 35 procent af afgørelserne.

Patientombuddets afgørelser og Disciplinærnævnets virksomhed er mere udførligt omtalt i afsnit 5 og 6.

2.2 Ankesager

Patientombuddet er sekretariat for tre ankenævn: Patientskadeankenævnet, Lægemiddelskadeankenævnet og Det Psykiatriske Ankenævn.

Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet afgør klager over Patientforsikringens afgørelser. Sekretariatsbetjeningen af de to nævn varetages af Erstatningscentret i Patientombuddet. Det Psykiatriske Ankenævn afgør klager over de lokale psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Sekretariatsbetjeningen af dette nævn varetages af Patientklagecentret i Patientombuddet.

Patientombuddet modtog i 2011 i alt 2.350 ankesager.

Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet afsluttede i 2011 i alt 2.137 ankesager.

Det Psykiatriske Ankenævn afsluttede i 2011 i alt 96 ankesager.

De enkelte nævns virksomhed er mere udførligt omtalt i afsnit 6.

2.3 Læring

Med det ny klagesystem blev behandlingen af patientklager og ankesager i erstatningssystemet samt administrationen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase samlet i Patientombuddet. Det giver Patientombuddet en unik mulighed for at videreformidle den viden og læring, der kan uddrages af både patienternes henvendelser og rapporteringen af utilsigtede hændelser.

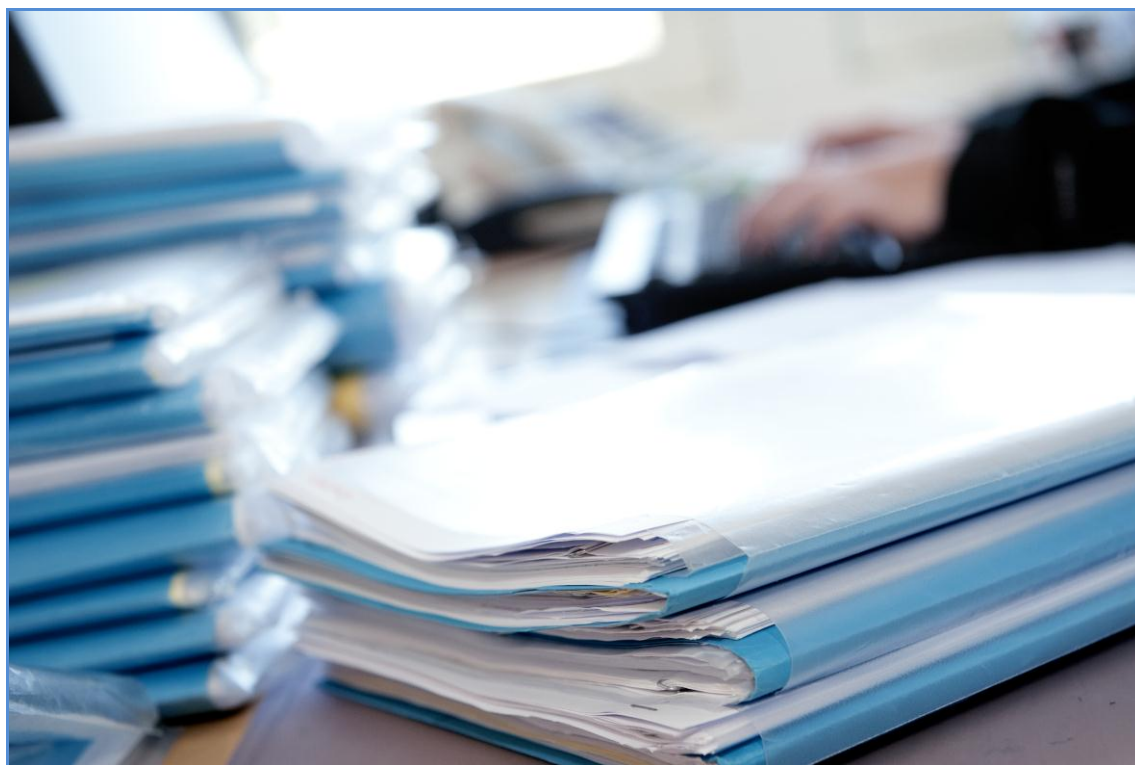
Læringsenheden i Patientombuddet har til opgave at sikre, at de mange data, som Patientombuddet har, bliver udnyttet til at udvikle kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet til gavn for patienterne. Disse mål og forventninger kan Patientombuddet indfri ved at formidle viden fra de tre datakilder, ved at udnytte den ekspertise de sagkyndige konsulenter i Patientombuddet har, og gennem et efterspørgselsrelateret samarbejde med sundhedsvæsenets aktører, hvor Patientombuddet stiller data til rådighed.

I 2011 blev en ny version af Dansk Patientsikkerhedsdatabase taget i brug, og det gav patienter og pårørende adgang til at rapportere utilsigtede hændelser.

I 2011 udgav Læringsenheden i Patientombuddet blandt andet en række nyhedsbreve, OBS-meddelelser og temarapporter og indgik i partnerskaber med flere patientforeninger. Læringsenhedens virksomhed er mere udførligt omtalt i afsnit 3.

2.4 International sygesikring

Enheden International Sygesikring varetager en række opgaver i forbindelse med især EU-rettens regler om adgang til sundhedsydelser i et andet medlemsland. Vi vejleder borgere, virksomheder og offentlige myndigheder om forståelsen af disse regler og forestår afregning af sundhedsydelser med andre medlemslande. I 2011 betalte vi 246 millioner kroner til andre medlemslande for danske sikredes behandling dér, og vi modtog 32 millioner kroner for behandling her i landet af sikrede fra andre medlemslande. Opgaverne for International Sygesikring er mere udførligt omtalt i afsnit 7.



3 Læring

Det ny klagesystem skal understøtte, at der i endnu højere grad sker en læring i hele sundhedsvæsenet.

Med samlingen af patientklager, anker i erstatningssager og rapporteringer om utilsigtede hændelser i Patientombuddet har vi en unik mulighed for at samle viden om utilsigtede hændelser i hele sundhedsvæsenet. Samtidig giver dialogprocessen i klagesager nye muligheder for lokal læring, se afsnit 4.

Det er Patientombuddets Læringsenhed, der har til opgave at sikre, at denne viden bliver analyseret og dernæst formidlet ud til de rette instanser i sundhedsvæsenet. Patientombuddets Læringsenhed varetager også administrationen af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

3.1 Rapportering af utilsigtede hændelser

Rapporteringen af utilsigtede hændelser har eksisteret i otte år inden for sygehusvæsenet og godt et år for resten af sundhedsvæsenet. En utilsigtet hændelse kan man betegne som noget, der ikke bør ske, men som er sket eller var tæt ved at ske. Det kan for eksempel være en patient, der falder ud af sengen, fordi sengegærdet ikke var oppe, eller en patient, der får forkert medicin, fordi fagpersonen ikke dobbelttjekker, at patienten hedder Olsen og ikke Olsson. Alle autoriserede sundhedspersoner har pligt til at rapportere, når der sker en utilsigtet hændelse.

1. september 2011 blev rapporteringssystemet endnu en gang udvidet, således at også patienter og pårørende har fået mulighed for at rapportere, hvis de i deres berøring med sundhedsvæsenet opdager eller bliver udsat for utilsigtede hændelser. Fra september til december 2011 rapporterede patienter og pårørende 693 utilsigtede hændelser. Det er en lovende start, og vi håber, at endnu flere vil benytte sig af muligheden i 2012.

I 2011 blev der rapporteret lidt flere end 98.500 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase mod 41.500 i 2010.

Selv om dette tal umiddelbart virker voldsomt, har undersøgelser vist, at det reelt kun er 1 ud af 10-20 hændelser, der bliver rapporteret. Samtidig skal tallene også ses i lyset af de mange millioner patientkontakter, sundhedsvæsenet hvert år håndterer.

3.2 Læringsstrategien

Vi har i Patientombuddet ansvaret for at anvende alle disse data om utilsigtede hændelser og data fra klage- og erstatningssager proaktivt med henblik på at skabe viden, der kan forbedre patientsikkerheden og kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Derfor har vi udviklet en strategi for læring, der skal sikre, at vi kan bruge denne viden nyttigt og samtidig vidensdele med andre aktører i sundhedsvæsenet.

Læringsstrategien indebærer i hovedtræk, at:

- Patientombuddet afdækker kritiske sammenhænge blandt andet ved at sammenstille den viden, der er tilgængelig i klage- og erstatningssystemet med den viden, der findes i rapporteringerne om utilsigtede hændelser.
- Patientombuddet gennem formidling til sundhedsvæsenets aktører og offentligheden medvirker til, at ombuddets viden omsættes til forbedringer af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.
- Patientombuddet ved indgåelse af partnerskaber medvirker til gennemførelse af projekter i sundhedsvæsenet, som resulterer i bedre aktiviteter med større gennemslagskraft.
- Patientombuddet sikrer størst muligt udbytte af sine aktiviteter gennem koordineret samarbejde med andre aktører i sundhedsvæsenet.
- Patientombuddet leverer den viden, som efterspørges af sundhedsvæsenets aktører.

Formidlingen af viden kan ske på flere måder. Patientombuddet publicerer både nyhedsbreve, OBS-meddelelser, tema-rapporter, advarsler og pjecer, ligesom ombuddet også bidrager til øget patientsikkerhed gennem oplæg og undervisning.

I 2011 udsendte Patientombuddet fire nyhedsbreve, tre OBS-meddelelser, tre tema-rapporter og en advarsel samt en række pjecer og plakater. I to af de tre tema-rapporter indgår data fra såvel Dansk Patientsikkerhedsdatabase som klage- og erstatningssager.

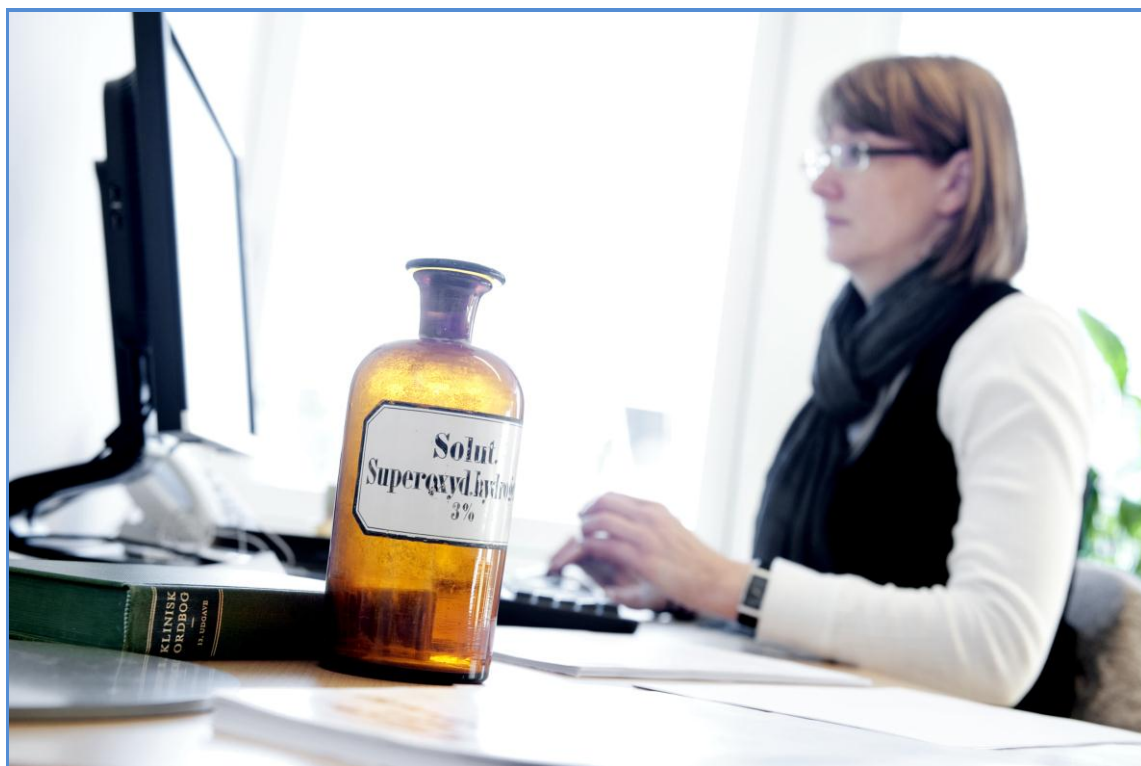
Det er vigtigt, at det arbejde, vi udfører for at udvikle kvalitet og patientsikkerhed bliver modtaget og opfattet som relevant og vedkommende af både det kliniske personale og de beslutningstagere, der har ansvaret for at følge op på Patientombuddets udmeldinger. Derfor vil vi sikre relevansen af vores læringsaktiviteter ved blandt andet at indgå et partnerskab med centrale aktører i sundhedsvæsenet.

Patientombuddet har blandt andet indledt partnerskab med Kræftens Bekæmpelse om en analyse af utilsigtede hændelser om kræft i primærsektoren og med Gigtforeningen vedrørende fejl i forbindelse med Methotrexate-behandling.

Patientombuddet har etableret Det Nationale Forum med det formål at skabe en samarbejdsorganisation, der på et overordnet strategisk niveau kan koordinere læring på tværs af rapporterings-, erstatnings- og klagesystemet og samtidig inddrage erfaringerne fra dialogordningen og de regionale patientvejledere.

Medlemmerne af Nationalt Forum er udpeget blandt de centrale aktører i sundhedsvæsenet.

Patientombuddets læringsaktiviteter er mere indgående beskrevet i Dansk Patientsikkerhedsdatabases årsberetning fra 2011, som kan læses på hjemmesiden www.patientombuddet.dk



4 Dialog

Mange patienter henvender sig helt naturligt til den sundhedsperson eller det behandlingssted, som har udført en behandling, som patienten er utilfreds med. Patienter har også mulighed for at henvende sig til de regionale patientkontorer. Og denne uformelle kontakt fører mange gange til, at patienten ikke føler behov for at indgive en formel klage.

Det er dog også erfaringen, at ganske mange patienter klager direkte til Patientombuddet uden forudgående at have kontaktet det regionale patientkontor eller behandlingsstedet.

Ved etableringen af det ny patientklagesystem den 1. januar 2011 fik patienter en lovbestemt ret til at få tilbudt en dialog om deres klage med regionen.

Den lokale dialog er en meget vigtig del af det ny klagesystem. Pligten til at tilbyde patienter dialog om deres klage understreger, at vi i det ny klagesystem tillægger det stor betydning at give patienter mulighed for en ubureaukratisk kontakt med de ansvarlige for behandlingen og en mulig afslutning på klagen. Både for patienterne og sundhedsvæsenet er det mere tilfredsstillende, hvis der gennem dialog kan opnås en afslutning på en klage frem for gennem en afgørelse i klagesystemet.

Alle regioner har indberettet nøgletal om dialogprocessen til Patientombuddet.

4.1 Hvad er formålet med dialog?

Klage- og erstatningsloven pålægger Patientombuddet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn at tilbyde patienter, der klager over den sundhedsfaglige behandling, en dialog med den pågældende region. Indgives en formel klage til det regionale patientkontor, kan patientkontoret med det samme tilbyde patienten dialog og skal samtidig underrette Patientombuddet om klagen.

Ved at skabe en ubureaukratisk mulighed for at patienter i dialog med sundhedsvæsenet kan få rettet misforståelser og få svar på spørgsmål om behandlingen, finder parterne ud af, om patientens henvendelse kan løses med en forklaring, en undskyldning eller en oplysning om, at procedurer ændres for fremtiden. Det er nemlig erfaringen, at patienters motiv til at klage oftest er et ønske om, at der drages læring af et utilfredsstillende forløb, så det ikke gentages for fremtidige patienter. Dialogen giver nemlig mulighed for lokal læring det sted, som patienten har klaget over.

4.2 Hvem får tilbudt dialog?

Patienter, der klager over sundhedsydelser, som regionen helt eller delvist afholder udgifterne til, skal tilbydes dialog. Det betyder, at når patienten klager over behandling på sygehus, herunder private sygehuse og klinikker med aftale med regionen, praksissektoren og den præhospital indsats, skal patienten have tilbud om dialog.

Der er derimod ikke en lovbestemt pligt til at tilbyde dialog, når klagen vedrører behandling, som regionen ikke afholder udgifterne til. Vedrører klagen for eksempel den kommunale hjemmesygepleje eller behandling for patientens egen regning på privathospital, er der ikke pligt til at tilbyde dialog.

Det er patienten selv, der afgør, om patienten ønsker dialog med regionen. Den lokale dialog skal i givet fald gennemføres, inden klagen behandles og inden for fire uger. I 2011 tog 17 procent af patienterne eller pårørende til afdøde imod tilbuddet om dialog.

Der var i 2011 væsentligt flere kvinder end mænd, der deltog i dialog. Cirka 60 procent af de patienter, der tog imod tilbuddet om dialog, var kvinder.

Det fremgår af regionernes indberetninger om dialog til Patientombuddet, at langt de fleste dialoger vedrørte behandling på offentlige sygehuse.

Hvor mange dialoger vedrørte behandling	Antal
På offentligt, somatisk sygehus?	402
På offentligt, psykiatrisk sygehus?	23
På privat sygehus?	14
I praksissektoren?	103

Dialogerne vedrørte helt overvejende kirurgisk behandling.

Hvis en patient ikke ønsker at tage imod tilbuddet om dialog, vil Patientombuddet eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn indlede behandlingen af klagen.

4.3 Hvordan foregår dialogen?

Når patienten tager imod tilbuddet om dialog, har regionen pligt til at iværksætte dialogen. Lovgivningen forpligter regionen til som minimum skriftligt eller mundtligt at kontakte patienten, men lovgivningen indeholder ikke nærmere bestemmelser om, hvorledes dialogen skal tilrettelægges.

I langt de fleste tilfælde tilbyder regionen at afholde dialogen som et møde.

Det forekommer dog også, at dialogen gennemføres ved telefonisk kontakt. I 2011 foregik lidt under en tredjedel (28 procent) i form af telefonisk kontakt. Region Nordjylland har oplyst, at regionen har haft gode erfaringer med telefonisk kontakt, idet flere patienter har valgt at afslutte deres klage efter telefonisk dialog og enkelte patienter har sagt, at det var godt, at dialogen kunne 'klares' hjemmefra. Region Hovedstaden har oplyst, at det især var i praksissektoren, at dialogsamtaler blev gennemført ved telefonsamtale (cirka 67 procent).

Ved dialog om behandling på sygehus deltager oftest en repræsentant for afdelingsledelsen samt den eller de involverede sundhedspersoner. I Region Sjælland deltog afdelingsledelsen dog i dobbelt så mange dialogsamtaler som det behandlingsansvarlige

personale. I de øvrige regioner synes det behandlingsansvarlige personale at have deltaget i noget større omfang.

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Antal tilfælde hvor de behandlingsansvarlige sundhedspersoner deltog i dialogen	84	35	33	45	32
Antal tilfælde hvor afdelingsledelsen på et offentligt sygehus deltog i dialogen	118	74	47	46	33
Antal tilfælde hvor andre fra regionen deltog i dialogen	21	40	16	17	4
Antal tilfælde hvor ledelsen af privat hospital eller klinik i praksissektoren deltog i dialogen	3	2	11	13	2

Ved dialogen har patienten mulighed for at lade sig bistå af en pårørende, en ven eller en anden person. Denne mulighed benyttede mange af patienterne sig af.

Bisidderfunktionen:	Antal
I hvor mange tilfælde havde klager en bisidder med til dialogmødet?	198
I hvor mange tilfælde havde klager selv fundet sin bisidder?	183
I hvor mange tilfælde ville klager gerne have haft en bisidder med, men havde ikke mulighed for at finde en bisidder?	9

4.4 Hvad blev resultatet af dialogerne?

Sigtet med dialog er, som beskrevet ovenfor, at patienter i dialog med sundhedsvæsenet kan få rettet misforståelser og få svar på spørgsmål om behandlingen, sådan at det søges undersøgt, om patientens henvendelse kan løses med en forklaring, en undskyldning eller en oplysning om, at procedurer ændres for fremtiden.

Indberetningerne om dialog fra regionerne viser, at dialog i klagesager er en succes.

Lidt under halvdelen (44 procent) af de patienter, der tager imod tilbuddet om dialog, vælger at afslutte deres klage efter dialog.

Udfald af dialog: klagen trukket tilbage	Antal
I hvor mange tilfælde blev klagen trukket tilbage efter dialog?	239
I hvor mange tilfælde blev klagen trukket tilbage fordi:	
• Klager fik en forklaring på behandlingen eller afklaret misforståelser?	174
• Klager fik en undskyldning for behandlingen?	103
• Klager fik oplysning om den læring, klagen afstedkom og eventuelt ændrede procedurer i fremtiden?	122
• Andre grunde?	14

Region Nordjylland oplyser, at det afgørende for, hvorvidt patienterne trækker deres klage tilbage eller oplever dialogen som tilfredsstillende, er oplevelsen af at blive lyttet til og taget alvorligt. Særlig stor betydning har det for patienterne, hvis sundhedspersonalet giver udtryk for at man 'vil passe bedre på den næste patient' og måske ændre eller forbedre forhold på sygehuset, så det utilfredsstillende behandlingsforløb ikke vil gentage sig. Region Hovedstaden oplyser, at i 80 procent af tilfældene blev klagen over sygehusbehandling trukket tilbage, fordi patienten eller de pårørende havde fået en forklaring eller afklaret misforståelser.

Der er mellem regionerne forskel på, hvor ofte dialog fører til, at patienten trækker sin klage tilbage. Nedenstående tabel viser, hvor stor en procentdel af alle dialoger i regionen, der førte til, at patienten trak sin klage tilbage.

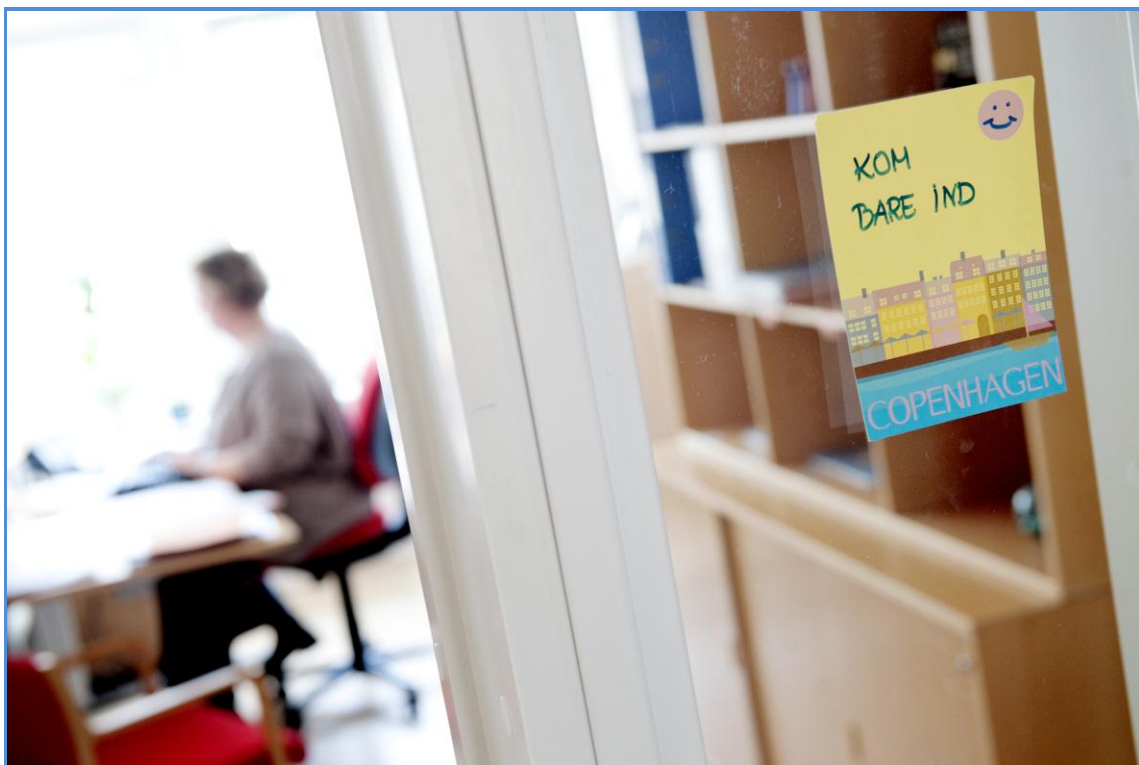
	Tilbagetrækning i procent
Region Hovedstaden	41 procent
Region Sjælland	31 procent
Region Syddanmark	58 procent
Region Midtjylland	54 procent
Region Nordjylland	53 procent

Selv om en dialog ikke fører til, at en patient trækker sin klage tilbage, har dialogen i flere tilfælde haft indflydelse på selve klagens indhold. I en række tilfælde (67 tilfælde) ændrede patienten indholdet af klagen efter dialog. I nogenlunde lige mange tilfælde blev klagen mindre eller mere omfattende efter dialogen.

4.5 Læring med baggrund i dialog

Ved indførelsen af dialog i klagesystemet var det forventningen, at dialog ville øge den lokale læring af klagesager. Denne forventning er blevet indfriet.

I 126 tilfælde har dialog givet anledning til ændrede procedurer eller andre initiativer, og i et tilsvarende antal tilfælde vil dialogen give anledning til ændringer.



5 Patientombuddets afgørelser

I det ny patientklagesystem har patienterne indflydelse på, hvordan deres klage over behandlingen skal behandles.

Patienterne har fået to valg.

Patienterne har for det første fået mulighed for at vælge en dialog med regionen, før behandlingen af deres klage går i gang. Denne dialog er nærmere beskrevet i afsnit 4.

For det andet kan patienterne vælge, om de ønsker deres behandlingsklage afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller Patientombuddet. Afgørelser fra disciplinærnævnet kan gå ud på at kritisere konkrete sundhedspersoner for den sundhedsfaglige behandling af patienten, mens afgørelser fra Patientombuddet kan gå ud på, at behandlingsstedet for eksempel et sygehus kritiseres.

Med det ny klagesystem har patienter samtidig fået mulighed for at klage til Patientombuddet over en række patientrettigheder som for eksempel frit sygehusvalg, maksimale ventetider og tolkebistand (rettighedsklager).

Når Patientombuddet behandler klagesager (både behandlingsklager og rettighedsklager), er Patientombuddet uafhængigt, og er dermed - som disciplinærnævnet - ikke undergivet instruktion om de enkelte sagers behandling og afgørelse.

Patientombuddets afgørelser kan ikke indbringes for andre administrative myndigheder. Patientombuddets afgørelser er 'administrativt endelige'. Når Patientombuddet kritiserer et behandlingssted for en sundhedsfaglig behandling, har patienten dog mulighed for efterfølgende også at få behandlet sin klage i disciplinærnævnet. Der var ingen patienter, der benyttede denne mulighed i 2011.

Patientombuddet er en klageinstans og har derfor ikke kompetence til af egen drift at iværksætte undersøgelse af sundhedsvæsenets faglige virksomhed eller af regioners eller kommuners efterlevelse af patientrettigheder. Patientombuddet har derfor heller ikke kompetence til at indbringe sager for disciplinærnævnet. Sundhedsstyrelsen har på den anden side kompetence til at indberette sager for disciplinærnævnet. Sundhedsstyrelsen modtager kopi af Patientombuddets afgørelser af behandlingssager.

5.1 Behandlingsklager

Patientombuddet afgør klager over den sundhedsfaglige behandling, når patienten har valgt, at afgørelsen skal træffes som en patientombudssag. Det betyder helt konkret, at Patientombuddet afgør behandlingsklagen uden forelæggelse for et nævn – det vil sige i modsætning til, hvis sagen skulle forelægges disciplinærnævnet.

Ministeren for sundhed og forebyggelse har nedsat Det Rådgivende Praksisudvalg for at sikre, at repræsentanter for relevante organisationer, herunder patientorganisationer, får adgang til at præge udviklingen af Patientombuddets praksis for afgørelsen af behandlingsklager. Det Rådgivende Praksisudvalg er nærmere omtalt nedenfor.

Patientombuddet har kompetence til at afgøre klager over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed. Ved sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed forstås sundhedsfaglig virksomhed i det offentlige sundhedsvæsen. Patientombuddets kompetence afhænger således af, om udgifterne til behandlingen helt eller delvist er afholdt af en region, en kommune eller staten. Kerneområdet er behandling på offentligt sygehus eller privat sygehus efter aftale med regionen, behandling hos alment praktiserende læge eller behandling i den kommunale hjemmesygepleje. Det er i praksis antaget, at også behandling ved fængselslæger er omfattet af Patientombuddets kompetence. Fængselslæger er oftest alment praktiserende læger, der ansættes af Direktoratet for Kriminalforsorgen i en deltidsstilling.

Behandlingsklager oplyses og afgøres i Patientombuddets Patientklagecenter. De sundhedsfaglige vurderinger leveres af samme korps af sagkyndige konsulenter, som anvendes i forberedelsen af sager for disciplinærnævnet. Juristerne i Patientklagecenteret behandler dermed både sager, der afgøres af Patientombuddet, og sager, der afgøres af disciplinærnævnet. Denne organisering er valgt for at medvirke til, at der anvendes samme norm ved den faglige vurdering af behandlingen i både disciplinærsager og patientombudssager.

Der gælder samme frister for indbringelse af klager over den sundhedsfaglige behandling for Patientombuddet som for disciplinærnævnet.

Det behandlingssted, som klagen vedrører, får naturligvis lejlighed til at udtale sig om klagen, ligesom de relevante journaler indhentes. I øvrigt foretages partshøring i overensstemmelse med forvaltningslovens bestemmelser.

Patientombuddet vurderer, om patientbehandlingen må anses for at være under almindelig anerkendt faglig standard. Der er tale om samme faglige standard, som konkrete sundhedspersoners faglige virksomhed bedømmes ud fra i disciplinærnævnet. I modsætning til disciplinærnævnet skal Patientombuddet imidlertid ikke undersøge og tage stilling til, om konkrete sundhedspersoner kan drages til ansvar for, at behandlingen var under almindelig anerkendt faglig standard.

Bevisvurderingen i Patientombuddet svarer principielt til bevisvurderingen i disciplinærnævnet. Når Patientombuddet kritiserer et behandlingssted har det imidlertid en noget anden karakter, end når disciplinærnævnet kritiserer en navngiven sundhedsperson. Kritik af en sundhedsperson er en sanktion rettet mod en konkret enkeltperson, hvorfor behovet for beskyttelse af personens retssikkerhed må veje tungt.

Dette hensyn gør sig naturligvis også gældende i forhold til behandlingssteder, men ikke altid med fuldt samme vægt. I praksis ses patientens oplysninger om et konkret forhold lagt til grund i videre omfang i Patientombuddets afgørelser end i disciplinærnævnets. Det gælder i tilfælde, hvor der ikke er oplysninger i journalen om det pågældende forhold, og myndigheden ikke i sin udtalelse til Patientombuddet har bestridt patientens oplysning. Nedenstående sag er et eksempel herpå.

Patientens oplysning om, at sygehuset anlagde en slynge på den forkerte arm, lagt til grund i Patientombuddets afgørelse

På grund af mistanke om brud i venstre skulder fik patienten anlagt slynge. Patienten oplyste, at slyngen blev anlagt på den forkerte arm. Det fremgik hverken af journal eller sygeplejefjournal på hvilken arm, slyngen blev anlagt.

Det fremgik heller ikke af sygehusets udtalelse over klagen på hvilken arm, slyngen blev anlagt.

Da sygehuset ikke havde bestridt, at slyngen blev anlagt på den forkerte arm, lagde Patientombuddet patientens oplysning til grund. Patientombuddet fandt derfor grundlag for at kritisere den behandling, som patienten modtog på sygehuset.

Patientombuddet kan ikke behandle en klage som en patientombudssag, hvis den samtidig er eller har været under behandling i disciplinærnævnet.

Når Patientombuddet vurderer, at patientbehandlingen var under almindelig anerkendt faglig standard, kan behandlingsstedet kritiseres. Det gælder også, selv om det måtte stå klart, at det ikke var en konkret sundhedsperson, der havde ansvar for den dårlige behandling. Patientombuddet kan nemlig også tage stilling til handlinger, der er foretaget af personer uden sundhedsfaglig uddannelse så som lægesekretærer, der ikke omfattes af disciplinærnævnets kompetence. Nedenstående sag er et eksempel på, at Patientombuddet kan træffe afgørelse, uden at det er nødvendigt at klarlægge, hvem der måtte have begået fejlen.

Manglende opfølgning på vurdering af MR-scanning

Efter en faldulykke blev patienten undersøgt på sygehus 1 blandt andet ved en MR-scanning af nakke-rygsøjlen. MR-scanningen blev sendt til sygehus 2, der skulle vurdere scanningen. Ifølge patienten blev han udskrevet uden oplysning om, hvorledes sygehus 2 havde vurderet scanningen. Det fremgår ikke af journalen, hvorledes der blev fulgt op på svaret, og om der var planlagt yderligere information af patienten efter udskrivning.

Patientombuddet fandt, at patienten burde have været informeret om svaret på MR-scanningen fra sygehus 2, således at patienten fra sygehus 1 kunne modtage information om, hvorvidt der var grundlag for yderligere behandling. Patientombuddet fandt derfor grundlag for at kritisere sygehus 1.

Patientombuddets afgørelser kan gå ud på, at behandlingen ikke gav anledning til kritik, eller at der var anledning til kritik. Patientombudet har i modsætning til disciplinærnævnet ikke mulighed for at give alvorlig kritik i form af indskærpelse.

5.2 Rettighedsklager

Allerede i 2007 fik patienter mulighed for at klage til det daværende Patientklagenævn over visse afgørelser truffet af kommuner og regioner.

Det blev da for eksempel muligt at klage over kommunernes afgørelser vedrørende indplacering i sikringsgruppe, betaling for sundhedskort og begravelseshjælp.

For afgørelser truffet af regionerne blev det muligt at klage over for eksempel befordring og befordringsgodtgørelse til sygehus og tilskud til behandling i praksissektoren i Danmark og andre EU-/EØS-lande.

I forbindelse med etableringen af det ny patientklagesystem, blev borgernes adgang til at klage over kommuners og regioners afgørelser udvidet. Det er nu muligt at klage over kommunernes afgørelser om omsorgs- og specialtandpleje, og for regionernes vedkommende at klage over retten til at få sygehusbehandling i udlandet, retten til frit og udvidet frit sygehusvalg og retten til behandling af visse kræft- og hjertesygdomme inden for fastsatte maksimale ventetider. Ligeledes blev der adgang til at klage for patienter med Sjøgrens Syndrom og patienter, der har fået kemo- eller strålebehandling, som har fået afslag på tilskud til tandbehandling.

Patientombuddet behandler desuden klager fra personer, der mener, at deres ret til aktindsigt i sundhedsfaglige journaler ikke er blevet imødekommet.

Alle disse klager kaldes i Patientombuddet for rettighedsklager.

Før den 1. januar 2011 skulle patienten sende rettighedsklagen til den myndighed, som havde truffet afgørelsen, således at myndighed kunne revurdere sagen, inden den eventuelt blev sendt til Patientklagenævnet som en klage. Patienten kan nu, som i alle andre sager, sende sin klage direkte til Patientombuddet. Patientombuddet begynder herefter behandlingen af sagen ved at indhente sagsakter fra den myndighed, der er klaget over.

Sager om befordring og befordringsgodtgørelse til sygehus udgør den største del af rettighedsklagerne. Det frie sygehusvalg betyder, at mange patienter behandles på et sygehus, som ligger længere fra patientens bopæl end det sygehus, som patienten sædvanligvis ville være blevet visiteret til. Mange patienter har den forventning, at de kan få befordringsgodtgørelse til det sygehus, hvor de faktisk blev behandlet, hvilket reglerne ofte ikke giver dem ret til. Det samme gør sig gældende, når patienten efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg er blevet behandlet på et privathospital med videre.

Patientombuddet har i 2011 truffet adskillige afgørelser i sager, som vedrører denne problematik. Nedenfor resumeres to sager:

Regionens afgørelse blev ændret, da regionen ikke kunne henvise til en midlertidigt suspenderet visitationspraksis

En patient var af region 1 efter det udvidede frie sygehusvalg blevet visiteret til behandling på et privathospital, som var beliggende i region 2. Region 1 gav afslag på befordringsgodtgørelse, da patienten efter region 1's sædvanlige visitationspraksis kunne være blevet behandlet på sygehus A. Patienten opfyldte ikke betingelserne for at få befordringsgodtgørelse til sygehus A.

Patienten anførte, at behandlingen ikke kunne udføres på sygehus A, når det ikke var muligt at få en tid til behandling.

Det fremgik af indkaldelsesbrevet til sygehus A, at man på grund af midlertidig lægemangel ikke kunne tilbyde en dato for behandling.

Det var Patientombuddets opfattelse, at en region ikke kunne henvise til en midlertidigt suspenderet visitationspraksis på sygehus A med den følge, at eventuel befordringsgodtgørelse skulle beregnes til dette sygehus.

Det var endvidere Patientombuddets opfattelse, at beregningen af befordringsgodtgørelse skulle basere sig på afstanden fra patientens bopæl til det nærmeste sygehus i region 1 eller nærmeste samarbejdssygehus, som kunne tilbyde behandling.

På denne baggrund ændrede Patientombuddet regionens afgørelse.

Regionens afgørelse tiltrådt, da patienten havde benyttet sig af det frie sygehusvalg

En patient havde efter henvisning fra en speciallæge i neurologi søgt behandling på sygehus B i region 2. Region 1, hvor patienten havde bopæl, gav afslag på befordringsgodtgørelse, da patienten kunne være blevet behandlet på sygehus A i region 1.

Patienten anførte, at det var den henvisende læge, der henviste til sygehus B, og at der ikke tilbydes behandling af hendes lidelse på sygehus A.

Det var Patientombuddets opfattelse, at en patient, der søger behandling på et andet sygehus end det, som regionsrådet ville have visiteret patienten til, efter omstændighederne har benyttet sig af det frie sygehusvalg, uanset om patienten var vidende herom. Det påhviler den henvisende læge at informere patienten om konsekvenserne af, at lægen henviser patienten til et sygehus efter det frie sygehusvalg. Det forhold, at lægen muligvis ikke har informeret patienten herom, kan ikke føre til, at patienten opnår en ret til befordringsgodtgørelse, som patienten ellers ikke har efter reglerne herom.

Patientombuddet lagde ved sin afgørelse vægt på, at det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet gældende fra 2001 til oktober 2011, at behandling af patientens lidelse, kunne foretages på både sygehus A og på sygehus B.

På denne baggrund tiltrådte Patientombuddet regionens afgørelse.

Patientombuddet tog i 2011 også stilling til klager over, at regionerne ikke havde overholdt de maksimale ventetider, der er gældende, når en patient henvises på misstanke om kræftsygdom.

Nedenfor resumeres dele af en afgørelse vedrørende dette sagsområde.

Regionen havde overtrådt reglerne om maksimale ventetider ved livstruende sygdomme

En patient, som var bosiddende i region 1, fik den 5. november 2010 konstateret en kræftknode i højre nyre. Hun gav den 3. december 2010 samtykke til operation på sygehus A. Operationen blev planlagt til den 13. december 2010. Operationen blev imidlertid aflyst, da den alligevel ikke kunne gennemføres på sygehus A.

Journalen blev herefter sendt til sygehus B, hvor den blev modtaget den 10. december 2010. Patienten var til samtale på sygehus B den 15. december 2010, og der blev tilbudt operation den 21. december 2010.

Patientombuddet oplyste om de gældende regler, hvorefter en patient med den pågældende kræftsygdom skal tilbydes operation senest 2 uger fra den dato, hvor patienten har givet informeret samtykke til operationen. Hvis denne frist ikke kan overholdes, skal patienten tilbydes operation på et andet sygehus.

Det var Patientombuddets opfattelse, at venteperioden, også når patienten har givet samtykke til operation på ét sygehus og herefter henvises til operation på et andet sygehus, skal beregnes fra den dato, hvor patienten gav sit samtykke, også selv om det er nødvendigt, at patienten inden operationen skal indkaldes til en samtale på det andet sygehus.

Patientombuddet fandt på denne baggrund, at region 1 havde overtrådt sundhedslovens § 88, stk. 2, ved ikke at have tilbudt patienten operation på et andet sygehus.

5.3 Det Rådgivende Praksisudvalg

Ministeren for sundhed og forebyggelse har nedsat Det Rådgivende Praksisudvalg for at sikre, at repræsentanter for relevante organisationer, herunder patientorganisationer, får adgang til at præge udviklingen af Patientombuddets praksis for afgørelsen af klager fra patienter over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed (behandlingsklager).

Praksisudvalget har til opgave at rådgive Patientombuddet om ombuddets fremtidige afgørelser af sammenlignelige sager.

Udvalget skal have mulighed for at drøfte baggrunden for udfaldet i enkelte sager med Patientombuddet samt kunne tilkendegive synspunkter om afgørelserne, herunder påpege eventuelle afgørelser, hvor fremtidige sammenlignelige sager efter praksisudvalgets opfattelse bør få et andet udfald, eller hvor der efter praksisudvalgets opfattelse i højere grad bør tages højde for nærmere bestemte forhold.

Praksisudvalget har endvidere til opgave at rådgive Patientombuddet om læringen af sagerne.

Praksisudvalget vil kunne pege på sundhedsfaglige områder, som efter udvalgets opfattelse kræver en særlig opmærksomhed eller indsats med hensyn til læring, ligesom udvalget vil kunne rådgive Patientombuddet om, hvilke læringsinitiativer, der efter udvalgets opfattelse bør iværksættes.

Udvalget holdt sit første møde i oktober 2011. I mødet blev udvalgets kommissorium drøftet, og udvalget tilkendegav, at blandt andet plejesager og i den forbindelse information og samtykke var emner, som udvalget ønskede behandlet på et møde i 2012. I bilag 1 er en komplet liste over medlemmerne i Det Rådgivende Praksisudvalg.

6 Nævnenes virksomhed

Patientombuddet er sekretariat for fire nævn, hvoraf de tre er ankenævn. Nævnene er: Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, Patientskadeankenævnet, Lægemiddelskadeankenævnet og Det Psykiatriske Ankenævn.

I 2011 traf de fire nævn realitetsafgørelse i 4.531 sager.

Nævnene træffer afgørelse i møder, men for alle nævn er der mulighed for formandsafgørelser. De fire nævn har alle repræsentation for sundhedspersoner og patienter, og nævnene har alle en dommer som formand.

6.1 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov.

Disciplinærnævnet har til opgave at behandle patienters klager over sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed.

Disciplinærnævnet skal først og fremmest tage stilling til, om en eller flere konkrete sundhedspersoner har udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed ved patientbehandlingen, det vil sige om sundhedspersonen har levet op til normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Ved afgørelsen af den enkelte sag er disciplinærnævnet sammensat af fem medlemmer, heraf en formand eller næstformand, to fagligt udpegede medlemmer (udpeget ud fra sagens fagområde) og to lægmandsrepræsentanter (patientrepræsentanter). Formand og næstformænd er alle dommere.

Disciplinærnævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse.

Disciplinærnævnets afgørelser er administrativt endelige.

I 2011 afgjorde Disciplinærnævnet 2.437 klagesager. 716 gav anledning til kritik svarende til 29 procent. I 2010 var kritikprocenten 28.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev 12,9 måneder mod 12,7 måneder i 2010. Den lille stigning i sagsbehandlingstiden skyldes, at disciplinærnævnet afgjorde et stort antal gamle sager, der var overtaget fra Patientklagenævnet. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for patientklager afgjort af disciplinærnævnet og Patientombuddet blev 11,3 måneder, og dermed 1,4 måneder lavere end i 2010.

Disciplinærnævnet holdt 38 møder i 2011.

Der er gjort nærmere rede for disciplinærnævnets virksomhed i 2011 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

6.2 Patientskadeankenævnet

Patientskadeankenævnet er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov.

Patientskadeankenævnet har til opgave at behandle klager over afgørelser fra Patientforsikringen om erstatning for patientskader.

Patientskadeankenævnet tager stilling til, om en patient er kommet til skade som følge af behandling eller undersøgelse i sundhedsvæsenet. Nævnet tager også stilling til udmåling af erstatningen for en anerkendt patientskade.

Ved afgørelsen af den enkelte sag er Patientskadeankenævnet sammensat af otte medlemmer, heraf en formand eller næstformand, to sagkyndige medlemmer, en advokat, to patientrepræsentanter og to repræsentanter for de driftsansvarlige myndigheder. Formand og næstformænd er alle dommere.

Patientskadeankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Patientskadeankenævnet afgørelser er administrativt endelige.

Antallet af nye ankesager steg fra 1.808 i 2010 til 2.117 i 2011.

I 2011 afsluttede Patientskadeankenævnet 2.005 ankesager, hvoraf 1.668 blev afgjort i nævns møder, 225 sager blev afgjort som formandsafgørelser og 112 blev afsluttet på anden vis. 208 sager gav anledning til ændring af Patientforsikringens afgørelse svarende til 13 procent.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev reduceret med 0,4 måneder fra 5,7 måneder i 2010 til 5,3 måneder i 2011.

Patientskadeankenævnet holdt 68 møder i 2011.

Der er gjort nærmere rede for Patientskadeankenævnets virksomhed i 2011 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

6.3 Lægemiddelskadeankenævnet

Lægemiddelskadeankenævnet er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov.

Lægemiddelskadeankenævnet har til opgave at behandle klager over afgørelser fra Patientforsikringen om erstatning for lægemiddelskader. Lægemiddelskadeankenævnet tager stilling til, om en patient har fået en skade som følge af en sjælden og alvorlig bivirkning af medicin. Nævnet kan også tage stilling til erstatningsudmålingen som følge af en anerkendt lægemiddelskade.

Nævnet består af en formand og otte andre udpegede medlemmer. Nævnet er ved afgørelsen af den enkelte sag sammensat af en formand, der er dommer, og som er udpeget af ministeren for Sundhed og Forebyggelse. Herudover består nævnet af otte medlemmer, hvoraf to repræsenterer patientinteresser, to repræsenterer sundhedsvæsenets driftsansvarlige, to repræsenterer sundhedsmyndighederne og to udpeget af ministeren for sundhed og forebyggelse.

Lægemiddelskadeankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Nævnets afgørelser er administrativt endelige.

Antallet af nye ankesager faldt fra 127 i 2010 til 115 i 2011.

I 2011 afsluttede Lægemiddelskadeankenævnet 132 ankesager. I fem procent af afgørelserne ændrede nævnet Patientforsikringens afgørelse.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev reduceret med 1,4 måneder fra 9,0 måneder i 2010 til 7,6 måneder i 2011.

Lægemiddelskadeankenævnet holdt syv møder i 2011.

Der er gjort nærmere rede for Lægemiddelskadeankenævnets virksomhed i 2011 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

6.4 Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Ankenævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov.

Det Psykiatriske Ankenævn har til opgave at behandle klager over afgørelser fra de psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningerne.

Det Psykiatriske Ankenævn tager stilling til, om betingelserne for at udøve tvang (især tvangsbehandling) var opfyldt på det tidspunkt, hvor tvangsindgrebet blev udført.

Ved afgørelsen af den enkelte sag er Det Psykiatriske Ankenævn sammensat af fem medlemmer. En formand, to speciallæger i psykiatri og to patientrepræsentanter. Formanden skal være dommer.

Det Psykiatriske Ankenævn er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser er administrativt endelige.

Antallet af nye ankesager steg fra 97 i 2010 til 124 i 2011. Det svarer til en stigning på 28 procent.

I 2011 afgjorde Det Psykiatriske Ankenævn 69 ankesager. 25 sager gav anledning til ændring af det psykiatriske patientklagenævns afgørelse svarende til 36 procent. Her-

udover blev 5 sager svarende til 7 procent hjemvist til fornyet behandling i det psykiatriske patientklagenævn. Af de 124 nye ankesager blev 27 sager afsluttet på anden måde end ved afgørelse, især fordi klager trak sin anke tilbage.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev reduceret med 0,9 måneder fra 6,4 måneder i 2010 til 5,5 måneder i 2011.

Det Psykiatriske Ankenævn holdt 10 møder i 2011.

Der er gjort nærmere rede for Det Psykiatriske Ankenævns virksomhed i 2011 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

7 International sygesikring

Ved etableringen af det ny patientklagesystem i januar 2011 blev det samtidigt besluttet at flytte administrationen af international sygesikring fra departementet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til Patientombuddet.

Enheden International Sygesikring i Patientombuddet har to hovedopgaver: vejledning om EU-rettens regler om behandling og i den forbindelse opkrævninger og betalinger af udgifter til behandling.

7.1 Administration af regler

Regler om koordinering af offentlige sundhedsydelse mellem flere lande findes dels i EU-retten, dels i sociale sikringsoverenskomster som Danmark har indgået med et eller flere andre lande.

I EF-forordning 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger, kaldet grundforordningen, er fastsat regler om koordinering af EU-landenes sociale sikringsordninger, herunder også sundhedsydelse for borgere, der rejser mellem landene. Den mere praktiske gennemførelse af reglerne i grundforordningen er fastlagt i EU-forordning 987/09, kaldet gennemførelsesforordningen.

Grundforordningen indeholder en række fælles regler om generelle principper, for eksempel et princip om ligebehandling af borgerne i EU, og regler om hvilket lands lovgivning der skal finde anvendelse (lovvalgsreglerne). Disse regler gælder for alle typer af sociale sikringsydelse, der er omfattet af grundforordningen, for eksempel pension, børnefamilieydelse, arbejdsløshedsydelse og sundhedsydelse. Derudover er der en række specifikke regler, der knytter sig til de enkelte typer af ydelse.

Når det efter lovvalgsreglerne er fastlagt, hvilket lands lovgivning en person er omfattet af (forsikringslandet), så indebærer koordineringen på sundhedsområdet, at det er dette land, der skal betale for sundhedsydelse, der gives til forsikringstageren og dennes familiemedlemmer. Forsikringslandet er som hovedregel det land, en person arbejder i. Forsikringslandet skal ikke blot betale sundhedsydelse, der gives i forsikringslandet. Forsikringslandet skal også betale sundhedsydelse, der gives til forsikringstageren, hvis han bor og modtager sundhedsydelse et andet land, typisk en grænsearbejder, eller hvis forsikringstageren bliver syg under ophold i et EU-land på ferie, uddannelsesophold, erhvervsrejse eller lignende.

EU-forordningen fastlægger desuden regler for hvilket land, der skal betale for sundhedsydelse, der gives til pensionister, der rejser eller flytter mellem EU-lande, for eksempel danske pensionister, der bor i Spanien.

Udover de EU-retlige regler er der fastsat regler om koordinering af sundhedsydelse i Nordisk Konvention om Social Sikring. Danmark har også indgået en række bilaterale socialsikringsaftaler med andre lande.

7.2 International Sygesikrings arbejdsområder

International Sygesikring vejleder kommuner og regioner om EU-rettens regler gennem skriftlige vejledninger og ved rådgivning om behandling af enkeltssager. Vi vejleder borgere, virksomheder og offentlige myndigheder generelt og konkret om forståelsen og anvendelsen af EU-retten. Vi udarbejder information blandt andet om, hvordan det blå EU-sygesikringskort dækker udgifter til læge- og hospitalsbehandling og medicin, hvis man bliver syg eller kommer til skade i et af de 31 lande, hvor kortet kan anvendes. Vi indhenter oplysninger fra andre lande om refusion efter EU-retten af udgifter til behandling og medicin, som danske sikrede har betalt i udlandet. Vi gennemfører kurser primært for ansatte i kommuner og regioner om EU-rettens regler og andre lignende emner.

International Sygesikring fungerer som dansk 'forbindelsesorgan' under EU-forordningerne for så vidt angår koordinering af sundhedsydelser.

International Sygesikring deltager i forhandlingerne i Den Administrative Kommission, Revisionsudvalget og Teknisk udvalg i Bruxelles, alle embedsmandsudvalg, der behandler tiltag til gennemførelse eller fortolkning af EU-forordninger. Udvalgene vurderer løbende behovet for at ændre de gældende forordninger eller udarbejde nye forordninger, og udarbejder konkrete forslag til nye forordningsregler, der skal vedtages i Rådet (af beskæftigelses- og socialministre).

Vi deltager med ekspertviden i den hjemlige proces til forberedelse af Rådsmøder, der behandler spørgsmål om koordinering af EU-landenes sundhedsordninger.

Vi deltager i en nordisk arbejdsgruppe, der behandler tekniske og administrative spørgsmål om anvendelsen af EU-retten og den nordiske konvention.

7.3 Regnskabsfunktioner tilknyttet International Sygesikring

Patientombuddet varetager alle opgaver i forbindelse med afregning af udgifter til sundhedsydelser mellem EU-landene samt andre lande – herunder EØS og Norden. En del af de regnskabsmæssige funktioner har i 2011 været udført af en regnskabsenhed i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse på vegne af Patientombuddet. Regnskabsenheden er i januar 2012 flyttet til Patientombuddet.

I 2011 blev der udbetalt 246 millioner kroner for danske sikredes behandling i andre EU-lande. Tyskland tegner sig for det største beløb med mere end 110 millioner kroner. Derefter følger Frankrig med knap 55 millioner kroner og Spanien med knap 50 millioner kroner. Der blev behandlet flere end 90.000 regninger.

Danmark modtog 32 millioner kroner for behandling her i landet af indbyggere fra andre EU-lande.

7.4 Større opgaver i 2011

7.4.1 EESSI-projektet

Med grundforordningens og gennemførelsesforordningens ikrafttræden vedtog alle EU-landene, at udvekslingen af sociale sikringsdata mellem landenes institutioner, der i dag helt overvejende foregår ved udveksling af blanketter eller ved anvendelse af EU-sygesikringskortet, fra den 1. maj 2012 skulle overgå til elektronisk udveksling. Det er nu udskudt til 1. maj 2014.

Tilrettelæggelsen af denne it-dataudveksling foregår i et EU-projekt kalder EESSI – Electronic Exchange of Social Security Information.

7.4.2 Det blå EU-sygesikringskort

Patientombuddet, International Sygesikring har i 2011 indsamlet data fra 30 lande om den praktiske anvendelse af EU-sygesikringskortet i det enkelte land og på den baggrund lavet beskrivelser af borgernes rettigheder i det enkelte land.



Bilag

Bilag 1

Sammensætningen af Det Rådgivende Praksisudvalg

Patientombuddets direktør Steffen Egesborg Hansen er formand for udvalget.

Praksisudvalget er sammensat således:

• Kvalitetsdirektør Peder Ring	Danske Regioner
• Konsulent Thilde Lydiksen	Kommunernes Landsforening (KL)
• Næstformand Dorte Steenberg	Dansk Sygeplejeråd
• Tandlæge Kirsten Melchior	Tandlægeforeningen
• Overtandlæge Henning Michael Tønning	Tandlægenes Nye Landsforening
• Formand Flemming Finøen	Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere
• Afdelingsjordemoder Kit Dynnes Hansen	Jordemoderforeningen
• Faglig chef Karen Langvad	Danske Fysioterapeuter
• Kiropraktor Lisbeth Hartvigsen	Dansk Kiropraktorforening
• Sektorformand Karen Stæhr	Fag og Arbejde (FOA)
• Forhenværende sundhedsminister Ester Larsen	Danske Patienter
• Sundhedspolitisk medarbejder Sine Jensen	Forbrugerrådet
• Udviklingschef Jørgen Lenger	Danske Handicaporganisationer
• Overlæge, dr.med. Erik Kristensen	Lægeforeningen
• Alment praktiserende læge Peter Magnussen	Lægeforeningen
• Læge Mette Marklund	Lægeforeningen

Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg**Telefon** 38 66 50 00**Mail** rita.ravn@regionh.dk**Web** www.regionh.dk

Dato 13. november 2012

Redegørelse for initiativer på baggrund af Patientombuddets årsberetning 2011

Patientombuddet har offentliggjort sin årsberetning den 16. maj 2012. Regionsrådet skal senest den 16. november 2012 redegøre for, hvilke initiativer årsberetningen har givet anledning til.

Patientombuddet har i sin årsberetning særligt omtalt antallet af klager, det nye klagesystems betydning for læringen i sundhedsvæsenet og betydningen af det nye element: dialogerne.

Administrationen har spurgt direktionerne ved regionens hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri, om Patientombuddets årsberetning har givet anledning til initiativer.

Tilbagemeldingerne herfra er, at man har noteret sig, at der i forhold til landsgennemsnittet er en lavere tilbagetrækningsprocent i Region Hovedstaden i klagesager, hvor der har været dialog med patienten. Det har givet anledning til, at der rettes mere fokus på dokumentationen af dialogen.

Direktionerne fremhæver, at der arbejdes kontinuerlig både med læring af selve klagerne, men også læring i forbindelse med dialogen med patienterne. Årsberetningen har imidlertid ikke givet anledning til konkrete initiativer på hospitalerne eller i psykiatrien.

Patientudvalget, der er et særligt udvalg nedsat af regionsrådet i Region Hovedstaden, har drøftet årsberetningen, og udvalget har hæftet sig ved, at årsberetningen for 2011 ikke giver anledning til, at man kan drage læring. Patientudvalget finder, at Patientombuddet fremadrettet bør have langt større fokus på dette. Patientudvalget har desuden drøftet Patientombuddets sagsbehandlingstider, og Patientudvalget efterlyser i den forbindelse oplysninger om, hvordan Patientombuddet arbejder på at sikre en hurtig sagsbehandling.

Idet følgende hermed Region Hovedstadens svar til Patientombuddet.

Opgørelsen af antallet af klager

For så vidt angår opgørelsen af antallet af klager bemærkes, at det af årsberetningen fremgår, at der for hele landet i 2011 er modtaget i alt 4.893 klager. Dette antal omfatter både klager over den sundhedsfaglige behandling og klager over manglende overholdelse af en række af patientrettigheder efter sundhedsloven. Ligesom antallet omfatter både sygehusvæsenet og de privat praktiserende læger mv.

Da der ifølge årsberetningen var i alt 4.770 klager indbragt i 2010 til det tidligere Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, kan der på landsplan konstateres en mindre stigning på i alt 123 klager, svarende til ca. 3%.

Da der med det nye patientklagesystem blev indført en række af nye klagemuligheder i 2011, og det totale antal klager i 2011 således også omfatter klager om manglende overholdelse af rettigheder efter sundhedsloven, ser det se ud som om, at antallet af klager over den sundhedsfaglige behandling er faldet på landsplan. Dette vil i givet fald være udtryk for en interessant udvikling – ikke mindst set i lyset af indførelsen af dialog med patienter, der har klaget til Patientombuddet eller til Disciplinærnævnet over den sundhedsfaglige behandling.

Udover oplysningerne i årsberetningen om, at 31% valgte at klage til Patientombuddet, og at 69% valgte at klage til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, så indeholder Patientombuddets årsberetning imidlertid ingen nærmere opgørelser over klagerne, herunder ingen opgørelser af fordelingen mellem regionerne, sygehussektoren og primærsektoren eller fordelingen mellem specialerne. Ej heller fordelingen mellem de forskellige klagetyper.

Region Hovedstaden finder, at der er behov for centralt udarbejdede opgørelser af klager indbragt for Patientombuddet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Dette blandt andet ud fra hensyn til at få opgjort statistikkerne på et ensartet grundlag og for, at regionerne derved får et redskab, der kan indgå i monitoreringen af udviklingen i klagerne, herunder en mulighed for at sammenligne udviklingen af klagerne med andre regioner. Region Hovedstaden skal derfor opfordre til, at Patientombuddets årsberetning også omfatter statistiske oplysninger om, hvordan klagerne fordeler sig mellem regionerne, sektorerne, specialerne, klagetyperne osv.

Patientombuddets sagsbehandlingstider

Det fremgår af årsberetningen, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Patientombuddet og Disciplinærnævnet samlet var på 11,3 måneder, og at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for sager afgjort af Disciplinærnævnet var 12,9 måneder.

Patientombuddets afgørelser er en naturlig del af fundamentet for læringen af patientklagerne. Jo hurtigere afgørelserne fra Patientombuddet og Disciplinærnævnet foreligger, jo bedre er det.

Ifølge bemærkningerne til lovforslaget om det nye klagesystem og oprettelsen af Patientombuddet var kortere sagsbehandlingstider et erklæret mål. Region Hovedstaden ser derfor frem til, at Patientombuddet opfylder målet om kortere sagsbehandlingstider.

Læring

Hvad angår læringen i sundhedsvæsenet, oplyser Patientombuddet i årsberetningen, at samlingen af klage- og erstatningssager og administrationen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase, giver Patientombuddet en unik mulighed for at videreformidle den viden og læring, der kan udtrages af både klage- og erstatningssager og rapporteringen af utilsigtede hændelser.

Med udgangspunkt i denne viden, har Patientombuddet udviklet en strategi for læring, der skal sikre, at den indhentede viden kan anvendes proaktivt med henblik på at skabe viden, der kan forbedre patientsikkerheden og kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Idet der henvises til ovenfor om behovet for opgørelser over klagerne, skal Region Hovedstaden bemærke, at centralt udarbejdede statistiske oplysninger om klagerne ligeledes kan indgå som et værktøj i læringsopgaven.

Endvidere bemærkes, som også nævnt ovenfor, at det ud fra et læringsperspektiv også har betydning, hvor hurtigt afgørelserne foreligger.

Herudover kan oplyses, at der på alle niveauer i Region Hovedstaden arbejdes kontinuerligt med at forbedre kvaliteten af behandlingen og servicen, og at læring på baggrund af klager er en del af dette arbejde.

Indholdet af Patientombuddets årsberetning har ikke givet anledning til specifikke initiativer i Region Hovedstaden, og det anbefales, at der bliver et større fokus på dette i Patientombuddets årsberetning.

Dialog med patienter og pårørende

Hvad angår det nye element i 2011: dialoger fremgår det af årsberetning, at der blev afholdt 542 dialoger i regionerne, og i 239 af tilfældene fandt patienten, at der herefter ikke var grund til at opretholde klagen.

Årsberetningen viser, at der procentvis er nogen forskel regionerne imellem på, hvor ofte dialogen fører til, at patienten trækker klagen tilbage. Samlet set vælger 44% af de patienter, der tager imod tilbuddet om dialog, at afslutte deres klage efter en dialog. Patientombuddet konkluderer derfor, at ordningen om dialog i klagesager er en succes.

Region Hovedstaden har gode erfaringer med afholdelse af dialog med patienter og pårørende. Region Hovedstaden ligger imidlertid med en tilbagetrækningsprocent på 41 under landsgennemsnittet.

Region Hovedstaden vil derfor rette fokus mod dokumentation for afholdelsen af dialogsamtalerne og desuden analysere nærmere, hvad årsagen til den lavere tilbagetrækningsprocent kan skyldes.

Fremsendelse med forbehold

Regionens redegørelse er behandlet den 9. oktober 2012 af Patientudvalget, der er et særligt udvalg nedsat af Regionsrådet, og af Regionsrådets forretningsudvalg den 13. november 2012, der har godkendt redegørelsen. Sagen skal herefter behandles af Regionsrådet den 20. november 2012.

Da fristen for regionens redegørelse til Patientombuddet udløber den 16. november 2012, fremsendes redegørelsen hermed med forbehold for, at Regionsrådet godkender redegørelsen på sit møde den 20. november 2012.

Med venlig hilsen

Svend Hartling
Koncerndirektør
Region Hovedstaden

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 4

Emne: Udtalelse til ministeriet for sundhed og forebyggelse i forbindelse med statsrevisorernes beretning 17/2011 om aktiviteter og udgifter i praksissektoren

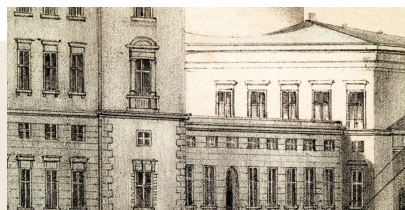
1 bilag

17/2011

STATSREVISORERNE



Beretning om aktiviteter og udgifter i praksis- sektoren



Beretning om aktiviteter og udgifter i praksis- sektoren

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2012

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Finansministeren og ministeren for sundhed og forebyggelse afgiver en redegørelse til beretningen. Ministeren for sundhed og forebyggelses kommentarer til de indhentede udtalelser fra regionsrådene indgår i redegørelsen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministrenes redegørelser.

På baggrund af ministrenes redegørelser og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i februar 2013.

Ministrenes redegørelser, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i april måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2011, som afgives i april 2013.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk
Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.dk

ISSN 2245-3008
ISBN 978-87-7434-386-8

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM AKTIVITETER OG UDGIFTER I PRAKSISSEKTOREN

Praksissektoren omfatter alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og tandplejere, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer samt psykologer, som udfører konsultationer og behandlinger – helt eller delvist på det offentlige regning. I 2011 udgjorde de offentlige udgifter til ydelser i praksissektoren ca. 13,7 mia. kr.

Der er få overordnede rammer og lovkrav til styringen og regionernes økonomiske ansvar over for praksissektoren. De specifikke aktiviteter og udgifter fastsættes ved aftaler efter forhandling mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og praksissektorens organisationer.

Aktivitetsniveauet i praksissektoren er i høj grad styret af borgernes efterspørgsel, og der er få begrænsninger på det antal ydelser, som den enkelte borger kan modtage. Honorarsystemet betyder, at der betales for det leverede antal ydelser, og regionerne har derfor vanskeligt ved at budgettere udgifterne præcist og har ringe muligheder for at påvirke forbruget.

Regionerne har heller ikke tilfredsstillende muligheder for at kontrollere, hvilke ydelser borgerne modtager, og om honoraret modsvarer den modtagne ydelse. Regionerne modtager årligt mere end 60 mio. regninger fra praksissektoren, og en række forbehold og undtagelser i aftalerne medfører, at der ud over systemkontrol også foretages manuel kontrol og skønsmæssige vurderinger af regningerne. Dertil kommer, at en væsentlig del af kontrollen med forbruget – og kompetencen til at sanktionere – afgøres i samarbejdsudvalg med ligelig repræsentation fra regioner og praksissektorens organisationer. Statsrevisorerne har i den forbindelse bemærket, at kontrollen ikke er tilrettelagt med udgangspunkt i bedste praksis.

Statsrevisorerne bemærker, at Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne ikke har sikret en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at der ikke i højere grad er mulighed for at styre, kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Udgifterne til det offentlige sundhedsvæsen har i mange år været under pres, og derfor er det fx ikke tilfredsstillende, at produktivitsfremgang i praksissektoren som følge af ny teknologi, mere effektive arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale ikke fører til fald i honorarsatserne.

Statsrevisorerne,
den 29. august 2012

*Peder Larsen
Henrik Thorup^{*)}
Helge Adam Møller
Kristian Jensen
Mogens Jensen
Klaus Frandsen*

^{*)} Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.



Beretning til Statsrevisorerne om aktiviteter og udgifter i praksissektoren

Rigsrevisionen afgiver hermed denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012. Beretningen vedrører finanslovens § 7. Finansministeriet og § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	1
II.	Indledning	5
	A. Baggrund	5
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	6
III.	Overordnede rammer og krav.....	8
	A. De lovgivningsmæssige rammer og krav.....	8
	B. Rammer og krav i økonomiaftalerne.....	12
IV.	Regionernes styring af aktiviteter og udgifter mv.....	13
	A. Planlægning af antal ydere og ydelser.....	14
	B. Budgetlægning.....	17
V.	Regionernes kontrol og opfølgning	24
	A. Kontrol af regningernes rigtighed	25
	B. Årskontrol.....	26
	C. Administrativ kontrol.....	34
	Bilag 1. Bekendtgørelser under sundhedsloven	37
	Bilag 2. Ordliste.....	38

Beretningen vedrører finanslovens § 7. Finansministeriet og § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre for Finansministeriet:

Thor Pedersen: november 2001 - november 2007
Lars Løkke Rasmussen: november 2007 - april 2009
Claus Hjort Frederiksen: april 2009 - oktober 2011
Bjarne Corydon: oktober 2011 -

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007
Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010
Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011
Astrid Krag: oktober 2011 -

Pia Olsen Dyhr har været fungerende minister for sundhed og forebyggelse i Astrid Krag's barselsperiode 14. januar 2012 - 9. april 2012.

I. Introduktion og konklusion

1. Denne beretning handler om styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Praksissektoren omfatter alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og tandplejere, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer samt psykologer. I beretningen benævnes disse ydere, mens behandlinger og konsultationer i praksissektoren benævnes ydelser.

2. Praksissektoren leverer i dag størstedelen af de ydelser, borgerne modtager uden for sygehusvæsenet. De offentlige udgifter til praksissektoren udgjorde i 2011 ca. 13,7 mia. kr. (løn- og prisniveau 2011). Fra 2001 til 2011 steg udgifterne med ca. 2,5 mia. kr., svarende til ca. 22 %. Der er således tale om en sektor, som er vokset gennem de seneste 10 år, og som i dag lægger beslag på betydelige resurser.

3. Rigsrevisionen har igangsat undersøgelsen på eget initiativ i november 2011. Formålet med beretningen er at kortlægge de overordnede rammer for styringen af praksissektoren, herunder afdække reguleringen på området, og undersøge, om Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (herefter Sundhedsministeriet) og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvilke rammer og krav i lovgivningen og i økonomiaftalerne med regionerne danner grundlag for styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren?
- Kan regionerne på tilfredsstillende vis styre, herunder planlægge og påvirke, aktiviteter og udgifter i praksissektoren?
- Kan regionerne på tilfredsstillende vis kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

4. Kvaliteten af ydelserne i praksissektoren har ikke været en del af undersøgelsen. Beretningen indeholder derfor ikke en vurdering af kvalitetsstyringen inden for praksissektoren eller af kvaliteten af behandlingen af patienterne.

Yderorganisationer

De 8 organisationer, der indgår aftaler på vegne af yderne i praksissektoren, er:

1. Danske Fysioterapeuter.
2. Dansk Kiropraktor Forening.
3. Dansk Psykolog Forening.
4. Dansk Tandplejerforening.
5. Foreningen af Speciallæger (FAS).
6. Landsforeningen af statsaut. Fodterapeuter.
7. Praktiserende Lægers Organisation (PLO).
8. Tandlægeforeningen.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Nævnet indgår kollektive aftaler med praksissektorens yderorganisationer. Finansministeren udpeger nævnets 9 medlemmer, der repræsenterer Finansministeriet, Sundhedsministeriet, regionerne og kommunerne.

UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Praksissektoren er en central del af sundhedsvæsenet, både når det gælder konsultationer og behandlinger, men også i udgiftsmæssig henseende. Lovgivningen fastsætter kun få krav, og rammerne for sektoren fastlægges primært i de aftaler, som indgås mellem praksissektorens yderorganisationer og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Rigsrevisionen har i denne undersøgelse især haft fokus på at vurdere, om Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. De aftaler, som styringen baserer sig på, er komplekse og forskellige fra område til område. Dette er historisk betinget og er et resultat af forhandlingerne med de enkelte yderes organisationer.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at regionernes indsats for at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren på det seneste er blevet styrket, og at der på flere områder arbejdes med fremadrettede initiativer. Der er dog forskel på regionerne, og Rigsrevisionen finder det væsentligt, at regionernes indsats på området fortsat forbedres.

Det er dog også Rigsrevisionens vurdering, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der er således behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styringsmuligheder. Bl.a. er der behov for at forbedre regionernes muligheder for at kontrollere og følge op på de ydelser, der leveres.

Med økonomiaftalen for 2013 mellem regeringen og regionerne er parterne blevet enige om at arbejde for en skærpet aktivitets- og udgiftsstyring af praksissektoren og enige om, at sektoren løbende skal levere produktivtetsforbedringer.

Samlet set finder Rigsrevisionen, at Finansministeriet og Sundhedsministeriet i samarbejde med regionerne bør øge indsatsen for at etablere mere hensigtsmæssige rammer, herunder bedre redskaber til styring, kontrol og opfølgning på aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Hovedkonklusionen er baseret på følgende delkonklusioner:

Hvilke rammer og krav i lovgivningen og i økonomiaftalerne med regionerne danner grundlag for styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

Lovgivningen for praksissektoren og økonomiaftalerne med regionerne fastsætter få overordnede rammer og krav til regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Sundhedsloven fastslår regionernes forsyningspligt og økonomiansvar for praksissektoren. Specifikke rammer og krav til styringen fastsættes i aftaler mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer, idet der er tale om et forhandlingsområde. Rigsrevisionen finder det centralt, at aftalerne giver regionerne mulighed for at styre aktiviteter og udgifter. Regionernes Lønnings- og Takstnævn bør desuden på de områder, hvor de administrative opgaver er de samme, tilstræbe mere ensartede aftaler på tværs af praksisområderne. Mere ensartede aftaler vil efter Rigsrevisionens opfattelse kunne medvirke til at lette regionernes administration af praksissektoren.

Kan regionerne på tilfredsstillende vis styre, herunder planlægge og påvirke, aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

Aktivitetsniveauet i praksissektoren er i høj grad styret af borgernes efterspørgsel, samtidig med at der er få begrænsninger på det antal ydelser, den enkelte yder kan give borgerne. Regionerne har derfor kun begrænsede muligheder for at påvirke udviklingen i aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Regionerne har ikke selvstændig kompetence til at fastsætte, hvor mange alment praktiserende læger regionen finder tilstrækkeligt til at dække borgernes behov. På andre områder har regionerne kompetence til at beslutte antallet af ydere, dog ikke for tandlæger og tandplejere, hvor der er fri nedsættelsesret.

Det er vanskeligt for regionerne at budgettere udgifterne til praksissektoren præcist. Det skyldes, at betalingen til yderne i det væsentlige er baseret på afregning for ydelser, hvor regionerne har vanskeligt ved at skønne udviklingen og har begrænsede muligheder for at påvirke forbruget.

Honorarsystemet indebærer, at der primært betales for det antal ydelser, yderne giver borgerne. Med få undtagelser er der ikke en øvre grænse for, hvor mange og hvilke ydelser den enkelte yder kan give til borgerne. Honorarsystemet kan således tilskynde til et højt ydelsesniveau i praksissektoren.

Ny teknologi, effektivisering af arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale kan føre til et fald i ydernes omkostninger. Da honorarsatserne imidlertid ikke reduceres i takt hermed, får regionerne generelt ikke del i den økonomiske gevinst, der kan være ved en produktivitsfremgang i praksissektoren.

Økonomiprotokollaterne i de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer har til formål at dæmpe udgiftsvæksten på de enkelte praksisområder. Der er dog forskel på protokollaterne på de enkelte områder, og det er ikke alle udgifter i praksissektoren, der er omfattet af protokollaterne. Protokollaterne har kun været i kraft i kort tid, men grundet deres forskellighed må de forventes at få forskellig effekt på udviklingen i udgifterne på de enkelte praksisområder og i de enkelte regioner.

Samarbejdsudvalg

I hver region er der nedsat et samarbejdsudvalg for hvert af de 8 praksisområder. Samarbejdsudvalget er sammensat af repræsentanter fra regionen og yderorganisationen.

Samarbejdsudvalgene skal vejlede med hensyn til forståelse og anvendelse af de landsdækkende aftaler og behandle den årlige kontrolstatistik mv.

Kan regionerne på tilfredsstillende vis kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

De nuværende rammer giver ikke regionerne tilfredsstillende muligheder for at kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der er tale om et system, som er baseret på tillid til, at yderne indberetter de ydelser, der er givet, og regionerne kan ikke kontrollere, om udbetalingen af honorar til yderne modsvarer den ydelse, borgeren har modtaget.

Regionerne modtager årligt flere end 60 mio. regninger fra yderne. Regionerne kontrollerer via systemkontroller, om udbetalingerne er i overensstemmelse med vilkårene i de landsdækkende aftaler, men en række forbehold og undtagelser i aftalerne medfører, at regionerne også må gennemføre en manuel kontrol af en del af regningerne. Da aftalerne er vanskelige at tolke, må der ofte foretages en skønsmæssig vurdering af, om regningerne er i overensstemmelse med aftalerne. Der er derfor risiko for, at yderne får udbetalt uberettigede honorarer.

Alle regioner er gået sammen om at udarbejde kravspecifikationer til et nyt afregnings-system. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne i den forbindelse overvejer, om kontrollen kan automatiseres yderligere.

En af årsagerne til, at regionerne ikke kan udføre en effektiv kontrol, er, at en væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere yderne er henlagt til regionernes samarbejdsudvalg, hvori ydernes organisationer indgår.

Grænseværdierne for, hvornår en yder tages ud til kontrol, er sat så højt i de landsdækkende aftaler, at ydernes forbrug kan ligge langt over gennemsnitsforbruget, uden at forbruget undersøges nærmere. Der er desuden forskel på, hvilke sanktioner samarbejdsudvalgene gennemfører over for yderne, ligesom der kan gå lang tid, før samarbejdsudvalget skridter til økonomiske sanktioner.

Regionerne har i stigende omfang gennemført kontrol af afregningen med yderne som supplement til de automatiske kontroller i afregningssystemet og årskontrollen. Omfanget af kontrollen er dog forskelligt fra region til region, ligesom det er forskelligt, i hvor høj grad regionerne kræver uretmæssigt udbetalte honorarer tilbagebetalt. Rigsrevisionen finder, at regionerne bør styrke indsatsen på dette område for at sikre tilbagebetaling af uretmæssigt udbetalte honorarer og for at opnå en præventiv effekt af kontrollen.

II. Indledning

A. Baggrund

5. Denne beretning handler om, hvorvidt Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Praksissektoren omfatter alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og tandplejere, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer samt psykologer.

6. Praksissektoren leverer i dag størstedelen af de ydelser, borgerne modtager uden for sygehusvæsenet. Den alment praktiserende læge er borgerens første – og i langt de fleste tilfælde eneste – kontakt til sundhedsvæsenet. I 9 ud af 10 tilfælde afsluttes konsultationen hos den alment praktiserende læge uden videre behandling. De alment praktiserende læger behandler således hovedparten af borgernes sundhedsproblemer. Ligeledes er de øvrige behandlere i praksissektoren medvirkende til at begrænse tilgangen til sygehusene ved at varetage en væsentlig del af behandlingerne. Praksissektoren har derfor stor betydning for den sundhedsmæssige indsats over for borgerne, og en velfungerende praksissektor er afgørende for en begrænsning af udgiftsvæksten i det øvrige sundhedsvæsen. Af boks 1 fremgår nogle af regionens administrative opgaver i forhold til praksissektoren.

BOKS 1. ADMINISTRATION AF PRAKSISSEKTOREN

I regionerne er der ca. 205 fuldtidsbeskæftigede med administrationen af praksissektoren. De varetager mange forskellige opgaver, herunder budgetlægning og planlægning samt opfølgning, økonomi-rapportering, regnskabsaflæggelse og løbende kontrol af honorarudbetaling til yderne – herunder kontrol af regninger fra yderne. En væsentlig opgave er desuden at betjene samarbejdsudvalgene, der vejleder yderne med hensyn til forståelse og anvendelse af de landsdækkende aftaler og behandler den årlige kontrolstatistik. Der er ca. 11.900 ydere fordelt på de 8 praksisområder.

7. Praksissektoren er offentligt eller delvist offentligt finansieret. Visse ydelser, fx tandpleje, fysioterapi, fodterapi og kiropraktik, finansieres af offentlige tilskud og borgernes egenbetaling, mens behandling hos alment praktiserende læge og speciallæge udelukkende finansieres af offentlige tilskud.

8. De offentlige udgifter til praksissektoren udgjorde i 2011 ca. 13,7 mia. kr. (løn- og prisniveau 2011). Heraf udgjorde udgifterne til de 2 største udgiftsområder – de alment praktiserende læger og speciallægerne – ca. 10,3 mia. kr., svarende til ca. 75 % af udgifterne til praksissektoren. De alment praktiserende læger alene afholdt ca. halvdelen af udgifterne i 2011. De mindste udgiftsområder var fodterapi og kiropraktik, som udgjorde under 1 % af udgifterne.

9. Udgifterne til praksissektoren steg fra 2001 til 2011 med ca. 2,5 mia. kr., svarende til en stigning på ca. 22 %. Stigningen har været størst for de alment praktiserende læger (opgjort i kr.) med en stigning på ca. 849 mio. kr., mens stigningen procentvis har været størst for psykologerne med en stigning på 200 %.

Stigningen i udgifterne til praksissektoren har ligget over stigningen i det samlede offentlige forbrug, som i samme periode har været ca. 12 %. Stigningen har dog været lavere end den generelle stigning i udgifterne til sundhedsvæsenet i perioden. Forklaringer på årsager til stigningen i udgifter til praksissektoren fremgår af boks 2.

BOKS 2. SUNDHEDSMINISTERIETS FORKLARING PÅ ÅRSAGER TIL STIGNINGEN I UDGIFTER TIL PRAKSISSEKTOREN

Sundhedsministeriet peger på 4 overordnede årsager til stigningen i udgifter i praksissektoren:

- en ændret befolkningssammensætning, herunder flere ældre, som har større behov for behandling og pleje
- de medicinsk-teknologiske fremskridt, som har medført nye og flere behandlingsmuligheder
- en øget politisk prioritering af området med nye målgrupper og nye ydelser dækket fuldt eller delvist af offentlig finansiering
- en øget økonomisk vækst i samfundet.

Foruden de 4 overordnede årsager til stigningen i udgifterne, som Sundhedsministeriet peger på, skyldes stigningen tillige en forøgelse af honorarsatserne til yderne i praksissektoren.

10. Udviklingen i praksissektoren har været præget af en ændret struktur i sundhedsvæsenet med specialisering af sygehusbehandlingen og udlægning af nye opgaver, herunder mere ambulant behandling, til praksissektoren. Grundlaget for denne udvikling har bl.a. været den medicinsk-teknologiske udvikling, der har skabt flere muligheder for behandling uden for sygehusvæsenet. Samtidig har der været en udvikling i retning af, at flest mulige opgaver skulle løses i det primære sundhedsvæsen – herunder praksissektoren – ud fra princippet om, at de sundhedsmæssige opgaver bør løses på lavest mulige omkostningsniveau.

11. Hertil kommer, at praksissektoren formentlig vil få en endnu mere central rolle i løsningen af de fremtidige sundhedsopgaver. Praksissektoren vil således i takt med den medicinsk-teknologiske udvikling kunne overtage stadig flere opgaver fra sygehusvæsenet. Med den demografiske udvikling og stigningen i antallet af kronisk syge er behovet for behandling og diagnostik steget, bl.a. i praksissektoren, og det vil formentligt fortsat stige. Sammen med krav om bedre behandling og sammenhængende patientforløb vil dette udfordre styringen af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Undersøgelsen handler derfor om, hvorvidt regionerne, som administrativ myndighed på området med ansvar for planlægning, kontrol og styring, har de rette redskaber til at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Dette vil være afgørende for regionernes fremtidige styring og opgaveløsning.

B. Formål, afgrænsning og metode

12. Formålet med beretningen er at kortlægge de overordnede rammer for styringen af praksissektoren, herunder afdække reguleringen på området, og at undersøge, om Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvilke rammer og krav i lovgivningen og i økonomiaftalerne med regionerne danner grundlag for styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren?
- Kan regionerne på tilfredsstillende vis styre, herunder planlægge og påvirke, aktiviteter og udgifter i praksissektoren?
- Kan regionerne på tilfredsstillende vis kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren?

13. Beretningen er opbygget, så kortlægningen af de overordnede rammer og krav, som danner grundlag for regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren, fremgår af kap. 3, regionernes styring af aktiviteter og udgifter mv. i praksissektoren fremgår af kap. 4, og regionernes kontrol og opfølgning fremgår af kap. 5.

Metode og afgrænsning

14. Som led i undersøgelsen har vi gennemgået skriftligt materiale fra Finansministeriet, Sundhedsministeriet, Danske Regioner og regionerne. Vi har desuden gennemført interviews med chefer og medarbejdere fra praksisadministrationen i de 5 regioner. Interviewene havde særligt fokus på regionernes organisering af administrationen af praksissektoren, planlægning og budgetlægning, styring og kontrol af praksissektoren samt regionernes fremadrettede aktiviteter med henblik på at styrke mulighederne for styring af praksissektoren.

15. Vi har endvidere haft møder med Finansministeriet, Sundhedsministeriet og Danske Regioner. Disse møder havde fokus på rammer for og krav til regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Derudover har der været afholdt møder med yderorganisationerne, der dækker de 8 områder under praksissektoren, jf. pkt. 5. Disse møder havde især fokus på specifikke forhold i aftalerne med organisationerne og på særlige forhold på de enkelte praksisområder.

16. Endelig har vi gennemgået 70 kontrolsager i regionerne. Sagerne omhandler tilfælde, hvor yderne er blevet udtaget til kontrol, og der efterfølgende er foretaget en nærmere undersøgelse af niveauet for udgifter og af forbruget af ydelser til borgerne. Kontrolsagerne er ligeligt fordelt på de 5 regioner og praksisområderne alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer. Gennemgangen af sagerne havde til formål at vurdere regionernes kontrol og sanktionsmuligheder over for yderne i praksissektoren.

17. Kvaliteten af ydelserne i praksissektoren har ikke været en del af undersøgelsen. Beretningen indeholder derfor ikke en vurdering af kvalitetsstyringen inden for praksissektoren eller af kvaliteten af behandlingen af patienterne. Undersøgelsen er afgrænset til at omfatte de forhold, som indvirker på regionernes muligheder for at styre udgifterne i praksissektoren.

18. Undersøgelsen har ikke søgt at belyse, hvor stor en del af udgiftsudviklingen der kan tilskrives regionernes aktivitets- og udgiftsstyring, og hvor stor en del der kan tilskrives andre faktorer, fx en øget politisk prioritering af de ydelser, der stilles til rådighed i praksissektoren.

19. Yderne i praksissektoren er selvstændigt erhvervsdrivende. Vi har derfor ikke medtaget en vurdering af ydernes omsætning og indtjening i undersøgelsen. For at oplyse om de alment praktiserende lægers indtjening og omsætning anvender vi de senest kendte tal, som er baseret på en omkostningsanalyse foretaget af Praktiserende Lægers Organisation i 2009.

20. Borgerne kan frit vælge, om de vil være omfattet af sikringsgruppe 1 eller 2. I sikringsgruppe 1 er borgerne tilmeldt en alment praktiserende læge (egen læge), og konsultationer hos speciallæger kræver en henvisning (undtagen til øjenlæge og ørelæge). I sikringsgruppe 2 skal borgere ikke tilmelde sig en alment praktiserende læge, ligesom der ikke er noget henvisningskrav til speciallæger mv. Mindre end 0,5 % af borgerne er tilmeldt sikringsgruppe 2. Regionernes udgifter til borgernes behandling er den samme uanset sikringsgruppe. Rigsrevisionen skelner derfor ikke mellem de 2 grupper i denne undersøgelse.

21. Beretningen har i udkast været forelagt Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.

22. Bilag 1 viser de bekendtgørelser, der omtales i beretningen.

Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

III. Overordnede rammer og krav

Lovgivningen for praksissektoren og økonomaftalerne med regionerne fastsætter få overordnede rammer og krav til regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Sundhedsloven fastslår regionernes forsyningspligt og økonomiansvar for praksissektoren. Specifikke rammer og krav til styringen fastsættes i aftaler mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer, idet der er tale om et forhandlingsområde. Rigsrevisionen finder det centralt, at aftalerne giver regionerne mulighed for at styre aktiviteter og udgifter. Regionernes Lønnings- og Takstnævn bør desuden på de områder, hvor de administrative opgaver er de samme, tilstræbe mere ensartede aftaler på tværs af praksisområderne. Mere ensartede aftaler vil efter Rigsrevisionens opfattelse kunne medvirke til at lette regionernes administration af praksissektoren.

A. De lovgivningsmæssige rammer og krav

23. Rigsrevisionens undersøgelse af lovgivningens overordnede rammer og krav til styringen af praksissektoren har vist følgende:

- Sundhedsloven angiver, at regionsrådene har forsyningspligten over for borgerne i praksissektoren og det økonomiske ansvar for praksissektoren. Regionerne skal udarbejde en plan for den samlede sundhedssektor, herunder praksissektoren. Kompetencen til at fastsætte de mere specifikke vilkår for aktiviteter og udgifter i praksissektoren er henlagt til Regionernes Lønnings- og Takstnævn, der skal indgå landsdækkende aftaler om vilkårene med ydernes organisationer.
- Rammerne for regionernes styring af praksissektoren er i det væsentlige fastsat og beskrevet i de aftaler, der bliver indgået med ydernes organisationer. Aftalerne fastlægger ligeledes betingelserne for ydernes aktiviteter og deres honorering.
- Aftalerne med ydernes organisationer er forskellige på tværs af praksisområderne, selv om der er ligheder i praksissektorens organisering og i regionernes administrative opgaver, fx med hensyn til afregning og kontrol med yderne. Forskellene er primært et resultat af forhandlingerne med ydernes organisationer.

Lovgivningen

24. I 1973 trådte lov om offentlig sygesikring i kraft, og dermed blev den hidtidige frivillige organisering af sygesikringen i form af en række private sygekasser omlagt til et offentligt sygesikringssystem. Intentionen med omlægningen var at skærpe muligheden for og incitamentet til at samordne praksissektoren med det øvrige sundhedsvæsen – sygehusene. Ansvar for sygesikringen blev derfor lagt ind under de daværende amter. I 2005 blev sygesikringsloven og sygehusloven samlet i sundhedsloven, og med kommunalreformen i 2007 blev de 14 amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab sammenlagt til 5 regioner, der i dag har ansvaret for styringen af praksissektoren.

25. Følgende overordnede lovgivningsmæssige rammer for styringen af praksissektoren er fastlagt i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010:

- Regionsrådene har ifølge § 57 ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner.
- § 206 fastsætter, at regionsrådene skal udarbejde en samlet plan for sundhedsområdet, herunder praksissektoren.
- I § 227 fremgår det, at der skal indgås aftaler om vilkårene for ydelserne i praksissektoren med sundhedspersonernes organisationer.
- Regionerne afholder ifølge § 234 udgifter til de ydelser, der er omfattet af loven, jf. §§ 60-71.

Sundhedsloven fastslår, at regionerne har forsyningspligten i praksissektoren og det økonomiske ansvar for praksissektoren.

26. Alle borgere, der er tilmeldt folkeregisteret og har bopæl i Danmark, har ret til sundhedslovens ydelser, jf. § 7. Sundhedsministeren fastsætter de nærmere regler for indholdet og omfanget af forsyningsforpligtelsen og størrelsen af de offentlige tilskud til ydelser i praksissektoren i en række bekendtgørelser, jf. bilag 1. Tabel 1 viser størrelsen af tilskud på de forskellige områder.

Tabel 1. Størrelsen af tilskud i praksissektoren

Område	Tilskudsstruktur
Alment praktiserende læger	Offentlig finansiering – dog egenbetaling for ydelser som ikke er omfattet af de landsdækkende aftaler, fx helbredsattest og vaccinationer.
Speciallæger	Offentlig finansiering.
Tandlæger og tandplejere	Børn og unge under 18 år: kommunal finansiering. Over 18 år: gennemsnitligt offentligt tilskud på ca. 25 %.
Fysioterapeuter	Offentligt tilskud på ca. 40 %. For svært handicappede er der 100 % kommunal finansiering.
Kiropraktorer	Offentligt tilskud på 10-25 %.
Fodterapeuter	Offentligt tilskud på 40-50 %.
Psykologer	Offentligt tilskud på 60 %.

Tabel 1 viser, at størrelsen af tilskud varierer mellem praksisområderne og udgør mellem 10 % og 100 % af honoraret for en ydelse. Tilskuddene inden for et bestemt praksisområde kan også variere, afhængigt af årsagen til at en ydelse skal gives. Fx er der forskel på størrelsen af tilskud til behandlinger hos kiropraktorer for patienter med kroniske lidelser – fx kroniske rygsmerter – og for andre patienter.

27. Bekendtgørelserne, jf. bilag 1, fastlægger videre, at den behandling, borgerne har ret til at få fuldt eller delvist finansieret af regionerne, skal gives af sundhedspersoner i praksissektoren, der har tilsluttet sig landsdækkende aftaler indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer, jf. sundhedslovens § 227. Aftalerne skal omfatte de nærmere vilkår for tilskud til konsultationer og behandlinger og eventuelle specifikationer heraf.

28. I praksissektoren er yderne selvstændigt erhvervsdrivende, der har opnået autorisation i henhold til autorisationsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011. Yderne har ret til at benytte medhjælp i deres virksomheder, jf. bekendtgørelse nr. 1219 af 12. november 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

Aftalebaseret system

29. Praksissektoren er organiseret på baggrund af landsdækkende, kollektive aftaler indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer. Det fremgår af boks 3, hvordan Regionernes Lønnings- og Takstnævn er sammensat.

BOKS 3. MEDLEMMER AF REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

Finansministeren udpeger de 9 medlemmer af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, der repræsenterer Sundhedsministeriet, Finansministeriet, regionerne og kommunerne. Nævnet træffer beslutninger ved stemmeflertal, men de 2 ministerielle medlemmer kan modsætte sig nævnets beslutninger. Dvs. at både Sundhedsministeriet og Finansministeriet kan nedlægge veto over for de aftaler, Regionernes Lønnings- og Takstnævn ønsker at indgå med ydernes organisationer.

Yderne skal tilslutte sig de landsdækkende aftaler, som deres organisationer har indgået med Regionernes Lønnings- og Takstnævn, for at kunne levere ydelser i praksissektoren mod offentligt finansieret honorarer. Da yderne ikke er ansat i regionerne, men er selvstændigt erhvervsdrivende, har regionerne ikke instruktionsbeføjelser over for yderne. Forholdet mellem regionerne og yderne er således primært fastlagt i de kollektive aftaler, der er indgået med ydernes organisationer. En region nævner som et eksempel på konsekvenserne af denne organisering, at når regionen udvikler vejledninger for god patientkommunikation på sygehusene, er det ikke muligt at forpligte almen praksis til at anvende samme vejledninger, medmindre den lokale yderorganisation vil indgå en aftale herom.

30. Aftalerne fastsætter en række administrative opgaver, som regionerne skal løse, ligesom aftalerne indeholder vilkår og betingelser for leverancen af ydelserne. Aftalerne beskriver bl.a. ansvar og opgaver for de enkelte ydere, overordnede mål for det enkelte område og konkrete bestemmelser, der gælder for driften af praksis. Derudover fastlægger aftalerne takster for honorering af ydelser. Dvs. den pris, regionerne skal betale yderne for at levere de forskellige ydelser, der indgår i konsultationerne og behandlingerne. Aftalerne fastlægger kun i begrænset omfang kvalitetskrav til ydelserne.

Det fremgår ligeledes af aftalerne, hvordan afregning mellem ydere og region skal foregå. Endvidere beskriver aftalerne, hvordan regionen i samarbejde med yderne og deres organisationer skal sikre et ensartet ydelsesforbrug inden for de enkelte praksisområder gennem forskellige statistiske kontroller.

31. Aftalerne bliver typisk indgået for en 2-4-årig periode, eller indtil de opsiges af en af parterne. Hvis aftalerne ikke bliver opsagt af parterne, fortsætter de med uændrede vilkår. Det betyder, at honorarniveauet fastholdes og stiger med de reguleringsprocenter, der er fastsat i aftalerne. Hvis en aftale er blevet opsagt, og Regionernes Lønnings- og Takstnævn ikke er blevet enig med ydernes organisation om indholdet i en ny aftale, er det sundhedsministeren, der fastsætter vilkårene for det offentlige tilskud til behandling i praksissektoren, jf. sundhedslovens § 229. Borgerne har i situationer, hvor der ikke foreligger en aftale, fortsat ret til fuldt eller delvist at få finansieret ydelserne. I boks 4 ses et eksempel på sådan en situation.

BOKS 4. KONFLIKT PÅ OMRÅDET FOR FODTERAPI

I perioden 2005-2010 var der ikke en aftale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Landsforeningen af statsaut. Fodterapeuter. Det betød, at de normale procedurer for afregning af yderne var suspenderet. Borgeren betalte hele regningen for fodterapeutisk behandling til yderen og fik efterfølgende tilskudsandelen refunderet af bopælskommunen, der derefter fik udgifterne dækket af regionen.

32. Der er flere ligheder i de administrative opgaver, regionerne skal løse på tværs af yderområderne, men opgaverne er meget forskelligt beskrevet i aftalerne. Det skyldes dels, at der er forskel på, om behandlingerne er helt eller delvist finansieret, dels er der forskel på arten og omfanget af ydelser, fx mellem en speciallæge og en fysioterapeut, dels er det en konsekvens af historiske forhandlingsresultater. Undersøgelsen har vist, at forskellene i aftalerne gør området vanskeligere for regionerne at administrere.

Samarbejdsudvalgene

33. Hver region har lokale samarbejdsudvalg for de forskellige praksisområder. Samarbejdsudvalgene er paritetiske, dvs. ligeligt sammensat af repræsentanter fra regionsrådet og repræsentanter for yderne i regionen. Samarbejdsudvalgene skal vejlede med hensyn til forståelse og anvendelse af de enkelte bestemmelser i aftalerne med ydernes organisationer. Det er derudover forskelligt fra aftale til aftale, hvilke konkrete opgaver samarbejdsudvalgene skal varetage. Samarbejdsudvalgene kan udelukkende træffe afgørelser i enighed. Boks 5 giver eksempler på samarbejdsudvalgenes opgaver.

BOKS 5. EKSEMPLER PÅ SAMARBEJDSUDVALGENES OPGAVER

Samarbejdsudvalgene skal fx:

- behandle den årlige kontrolstatistik og iværksætte sanktioner over for yderne
- behandle sager om praksisnedsættelse og praksislukning
- vejlede i forståelse og anvendelse af de landsdækkende aftalers enkelte bestemmelser
- drøfte og evaluere ydernes anvendelse af eventuelle lokale aftaler i regionen
- drøfte samarbejdet om forebyggelsesindsatsen med de andre praksisområder, sygehusene og kommunerne.

34. Såfremt samarbejdsudvalgene ikke kan nå til enighed i en sag, kan sagen overdrages til et landsdækkende samarbejdsudvalg, der ligeledes er paritetisk sammensat af repræsentanter for Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes landsorganisation. Landssamarbejdsudvalgene behandler spørgsmål af mere principiel karakter i forhold til de landsdækkende aftaler, træffer afgørelser, når samarbejdsudvalgene ikke kan nå til enighed, og behandler anker over afgørelser truffet af de lokale samarbejdsudvalg.

35. Landssamarbejdsudvalgene kan i lighed med de lokale samarbejdsudvalg udelukkende træffe beslutninger i enighed. Hvis parterne ikke kan blive enige, kan sagen inden for nogle praksisområder videresendes til behandling i en voldgift. I andre tilfælde må afgørelse af et principielt spørgsmål afvente næste forhandling af den landsdækkende aftale.

B. Rammer og krav i økonomiaftalerne

36. Rigsrevisionens undersøgelse af, hvilke forventninger til regionernes styring af praksissektoren der fremgår af økonomiaftalerne, har vist følgende:

- Økonomiaftalerne mellem staten og regionerne fastsætter den samlede økonomiske ramme for regionernes forbrug på sundhedsområdet. Aftalerne opstiller meget få direkte forventninger til, hvordan regionerne skal tilrettelægge økonomi, budget og styring i praksissektoren.

Økonomiaftalerne

37. I økonomiaftalerne fastlægger staten og regionerne den økonomiske ramme for udgifterne til den regionale del af sundhedsvæsenet. Økonomiaftalerne fastlægger ikke en nærmere fordeling af midlerne mellem praksissektoren og sygehussektoren, idet den økonomiske ramme omfatter midler til at varetage opgaver på det samlede sundhedsområde. Det er den enkelte regions ansvar at fordele midlerne til dækning af de forskellige opgaver, herunder til sygehusene og praksissektoren.

38. Rigsrevisionen har gennemgået økonomiaftalerne for 2010-2013 for at undersøge, hvilke konkrete forventninger aftalerne stiller til regionernes styring af praksissektoren. Gennemgangen viser, at aftalerne meget få steder refererer direkte til praksissektoren, og hverken i 2010 eller 2012 er der opstillet konkrete forventninger til regionernes styring af praksissektoren.

39. Det fremgår af økonomiaftalen for 2011, at regionerne for at styrke økonomistyringen skal skærpe kravene til overvågning og styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Udgiftsudviklingen i praksissektoren skal overvåges systematisk, både sammensætningen af de konkrete ydelser under ét og de enkelte ydere. Det fremgår ikke af aftalerne, hvordan det konkret skal udmøntes i regionerne.

40. Det fremgår videre, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn i de kommende forhandlinger med de alment praktiserende lægers organisation vil stille krav om en skærpet overvågning og mere håndfaste krav i relation til økonomi- og udgiftsstyring, der understøtter en opbremsning i udgiftsvæksten.

41. Sundhedsministeriet har oplyst, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn – i overensstemmelse med målsætningerne i økonomiaftalen – i de efterfølgende aftaler med organisationerne har skærpet kravene til overvågning og styring i relation til aktivitets- og udgiftsudvikling i praksissektoren. Det har fx betydet, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer er blevet enige om, at der skal udarbejdes omkostnings- og indtjeningsundersøgelser på flere praksisområder og indføres udgiftsdæmpende foranstaltninger i økonomiprotokollater.

42. I den netop indgåede økonomiaftale for 2013 fremgår det i forhold til praksissektoren, at regeringen og Danske Regioner vil arbejde for at sikre, at regionerne råder over de fornødne planlægnings- og styringsredskaber, og skærpe aktivitets- og udgiftsstyringen i praksissektoren. Endelig er det aftalt, at praksissektoren løbende bør levere produktivitetsforbedringer.

IV. Regionernes styring af aktiviteter og udgifter mv.

Aktivitetsniveauet i praksissektoren er i høj grad styret af borgernes efterspørgsel, samtidig med at der er få begrænsninger på det antal ydelser, den enkelte yder kan give borgerne. Regionerne har derfor kun begrænsede muligheder for at påvirke udviklingen i aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Regionerne har ikke selvstændig kompetence til at fastsætte, hvor mange alment praktiserende læger regionen finder tilstrækkeligt til at dække borgernes behov. På andre områder har regionerne kompetence til at beslutte antallet af ydere, dog ikke for tandlæger og tandplejere, hvor der er fri nedsættelsesret.

Det er vanskeligt for regionerne at budgettere udgifterne til praksissektoren præcist. Det skyldes, at betalingen til yderne i det væsentlige er baseret på afregning for ydelser, hvor regionerne har vanskeligt ved at skønne udviklingen og har begrænsede muligheder for at påvirke forbruget.

Honorarsystemet indebærer, at der primært betales for det antal ydelser, yderne giver borgerne. Med få undtagelser er der ikke en øvre grænse for, hvor mange og hvilke ydelser den enkelte yder kan give til borgerne. Honorarsystemet kan således tilskynde til et højt ydelsesniveau i praksissektoren.

Ny teknologi, effektivisering af arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale kan føre til et fald i ydernes omkostninger. Da honorarsatserne imidlertid ikke reduceres i takt hermed, får regionerne generelt ikke del i den økonomiske gevinst, der kan være ved en produktivitetsfremgang i praksissektoren.

Økonomiprotokollaterne i de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer har til formål at dæmpe udgiftsvæksten på de enkelte praksisområder. Der er dog forskel på protokollaterne på de enkelte områder, og det er ikke alle udgifter i praksissektoren, der er omfattet af protokollaterne. Protokollaterne har kun været i kraft i kort tid, men grundet deres forskellighed må de forventes at få forskellig effekt på udviklingen i udgifterne på de enkelte praksisområder og i de enkelte regioner.

A. Planlægning af antal ydere og ydelser

43. Rigsrevisionens undersøgelse af, om regionerne planlægger antallet af ydere og ydelser, har vist følgende:

- Regionerne har kompetence til at beslutte antallet af ydere for gruppen af speciallæger, psykologer, kiropraktorer, fysioterapeuter og fodterapeuter, mens samarbejdsudvalget beslutter antallet af de praktiserende læger. Det er en udfordring for 4 af regionerne at få dækket behovet for alment praktiserende læger.
- Regionerne har med udgangspunkt i de landsdækkende aftaler begrænsede muligheder for at påvirke forbruget af ydelser, da forbruget primært er afhængigt af yderens vurdering af patientens behov for ydelser. Regionerne forsøger via vejledninger om praksis for henvisning i regionen at påvirke ydernes vurdering af behovet.
- Den teknologiske udvikling og ansættelse af hjælpepersonale kan betyde, at den enkelte yder kan tilbyde mere specialiserede ydelser. Dette kan være med til at øge antallet af ydelser, som den enkelte yder bliver honoreret for, hvilket også gør det vanskeligt at styre aktiviteten og udgifterne i praksissektoren.

Antal ydere i regionerne

44. En yder skal have tiltrådt en af de landsdækkende aftaler for at kunne levere ydelser til borgerne. Yderen skal endvidere være autoriseret i henhold til autorisationsloven, og regionen skal tildele yderen et ydernummer. Ydernummeret er udtryk for, at yderen har ret til at behandle patienter og blive honoreret af det offentlige.

45. Et ydernummer kan deles mellem flere ydere, og derfor er antallet af ydernumre ikke det samme som antallet af ydere i regionen. Fx kan 2 alment praktiserende læger dele et ydernummer, og en kiropraktor kan ansætte en anden autoriseret kiropraktor, som afregner på samme ydernummer.

Antallet af ydere inden for de forskellige praksisområder i hver region afhænger af befolkningens størrelse og behovet for ydelser blandt befolkningen i lokalområdet sammenholdt med det antal ydelser, som yderne kan præstere. Ifølge forsyningsforpligtelsen er regionen på området for alment praktiserende læger forpligtet til at tildele praksisret til en yder, hvis et område mangler ydere, og der ikke kan indgås en aftale med de eksisterende ydere om at forøge deres kapacitet.

46. For de alment praktiserende læger beslutter det regionale samarbejdsudvalg én gang om året, hvor mange ydere der skal være i regionen. Antallet af ydere er fastsat på baggrund af en obligatorisk analyse af behovet for ydere baseret på de alment praktiserende lægers tilbagemelding på, om de kan optage flere borgere.

47. For speciallæger, psykologer, kiropraktorer og fodterapeuter er det den enkelte region, der har kompetence til at træffe afgørelse om antallet af ydere. For fysioterapeuter er der delt myndighedsansvar mellem regionerne og kommunerne, så fastsættelse af antal ydere varetages i et samarbejde. Tandlæger og tandplejere skal i modsætning til de andre ydere ikke ansøge om at etablere en praksis, da de har fri nedsættelsesret.

48. Regionernes opgørelse af, om de har dækket behovet for de alment praktiserende læger, har vist, at regionerne – bortset fra Region Hovedstaden – har vanskeligt ved at tiltrække eller fordele alment praktiserende læger geografisk. Ligeledes har Region Nordjylland haft svært ved at tiltrække speciallæger til praksisområdet.

Planlægning og styring af ydernes aktivitet

49. Den samlede aktivitet i praksissektoren kan udtrykkes som antallet af de ydelser, der leveres. Antallet af ydelser er bl.a. afhængigt af yderens vurdering af patientens behandlingsbehov. Det er den praktiserende læge, der afgør, om der er behov for, at patienten skal henvises til andre dele af sundhedsvæsenet. For at blive behandlet hos psykologer, fysioterapeuter, fodterapeuter og de fleste speciallægegrupper skal borgeren have en henvisning fra sin praktiserende læge. Behandling hos tandlæger, tandplejere, kiropraktorer, ørelæger og øjenlæger kræver ikke henvisning. Regionerne har med udgangspunkt i de landsdækkende aftaler ringe mulighed for at påvirke antallet af ydelser, som yderne leverer.

50. Den alment praktiserende læge er med til at styre efterspørgslen efter ydelser gennem den første henvendelse fra borgeren. Undersøgelsen har vist, at regionerne har udarbejdet en række vejledninger til lægen om regionens praksis for videre henvisning til sygehus, speciallæger mv. Region Hovedstaden og Region Sjælland har helt eller delvist indført fælles visitation for regionens alment praktiserende læger. Den Fælles Visitation skal i dialog med lægen og patienten sikre, at patienten bliver henvist til rette viderebehandling på sygehusene eller i den øvrige praksissektor.

Visitation

Vurdering af, hvilken ydelse der er behov for, og hvem der skal udføre ydelsen.

Begrænsninger på antal ydelser

51. I bekendtgørelserne under sundhedsloven, jf. bilag 1, og i de landsdækkende aftaler er der enkelte begrænsninger på, hvor mange ydelser yderne må give. Psykologer kan således højst give op til 12 konsultationer pr. behandlingsforløb, og en henvisning til en speciallæge er normalt kun gyldig i 6 måneder og omfatter sædvanligvis maksimalt honorering af i alt 6 konsultationer. Begrænsningerne i forhold til antallet af ydelser gælder i mindre grad alment praktiserende læger.

52. Aftalerne beskriver ligeledes, hvilke ydelser en yder i nogle tilfælde ikke må kombinere i en behandling. Fx kan en kirurg i henhold til den landsdækkende aftale for speciallæger ikke opkræve honorar for en almindelig konsultation samtidig med et operationshonorar.

53. Ydelsesbeskrivelser i aftalerne er ligeledes med til at sætte grænser for antallet af ydelser som led i en behandling. Ydelsesbeskrivelserne er udarbejdet med det formål at sikre et nogenlunde ensartet niveau for behandlingen på tværs af ydere og giver således yderen retningslinjer for, hvad en ydelse består af. Yderne har dog stadig stor handlefrihed i forhold til at fastlægge behandlingen.

Lokale aftaler til regulering af antal ydelser

54. Regionen kan indgå lokale aftaler med yderne om, hvilke typer ydelser (fx operation af grå stær) og antal ydelser, som yderen skal levere. Der følger typisk honorering for en bestemt ydelse med i de lokale aftaler. Regionen kan bruge aftalerne, særligt på speciallægeområdet, til at sætte fokus på ydelser, der er omfattet af ventetider, og som også udføres på sygehusenes ambulatorier. Formålet er således at nedbringe ventetiderne. I boks 6 gives et eksempel på en lokalafale.

BOKS 6. RAMMEAFTALE FOR OPERATION AF STRITØRER I ØRELÆGEPRAKSIS

Aftalen er indgået mellem Region Syddanmark og praktiserende speciallæger i regionen i 2007 og skal muliggøre operation for stritører i ørelægepraksisser. Aftalen gælder for bestemte navngivne ørelæger, der uden begrænsning i antallet må udføre operationerne, og for alle ørelæger i det tidligere Vejle Amt, der maksimalt må udføre 50 operationer om året. Operationerne honoreres med et grundhonorar på 3.150 kr. (2007-niveau) for den 1. operation i en konsultation og 1.575 kr. (2007-niveau) for den 2. operation.

55. Regionerne bruger i varierende grad mulighederne for at indgå lokale aftaler, ligesom det varierer, hvordan regionerne bruger aftalerne i styringen af praksisområdet. Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Sjælland arbejder målrettet på at nedbringe antallet af lokale aftaler både med henblik på at ensrette vilkårene for yderne, men også for at nedbringe den resurse-mæssige byrde, som administration af lokale aftaler giver. Region Midtjylland har oplyst, at opsigelse af lokalaf-taler har betydet, at udgiftsvæksten især på speciallægeområdet er faldet.

Regionernes praksisplaner

56. I de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer fremgår det, at regionerne skal udarbejde planer for de enkelte praksisområder. På området for alment praktiserende læger er det samarbejdsudvalget, der skal udarbejde planen. Planerne skal indeholde oplysninger om regionens demografiske udvikling og forventet udvikling i antallet af ydere baseret på borgernes efterspørgsel efter ydelser. Planerne kan desuden behandle spørgsmål om rekruttering og fastholdelse af ydere, stillingtagen til forskellige praksisformer – herunder om regionen støtter en given organisering, fx flerlægepraksis – og spørgsmålet om geografisk placering af praksis. Der skal ikke udarbejdes planer for tandlæger og tandplejere, da de har fri mulighed for at etablere en praksis.

57. Ifølge aftalen for alment praktiserende læger skal regionerne bl.a. udarbejde praksisplanerne for at sikre en rimelig lægedækning, en rimelig fordeling af arbejdsbyrden og et rimeligt patientgrundlag for den enkelte alment praktiserende læge. For almen lægepraksis og speciallægerne fremgår det af aftalerne, at regionernes praksisplaner skal behandles minimum hvert 4. år.

58. Praksisplanerne skal indeholde en række oplysninger og viden om praksissektoren og regionerne som helhed. Planerne kan anvendes til at kortlægge det fremadrettede behov for antal ydere og aktivitet i praksissektoren. Tabel 2 viser, hvornår regionerne har udarbejdet praksisplaner.

Tabel 2. Årstal for regionernes praksisplan på området

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Alment praktiserende læger	2008	2008	2008	2009	2008
Speciallæger	2008	2008	2011 (3 specialer)	2009	2009
Psykologer ¹⁾	2009	2009	I høring	2009	2011
Kiropraktorer	2008	2008	2011	2010	2010
Fysioterapeuter	2008	2008	2010	2009	2010

¹⁾ For psykologer bliver praksisplaner en del af den landsdækkende aftale i 2008.

Note: Fodterapiområdet er ikke medtaget, da der har været konflikt på området indtil midten af 2011. Tandlæge- og tandplejeområdet er heller ikke medtaget i tabellen, da de har fri nedsættelsesret til at praktisere.

Tabel 2 viser, at Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark sidst har udarbejdet praksisplaner. Region Syddanmark har endnu ikke en plan for alle specialerne inden for speciallægeområdet, ligesom praksisplanen for psykologer først medio 2012 er sendt i høring.

Rigsrevisionens gennemgang har således vist, at regionerne har udarbejdet praksisplanerne løbende, og at der endnu udestår at blive udarbejdet enkelte planer. Praksisplanerne har derfor ikke i alle tilfælde udgjort et effektivt redskab til at planlægge udviklingen i praksissektoren. Region Syddanmark har oplyst, at styringen af kapaciteten i praksissektoren for regionens vedkommende også sker på anden vis end via praksisplanerne.

Andre muligheder for at påvirke aktiviteten i praksis

59. Den teknologiske udvikling giver yderne mulighed for at levere de samme ydelser mere effektivt og for at tilbyde nye typer af ydelser, som måske tidligere kun kunne udføres på et sygehus eller på en specialklinik. Fx er det med udstyr til at analysere blodprøver nu muligt for yderne i praksissektoren selv at udføre langt mere avancerede prøver end tidligere. Tilgængeligheden af den nye teknologi kan skabe flere ydelser, der tidligere ikke ville være blevet udført i samme omfang. Den teknologiske udvikling kan omvendt også give grundlag for færre konsultationer og dermed en besparelse, fx ved at patienten selv foretager målinger til regulering af behovet for blodfortyndende medicin.

60. På alle praksisområder kan en yder ansætte hjælpepersonale, der skal medvirke i praksis i overensstemmelse med autorisationsloven og Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Hjælpepersonale kan fx være andre læger, fysioterapeuter, sygeplejersker, laboratoriepersonale og farmaceuter.

Der er få begrænsninger på, hvilke opgaver hjælpepersonalet må varetage, og de kan fx varetage selvstændige opgaver vedrørende vejledning og opfølgning på kronisk syge patienter som fx diabetikere. Ansættelse af hjælpepersonale betyder, at den enkelte praksis kan tilbyde flere samtidige ydelser, end hvis der ikke var ansat hjælpepersonale, og at nogle ydelser kan udføres med færre omkostninger.

61. Regionerne har oplyst, at yderne i større og større omfang benytter hjælpepersonale. I almen praksis har en flerlægepraksis fx mulighed for at øge brugen af hjælpepersonale med specifikke opgaver og dermed give lægerne mulighed for at koncentrere sig mere om lægefaglige opgaver. Regionerne fremhæver, at flerlægepraksis kan være med til at udvide niveauet for aktivitet for den enkelte læge. Den landsdækkende aftale for alment praktiserende læger stiller dog ikke krav til de praktiserende læger i fx en flerlægepraksis om, at de skal have flere borgere tilsluttet pr. læge.

B. Budgetlægning

62. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes muligheder for at budgetlægge udgifterne præcist har vist følgende:

- Alle regioner lægger hvert år budget for praksissektoren. Budgettet tager afsæt i budgettet eller regnskabet for året før og justeres for forventede stigninger eller fald i udgifterne.
- Det er generelt vanskeligt for regionerne at forudsige forbruget af ydelser og dermed også at budgetlægge udgifterne præcist. Mange faktorer indvirker på forbruget, herunder både borgernes og ydernes adfærd, og regionerne har kun i begrænset omfang indflydelse på disse faktorer.
- Det nuværende honorarsystem er primært baseret på ydelseshonorarer, hvor yderne bliver honoreret for det antal ydelser, der gives som led i behandlingen. Der er med få undtagelser ikke en øvre grænse for de enkelte ydernes honorarer.
- Regionerne får med det nuværende honorarsystem ikke del i de produktivetsgevinster, yderne fx opnår ved at indføre ny teknologi, effektivisere arbejdsprocesserne i praksis eller ved hyppigere brug af hjælpepersonale. Dermed adskiller praksissektoren sig fra sygehusene, som gennem en årrække har skullet øge produktiviteten.

- Økonomiprotokollaterne, der skal begrænse stigninger i udgifterne på de enkelte praksisområder, er indført med de seneste landsdækkende aftaler. Der er dog forskel i udformningen af de udgiftsdæmpende initiativer i de enkelte protokollater, og det er ikke alle udgifter i praksissektoren, der er omfattet af protokollaterne. Selv om protokollaterne kun har været i kraft i kort tid, må det som følge af protokollaternes forskellighed forventes, at de får forskellig effekt på udviklingen i udgifterne på de enkelte områder og i de enkelte regioner.

Regionernes budget for praksissektoren

63. Regionerne lægger hvert år et samlet budget for praksissektoren baseret på budgettering af udgifterne på de enkelte områder i praksissektoren. Budgettet tager typisk udgangspunkt i det vedtagne budget eller regnskab for året før justeret for forventede stigninger eller nedgang i forbruget. Budgettet omfatter honorarer til yderne, men også mindre udgifter til fonde mv. inden for praksissektoren, fx til efteruddannelse af læger.

64. Regionerne har i det væsentligste kendskab til honorarerne for de enkelte ydelser, men kender ikke forbruget af ydelserne. Forbruget er bestemt af mange forskellige forhold, som bl.a. påvirker borgernes efterspørgsel efter ydelser. Fx kan pludseligt opståede epidemier eller sundhedskampagner i stat og kommuner medføre, at borgerne i en periode henvender sig oftere til lægen. Regionerne finder derfor, at borgernes adfærd bærer præg af en vis grad af uforudsigelighed, som er vanskelig at tage hensyn til ved budgetteringen af udgifterne.

65. Herudover påvirker ydernes adfærd i høj grad forbruget. Almen praksis spiller i den sammenhæng en central rolle for udviklingen i udgifterne i hele sundhedssektoren. Da regionerne ikke kan forudsige de enkelte lægers beslutninger vedrørende det fortsatte behandlingsforløb, er det svært at planlægge med en bestemt lægelig adfærd i budgetlægningen.

66. Regionerne forsøger at budgettere udgifterne præcist ved at gennemføre analyser af de forventede udgifter. I analyserne indgår forskellige forudsætninger om fx den forventede udvikling i befolkningstallet, prisudviklingen og de forventede reguleringer i honorarerne. Det er dog som nævnt vanskeligt at forudsige forbruget, og som følge af budgetternes størrelse kan selv mindre ændringer i det forudsatte forbrug resultere i betydelige budgetafvigelser for de enkelte områder i praksissektoren.

Honorarsystemet

67. Det nuværende honorarsystem er baseret på en aktivitetsafhængig honorering, hvor yderne bliver honoreret for at have kontakt til patienterne og for at udføre behandlinger og undersøgelser. Speciallæger, psykologer, fodterapeuter, fysioterapeuter, kiropaktorer, tandlæger og tandplejere bliver betalt for deres behandlinger af borgerne med ydelseshonorarer. Alment praktiserende læger har et mere specialiseret honorarsystem med forskellige typer af honorarer.

Honorering af alment praktiserende læger

68. Honorarer til alment praktiserende læger udgør omkring halvdelen af udgifterne til praksissektoren. Den gennemsnitlige omsætning pr. praktiserende læge var i 2009 ca. 2,2 mio. kr. Honoreringen af alment praktiserende læger er baseret på en blanding af basishonorar og ydelseshonorar, der i 2011 udgjorde henholdsvis ca. 30 % og 70 % af udgifterne på området.

69. Basishonoraret bliver beregnet af regionerne hvert kvartal på basis af antallet af tilmeldte patienter i praksis. Basishonorarets størrelse er altså uafhængigt af, om borgeren henvender sig til yderen. Basishonoraret giver en vis budgetsikkerhed både for den enkelte yder, der således kender sin indtjening, og for regionen, som kan forudse udgiften. Basishonoraret udgjorde i 2011 384 kr. pr. år pr. tilmeldt patient. En alment praktiserende læge, der i 2011 havde 1.542 tilmeldte borgere, hvilket svarer til gennemsnittet for alment praktiserende læger, modtog 591.450 kr. i basishonorar.

70. Ydelseshonoreringen er sammensat af grundydelse, tillægsydelse, laboratorieydelse, forebyggelsesydelse og enkeltstående ydelse, fx samtaleterapi, socialmedicinsk samarbejde og attester. En almindelig kontakt med en patient udløser en grundydelse. Grundydelse er enten en telefonkonsultation, en konsultation, et besøg eller en e-mail-konsultation. Desuden kan lægen blive honoreret for en tillægsydelse.

71. Ydelseshonorarerne skal sikre, at lægen bliver betalt for den tid eller omkostning, der er forbundet med at udføre en ydelse, og medvirke til at sikre, at lægen selv behandler patienterne frem for at sende dem videre i sundhedssystemet. Der er stor forskel på, hvad en ydelse koster. Fx kostede en konsultation (grundydelse) i 2011 ca. 130 kr., mens en telefonkonsultation kostede ca. 25 kr.

72. Ud over basis- og ydelseshonorar modtager de alment praktiserende læger også et årligt honorar, der skal dække en række af de faste omkostninger, der er forbundet med at have en praksis, og som er uafhængigt af antallet af patienter og aktiviteter. Honoraret udgjorde 15.275 kr. i 2011.

Konsekvenser af honorarsystemet for budgetstyringen

73. Regionerne betaler med ydelseshonorarerne yderne for det antal ydelser, de leverer til borgerne. Systemet bygger således på en betaling for kvantitet og indeholder ikke incitamenter, der skal sikre, at ydelserne har en bestemt kvalitet.

Regionerne har oplyst, at det nuværende honorarsystem indeholder incitamenter, der tilskynder yderne til at reducere tidsanvendelsen pr. ydelse og til at maksimere antallet af ydelser inden for den samme tid. Honorarsystemet kan på den baggrund tilskynde til et højt ydelsesniveau.

74. Undersøgelsen har vist, at den nuværende organisering af honorarsystemet gør det vanskeligt for regionerne at styre økonomien. Det skyldes, at størstedelen af ydernes honorarer er baseret på afregning for ydelser, og at regionerne ikke kan styre forbruget af ydelser. Dette er kendetegnende for alle praksisområder under praksissektoren.

75. Aftaleparterne har med den nyeste aftale for almen praksis igangsat et arbejde, der på sigt skal skabe grundlaget for en forbedret styring og ændre incitamenterne i honorarsystemet for almen praksis. Hensigten med arbejdet er bl.a. at undersøge mulighederne for at basere en større andel af de alment praktiserende lægers honorering på antallet af tilmeldte patienter i den enkelte praksis. Dermed forøges basishonoraret, samtidig med at honoraret vil omfatte flere ydelser. Efter planen skal arbejdet være afsluttet, så det kan danne grundlag for de kommende forhandlinger om en ny aftale for almen praksis i 2013.

Regionernes del af produktivetsgevinster i praksissektoren

76. Der er generelt ikke foretaget en justering af honorarsatserne i takt med produktivtidsudviklingen og tilrettelæggelsen af en mere rationel drift i praksissektoren. Dermed adskiller praksissektoren sig fra sygehusene, som gennem en årrække har skullet sikre en produktivtidsfremgang inden for det givne budget.

77. Teknologien og behandlingsformerne i praksissektoren udvikler sig løbende. Der er fx indført laboratorieudstyr til analyse af blodprøver i almen praksis med mulighed for at foretage flere analyser, og der er flere steder indført udstyr til ultralydsskanninger. Begge dele har givet yderne mulighed for at foretage flere undersøgelser end tidligere. Udviklingen afspejler en generel tendens, hvor flere opgaver varetages af praksissektoren ud fra hensynet om, at flest mulige opgaver bør løses på lavest mulige omkostningsniveau.

78. Tilskyndelsen til at indføre ny teknologi i praksissektoren er typisk givet ved at fastsætte højere honorarer, der skal dække de investeringsomkostninger, der er forbundet med ny teknologi. Undersøgelsen har vist, at honorarsatserne ikke efterfølgende bliver justeret, i takt med at enhedsomkostningen ved anvendelsen af det nye apparatur falder, men fastholdes på det højere niveau. Det er generelt også sådan, at eventuelle produktivetsgevinster, der opstår som følge af ny teknologi og faldende enhedsomkostninger, heller ikke medregnes ved fastsættelsen af honorarerne. Alle produktivetsgevinster er typisk tilfaldet yderne.

79. Det er i et vist omfang blevet udbredt at lade medhjælp i praksis udføre og foretage forskellige undersøgelser, prøver mv. Det giver mulighed for en mere rationel drift til lavere omkostninger i den enkelte praksis.

I honorarsystemet bliver der dog ikke skelnet mellem, hvilke faggrupper der udfører ydelsen. Den offentlige honorering er således den samme, hvad enten det er den autoriserede sundhedsperson (med ydernummer) eller en medhjælp, der foretager behandlingen. Det medfører, at den økonomiske gevinst, der følger af at lade arbejdskraft til lavere omkostninger udføre opgaverne, tilfalder yderne.

Økonomiprotokollaterne

80. I alle aftaler inden for praksissektoren er der udarbejdet økonomiprotokollater. Økonomiprotokollaterne fastlægger en øvre ramme for udgifterne på de enkelte praksisområder. Hensigten med protokollaterne er at sikre, at yderne samlet set overholder et aftalt loft for udviklingen i udgifterne.

81. De økonomiske rammer tager udgangspunkt i tidligere års fastsatte ramme eller seneste års forbrug, før aftalen med økonomiprotokollatet trådte i kraft. Rammerne bliver opskrevet med halvårslige honorarreguleringer, som bliver foretaget for alle praksisområder med udgangspunkt i ændringerne i pris- og lønindeks siden sidste regulering.

82. Hvis yderne overskrider den økonomiske ramme på et område, er det i de senest indgåede aftaler fastlagt, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn – alt efter aftalen med ydernes organisationer – enten kan:

- nedsætte ydelseshonorarerne eller
- modregne i den førstkomende honorarregulering eller
- iværksætte andre udgiftsdæmpende foranstaltninger.

Indgrebet vil sænke eller fastholde udgifternes niveau det efterfølgende år. En eventuel nedsættelse af honorarerne eller modregning i reguleringen af honorarsatserne skal som udgangspunkt modsvare den overskridelse af rammen, der har været.

83. Da der er tale om landsdækkende rammer for udgifterne til de enkelte praksisområder, vil de udgiftsdæmpende initiativer først træde i kraft, når den samlede ramme for et område for regionerne under ét overskrides. Det betyder, at en region ikke har mulighed for at anvende økonomiprotokollaterne, når budgettet for de enkelte praksisområder i regionen overskrides. Økonomiprotokollaterne kan dermed ikke anvendes til at opnå øget budgetsikkerhed i den enkelte region.

84. Da de fleste praksisområder befinder sig midt i aftaleperioden, kendes de fulde effekter af økonomiprotokollaterne endnu ikke. Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne forventer dog, at protokollaterne vil have en dæmpende effekt på forbruget hos yderne, og regionerne ser allerede nu, at ydernes repræsentanter i samarbejdsudvalgene har større fokus på udgifterne på området.

85. Rigsrevisionens gennemgang af økonomiprotokollaterne har vist, at protokollaterne vil have forskellig effekt i tilfælde af, at udgifterne overstiger de aftalte rammer.

I alle protokollater fremgår det, at der skal ske en regulering/kompensation, hvis udgifterne overstiger den fastsatte ramme. På fodterapiområdet skal reguleringen ske ved en nedsættelse af honorarerne, mens der på det kiropraktiske område skal ske en regulering ved at nedsætte tilskuddene til de enkelte ydelser. Nedsættelsen skal svare til den procentvise forskel mellem den aftalte økonomiske ramme og de faktiske udgifter. Borgerne vil således blive direkte berørt af reguleringen på det kiropraktiske område, hvor tilskuddet til de enkelte ydelser vil blive mindre, mens dette ikke vil være tilfældet på fx fodterapiområdet, hvor reguleringen vil ramme ydernes honorar.

86. For almen praksis kan en overskridelse af den aftalte ramme kun kompenseres ved modregning i de fremtidige reguleringer af honorarerne svarende til pris- og lønfremskrivningen, mens de allerede gældende honorarsatser ikke kan nedsættes. Hvis overskridelsen ikke dækkes fuldt ud af modregningen, kan Regionernes Lønnings- og Takstnævn overføre den manglende modregning til senere reguleringer. Region Midtjylland har peget på, at det svækker den præventive effekt af protokollaterne, da modregningen kun kan ske af de fremtidige reguleringer af honorarerne.

87. Herudover er de lokale aftaler med yderne i regionerne om bl.a. ny aktivitet og nye arbejdsopgaver ikke omfattet af økonomiprotokollaterne. Da disse opgaver ikke er en del af de generelle landsdækkende aftaler med ydernes organisationer, betaler regionerne typisk ekstra for at få løst opgaverne. Det drejer sig bl.a. om en række udgifter under almen praksis og speciallægeområdet, men også om udgifter forbundet med lokale aftaler på andre praksisområder, fx fysioterapi, tandlæge mv. Det beløber sig til ca. 290 mio. kr. i regionerne. Det betyder, at der i de enkelte regioner kan være udgiftsstigninger, som ikke giver anledning til modregning i de fremtidige reguleringer af honorarsatserne.

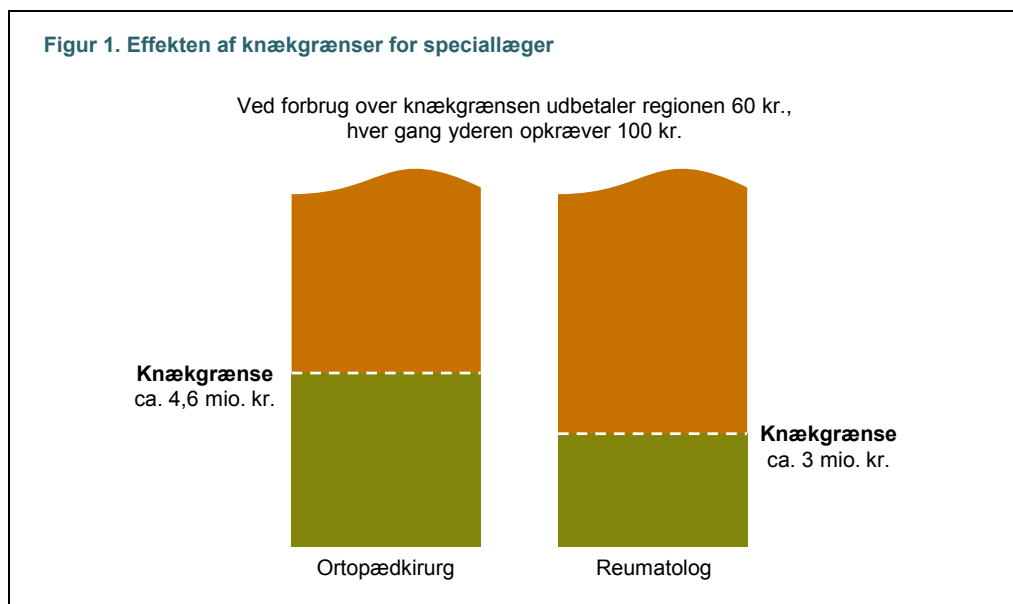
Region Midtjylland oplyser, at regionen mærker et pres fra yderne om at få etableret flere lokalaftaler, da disse ikke er omfattet af økonomiprotokollaterne.

88. Derudover betyder tidshorisonten i økonomiprotokollaterne, at en honorarnedsættelse eller reduktion i reguleringen af honorarerne, der sker som følge af en overskridelse af rammen i 2011, tidligst vil kunne træde i kraft pr. 1. oktober 2012. Regionerne vil derfor først kunne mærke en effekt i 2013.

Andre særlige udgiftsdæmpende tiltag i aftalerne

89. Ud over økonomiprotokollaterne indeholder de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer nogle tiltag, som skal dæmpe forbruget og udgifterne på de enkelte områder.

90. På speciallægeområdet er der fastsat såkaldte knækgrænser for ydernes omsætning for de enkelte specialer. Det betyder, at når en speciallæges samlede årlige honoraropkrævninger overstiger et bestemt fastsat beløb – knækgrænsen – reducerer regionen yderens honorarudbetaling med 40 %. Figur 1 viser effekten af knækgrænsen for 2 forskellige typer speciallæger.



Figur 1 viser, at regionerne kun udbetaler 60 kr. for hver 100 kr., en speciallæge opkræver i honorar, når speciallægens forbrug har oversteget knækgrænsen. Knækgrænserne fremgår af den landsdækkende aftale med speciallægenes organisation, og knækgrænserne er forskellige for de enkelte specialer under speciallægeområdet.

Ortopædkirurgerne har det højeste knækgrænsebeløb på 4,6 mio. kr., mens en børnepsykiaters knækgrænse ligger på 2,6 mio. kr. Forskellene i knækgrænserne afspejler bl.a., at nogle specialer har højere omkostninger end andre specialer. Det betyder, at en ortopædkirurg kan afregne 2 mio. kr. mere om året med regionen end en børnepsykiater, før ortopædkirurgens honorarer bliver reduceret. Det er dog ikke alle udgifter til ydelser på speciallægeområdet, der er omfattet af knækgrænserne. Således er specialet patologisk anatomi (analyse af vævsprøver med henblik på at fastslå eventuelle sygdomsforandringer) undtaget. Herudover er enkelte ydelser inden for de øvrige specialer undtaget, ligesom regionerne kan indgå aftaler med enkelte speciallæger om, at speciallægerne ikke er omfattet af grænserne, mod at de varetager bestemte opgaver eller funktioner for regionerne, fx undervisning.

91. Regionerne har, siden den seneste landsdækkende aftale for speciallæger trådte i kraft, desuden haft mulighed for at indgå aftaler på regionalt niveau med speciallægerne om, hvad 20 % af speciallægenes nettoomsætning skal anvendes til. Den nye mulighed betyder, at regionen i højere grad kan være med til at prioritere, hvilke opgaver speciallægerne skal løse, og derved kan opgaver, hvor der er et ventelisteproblem, måske løses. Muligheden er dog endnu ikke blevet anvendt, da regionerne skal indgå aftaler med speciallægerne om, hvordan ordningen skal anvendes i praksis. De opgaver, regionen kan aftale at få løst inden for de 20 % af nettoomsætningen, honoreres inden for knækgrænsemodellen. Tidligere måtte regionen indgå en lokalafale, hvis der var specifikke opgaver, den ønskede løst. Honoraret herfor blev ikke talt med i opgørelsen af den del, der var underlagt knækgrænsemodellen.

92. Regionerne har mulighed for at fastsætte et omsætningsloft for de enkelte fysioterapeuter, hvis disse indgår i delepraksis. Det betyder, at regionen kan fastsætte et udgiftsloft pr. ydernummer ud fra omsætningen på det tidspunkt, hvor delingen finder sted. Formålet er at sikre, at delingen ikke medfører en udvidelse af kapaciteten.

93. Undersøgelsen af regionernes brug af omsætningslofter på fysioterapiområdet har vist, at alle regioner anvender muligheden for at fastsætte et loft over ydernes forbrug. Regionerne fremhæver omsætningsloftet som et væsentligt redskab til at styre udgifterne inden for fysioterapiområdet.

Delepraksis

En praksis, hvor 2 ydere deler ét ydernummer, lokaler mv.

V. Regionernes kontrol og opfølgning

De nuværende rammer giver ikke regionerne tilfredsstillende muligheder for at kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der er tale om et system, som er baseret på tillid til, at yderne indberetter de ydelser, der er givet, og regionerne kan ikke kontrollere, om udbetalingen af honorar til yderne modsvarer den ydelse, borgeren har modtaget.

Regionerne modtager årligt flere end 60 mio. regninger fra yderne. Regionerne kontrollerer via systemkontroller, om udbetalingerne er i overensstemmelse med vilkårene i de landsdækkende aftaler, men en række forbehold og undtagelser i aftalerne medfører, at regionerne også må gennemføre en manuel kontrol af en del af regningerne. Da aftalerne er vanskelige at tolke, må der ofte foretages en skønsmæssig vurdering af, om regningerne er i overensstemmelse med aftalerne. Der er derfor risiko for, at yderne får udbetalt uberettigede honorarer.

Alle regioner er gået sammen om at udarbejde kravspecifikationer til et nyt afregningssystem. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne i den forbindelse overvejer, om kontrollen kan automatiseres yderligere.

En af årsagerne til, at regionerne ikke kan udføre en effektiv kontrol, er, at en væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere yderne er henlagt til regionernes samarbejdsudvalg, hvori ydernes organisationer indgår.

Grænseværdierne for, hvornår en yder tages ud til kontrol, er sat så højt i de landsdækkende aftaler, at ydernes forbrug kan ligge langt over gennemsnitsforbruget, uden at forbruget undersøges nærmere. Der er desuden forskel på, hvilke sanktioner samarbejdsudvalgene gennemfører over for yderne, ligesom der kan gå lang tid, før samarbejdsudvalget skridter til økonomiske sanktioner.

Regionerne har i stigende omfang gennemført kontrol af afregningen med yderne som supplement til de automatiske kontroller i afregningssystemet og årskontrollen. Omfanget af kontrollen er dog forskelligt fra region til region, ligesom det er forskelligt, i hvor høj grad regionerne kræver uretmæssigt udbetalte honorarer tilbagebetalt. Rigsrevisionen finder, at regionerne bør styrke indsatsen på dette område for at sikre tilbagebetaling af uretmæssigt udbetalte honorarer og for at opnå en præventiv effekt af kontrollen.

A. Kontrol af regningernes rigtighed

94. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes kontrol af regningerne fra yderne om honorerings af aktivitet har vist følgende:

- I 2011 modtog regionerne 60,7 mio. regninger fra yderne i praksissektoren, og ca. 600.000 regninger blev sendt tilbage til yderen på grund af fejl, fx fordi ydelseskoden eller cpr-nummeret ikke fandtes, eller fordi yderen havde opkrævet et honorar, som ikke var i overensstemmelse med de landsdækkende aftaler.
- Regionerne foretager manuelle regningskontroller, da afregningssystemerne på grund af en række forbehold og undtagelser i de landsdækkende aftaler ikke automatisk kan kontrollere for alle fejl og mangler ved regningerne. Det er vanskeligt for regionerne at tolke aftalerne, og regionerne må ofte foretage en skønsmæssig vurdering af, om yderne kan få udbetalt honorarer. Der er derfor risiko for, at yderne får udbetalt honorarer, som de ikke er berettiget til ifølge de landsdækkende aftaler. Samtidig er det tidskrævende for regionerne at foretage kontrollen.

Kontrol af regningerne fra yderne

95. Yderne i praksissektoren skal, hver gang de har behandlet en patient, sende en regning til regionen. Heraf skal det bl.a. fremgå, hvem patienten er, hvilke ydelser behandlingen omfattede, og hvornår den blev udført. Langt de fleste regninger bliver fremsendt elektronisk og kontrolleres via regionernes afregningssystemer.

96. Når yderne har overført regningerne til regionerne, kontrollerer regionerne regningerne inden udbetaling af honorar. Formålet med regningskontrollen er at sikre, at regningerne indeholder de korrekte oplysninger, og at udbetalingerne er i overensstemmelse med de landsdækkende aftaler og regionernes eventuelle lokale aftaler med yderne. Kontrollen er derimod ikke en kontrol af, at ydelsen er leveret. Der er således tale om et system, der er baseret på tillid til, at yderne kun indberetter de ydelser, der er givet.

97. Tabel 3 viser antallet af regninger, som regionerne modtog i 2011.

Tabel 3. Oversigt over antallet af regninger, som regionerne modtog i 2011 (Mio.)

Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	I alt
19	8,9	13,1	13,5	6,2	60,7

Tabel 3 viser, at regionerne i 2011 modtog ca. 60,7 mio. regninger, hvilket er ca. 5,1 mio. regninger pr. måned.

98. Regningskontrollen er væsentlig, fordi den sker før udbetalingen. I afregningssystemet er der indlagt en række kriterier, som udspringer af de landsdækkende aftalers bestemmelser for anvendelse af ydelserne og udbetaling af honorar. Nedenstående er eksempler på nogle af de automatiske kontroller, som afregningssystemet udfører:

- kontrol af, at obligatoriske oplysninger fremgår af de elektronisk overførte regninger, fx lægens navn, ydernummer, ydelsesnummer mv.
- kontrol af, at visse ydelser ikke afregnes samtidig
- kontrol af, at bestemte ydelser, hvor en ydelse er en forudsætning for en anden, begge fremgår af en regning
- kontrol af, at ydelser ikke afregnes dobbelt
- kontrol af, om bestemmelser for eventuelle begrænsninger i ydelsesforbruget er overholdt, fx at et bestemt antal ydelser pr. henvisning ikke overskrides.

Advis

Regionernes afregningssystem giver en meddelelse – avis – om en regning, hvis den muligvis ikke lever op til de landsdækkende aftaler, fx om, at honorering af flere ydelser på samme dag ikke må afregnes samtidig.

99. Regionerne har oplyst, at mellem 2,5 % og 4,4 % af de regninger, som overføres elektronisk til regionerne, kommer ud som fejl eller med et såkaldt avis. En fejl er, hvis fx koden på ydelsen eller cpr-nummeret ikke eksisterer, og afregningssystemet afgiver et avis, hvis en yder fx har indrapporteret 2 konsultationer til samme borger på samme dag. Et avis fra afregningssystemet viser, at der kan være tale om en fejl, men ikke at det nødvendigvis er en fejl.

100. Et avis opstår, fordi de landsdækkende aftaler indeholder en række forbehold og undtagelsesbestemmelser for udbetaling af honorar, der gør det vanskeligt at opsætte en fuldstændig automatisk kontrol i afregningssystemet. I nogle tilfælde har Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer fx aftalt, at yderne i *sjældne tilfælde* eller *undtagelsesvist* kan få honorering for flere ydelser samtidig. Det betyder, at regionerne må udføre manuel kontrol af regningen for at sikre, at aftalen er overholdt. Et avis gør opmærksom på regninger, som regionerne bør undersøge nærmere for at vurdere, om yderen er berettiget til honorar, før udbetalingen af honoraret finder sted.

101. Regionerne har oplyst, at de hver måned bruger mange resurser på afregning og kontrol i afregningssystemet, og at det er tidskrævende at gennemføre kontrollen. Det er ofte vanskeligt for regionerne at tolke de landsdækkende aftaler herunder at vurdere, om yderen i de enkelte tilfælde er berettiget til honorar. Da der ofte er tale om en skønsmæssig vurdering af, om yderne kan få udbetalt honorarer, kan der være en risiko for, at nogle ydere får udbetalt honorarer, som ikke skulle have været udbetalt. Regionerne sender mellem 0,6 % og 1 % af regningerne retur til yderne, fordi regionerne ikke kan acceptere regningerne. Det svarer til ca. 600.000 regninger om året.

Regionerne har oplyst, at de er gået sammen om at udarbejde kravspecifikationer for et kommende udbud af afregningssystemet.

B. Årskontrol

102. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes kontrol af det årlige forbrug af ydelser i praksissektoren har vist følgende:

- Det er samarbejdsudvalgene, der årligt forestår en kontrol af ydernes forbrug af ydelser. Formålet med kontrollen er at undersøge de enkelte ydernes ydelsesniveau og omsætning og om nødvendigt sanktionere de ydere, der har et afvigende forbrug, for dermed at regulere aktiviteten.
- Grænseværdierne for, hvornår en yders forbrug af ydelser skal undersøges, er fastsat i de landsdækkende aftaler og er forskellige praksisområderne imellem. Grænseværdierne ligger generelt væsentligt over regionsgennemsnittet, og ydernes forbrug kan derfor ligge langt over gennemsnitsforbruget, uden at samarbejdsudvalget skal undersøge det nærmere. Sundhedsministeriet har oplyst, at grænserne er fagligt begrundede, men også er et resultat af historiske forhandlingsmæssige omstændigheder.

- Da grænseværdierne er fastsat i forhold til det gennemsnitlige forbrug af ydelser eller den gennemsnitlige omsætning blandt yderne i regionerne, er det yderne, der gennem deres forbrug af ydelser definerer niveauet for ydelser og omsætning.
- Det er samarbejdsudvalgene, der beslutter, hvornår en yder skal redegøre for årsagerne til et afvigende forbrug. Rigsrevisionens gennemgang af kontrolsager har vist, at der er forskel på, i hvilket omfang samarbejdsudvalgene i regionerne efterprøver ydernes forklaringer. Gennemgangen viser også, at samarbejdsudvalgene accepterer forklaringer, som baserer sig på forhold, der allerede er taget højde for ved fastsættelsen af grænseværdierne, fx en uhomogen patientgruppe. Samarbejdsudvalgene synes således i nogle tilfælde at acceptere forklaringer, der ikke er relevante.
- Der går i mange tilfælde lang tid – og i nogle tilfælde 3-4 år eller mere – fra det første gang bliver konstateret, at en yders forbrug afviger fra det aftalte, til at samarbejdsudvalget anvender økonomiske sanktioner. Der er risiko for, at regionerne ikke kan udføre en effektiv kontrol med forbruget af ydelser i praksissektoren, når en så væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere ved afvigende forbrug er henlagt til et paritetisk system.

Årskontrollen

103. Samarbejdsudvalget gennemfører hvert år med administrativ hjælp fra regionerne en kontrol af ydernes forbrug og omsætning på de enkelte praksisområder. Kontrollen finder sted på baggrund af en række kontrolbestemmelser, der er fastsat i de landsdækkende aftaler med ydernes organisationer. Formålet med kontrollen er at undersøge og om nødvendigt regulere aktiviteten hos de ydere, hvor omsætningen eller forbruget af ydelser ligger ud over aftalernes forudsætninger.

104. Regionerne skal til brug for kontrollen fremlægge en kontrolstatistik eller en opgørelse, der bl.a. viser ydernes omsætning (hvor meget yderen har opkrævet i honorar fra regionen) og forbruget af antal ydelser for den enkelte praksis samlet set og opdelt på forskellige typer ydelser. Der er for de fleste områder tale om meget omfattende kontrolstatistikker.

105. Det er landssamarbejdsudvalgene, der via vejledninger fastsætter de nærmere regler for, hvilke oplysninger kontrolstatistikken skal indeholde. De årlige opgørelser skal give regionen og de enkelte ydere et overblik over ydelsesmønster og omsætningsniveau på hvert praksisområde for henholdsvis regionen og for den enkelte praksis. Statistikken danner grundlag for, at de regionale samarbejdsudvalg kan vurdere de enkelte yders forbrug i forhold til det gennemsnitlige omsætnings- og ydelsesniveau i regionen.

Grænseværdier

106. Det er defineret i kontrolbestemmelserne i de landsdækkende aftaler, hvornår samarbejdsudvalgene skal undersøge en yders forbrug af ydelser eller samlede omsætning. Kontrolbestemmelserne fastsætter således, at en yders forbrug af ydelser eller omsætning skal undersøges, når yderens samlede forbrug eller forbrug af enkelte ydelser overstiger en bestemt grænseværdi.

Fx skal samarbejdsudvalget undersøge en alment praktiserende læges forbrug af ydelser, hvis lægens gennemsnitlige omsætning vedrørende basis- og ydelseshonorar pr. patient overstiger regionens gennemsnitlige udgifter til basis- og ydelseshonorar pr. patient med mere end 25 %. Der er tilsvarende grænseværdier for tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og fodterapeuter. Med fastsættelsen af grænseværdierne er der taget hensyn til, at ydelsesmønsteret eller omsætningen for de enkelte ydere kan afvige fra regions- eller landsgennemsnittet. En afvigelse kan bl.a. skyldes variationer i patientsammensætningen.

Grænseværdi

Procentvis afvigelsesgrænse for, hvornår en yders forbrug skal undersøges af samarbejdsudvalget.

107. Tabel 4 viser grænseværdierne for, hvornår en yders forbrug skal udtages til nærmere undersøgelse.

Tabel 4. Grænseværdier for, hvornår yderens forbrug skal undersøges af samarbejdsudvalget

Område	Grænseværdi for hele praksis	Grænseværdi for enkelttydelser
Alment praktiserende læger	Lægens forbrug skal undersøges, når den gennemsnitlige omsætning vedrørende basis- og ydelseshonorar pr. patient overstiger regionens gennemsnitlige udgifter til basis- og ydelseshonorar pr. patient med mere end 25 %.	Lægens forbrug af konsultationer og laboratorieundersøgelser skal undersøges, når den gennemsnitlige omsætning vedrørende konsultationer og laboratorieundersøgelser pr. patient overstiger regionens gennemsnitlige udgifter til konsultationer og laboratorieundersøgelser pr. patient med mere end 40 %.
Tandlæger	Tandlægens forbrug skal undersøges, når det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for den enkelte tandlæge overstiger det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for hele regionen med mere end $\pm$ 40 %.	Tandlægens forbrug af enkelttydelser bør undersøges, når det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for den enkelte tandlæge overstiger det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for hele regionen med mere end 400 % for udvalgte enkelttydelser.
Fysioterapeuter	Fysioterapeutens forbrug skal undersøges, når den gennemsnitlige omsætning pr. patient vedrørende individuel behandling eller holdtræning overstiger regionens gennemsnitlige udgifter pr. patient med mere end 25 % for speciale 51 og 10 % for speciale 62. ¹⁾	Ydelsen "tillæg for særligt tidskrævende indsats" i forhold til antallet af normalbehandlinger hos den enkelte yder skal undersøges, når anvendelsen overstiger gennemsnittet i regionen med mere end 25 % for speciale 51 og 10 % for speciale 62. Yderen kan eventuelt pålægges en højstegrænse på denne ene ydelse. Dette kan også ske, selv om yderen ikke samlet ligger over regionsgennemsnittet for omsætning pr. patient.
Kiropraktorer	Kiropraktorens forbrug skal undersøges, når den gennemsnitlige omsætning pr. patient overstiger de gennemsnitlige udgifter pr. patient i landet som helhed med mere end 25 %.	Ingen.
Fodterapeuter	Fodterapeutens forbrug skal undersøges, når det gennemsnitlige antal behandlinger pr. patient overskrider det gennemsnitlige antal i regionen som helhed med 25 %.	Ingen.

¹⁾ Fysioterapeuter afregner for deres behandlinger på forskellige specialer alt efter, om der er tale om patienter med kroniske lidelser (speciale 62) eller andre patienter (speciale 51).

Note: Oplysningerne er baseret på aftalerne med ydernes organisationer.

Tabel 4 viser, at der er stor forskel på grænseværdierne mellem ydergrupperne. Grænseværdien, der er fastsat i forhold til regionens gennemsnitlige udgifter pr. patient, er henholdsvis 10 % og 25 % for fysioterapeuter, 25 % for kiropraktorer og 25 % for alment praktiserende læger. For fodterapeuter og tandlæger er grænseværdierne fastsat i forhold til det gennemsnitlige antal af ydelser eller behandlinger pr. patient, og den ligger på henholdsvis 25 % og 40 %.

Tabellen viser videre, at både alment praktiserende lægers og tandlægers forbrug af enkelttydelser indgår i kontrollen. Grænseværdierne er her henholdsvis 40 % og 400 %. Det betyder, at en læge og en tandlæge kan ligge langt over det gennemsnitlige forbrug pr. patient i regionen på udvalgte enkelttydelser. Det er ikke et krav, at samarbejdsudvalget skal undersøge en tandlæges forbrug af en ydelse, hvis forbruget overstiger det gennemsnitlige forbrug i regionen med 400 %. Det er blot en henstilling fra landssamarbejdsudvalget til de lokale samarbejdsudvalg.

108. Sundhedsministeriet har oplyst, at forskellene i grænseværdiernes størrelse mellem praksisområderne afspejler følgende:

- Grænseværdierne er forhandlet i de enkelte aftaler, og at der er forskel på, hvad man har kunnet opnå i den konkrete forhandlingssituation.
- Homogeniteten i patientgruppen på de enkelte praksisområder varierer. Jo mindre homogen patientgruppen er, jo mere vil behandlingen kunne variere mellem patienterne, og jo større udsving kan der være i udgifterne forbundet med behandlingen.
- Det er forskelligt, hvor stor en variation i behandlingen af patienterne der er fagligt acceptabel.
- Størrelsen af regionernes udgifter pr. patient varierer, hvilket fx er afhængigt af egenbetalingens størrelse.

109. Grænseværdierne er fastsat i forhold til et gennemsnitligt forbrug af ydelser eller en gennemsnitlig omsætning i kr. blandt regionernes ydere og ikke ud fra et på forhånd fastlagt niveau. Det er således yderne, der gennem deres forbrug i løbet af året bestemmer, hvor niveauet for et acceptabelt ydelsesforbrug ligger. Hvis alle ydere hæver deres forbrug af ydelser eller benytter en højere andel af dyre ydelser, vil det medføre, at det acceptable ydelses- eller omsætningsniveau stiger, og dermed stiger regionens omkostninger også. Det betyder videre, at en yder, hvis forbrug et år ligger over grænseværdien for afvigelser, året efter kan ligge under grænseværdien med et identisk forbrug.

110. Både psykologernes og speciallægenes kontrolbestemmelser adskiller sig fra de andre yderes. Samarbejdsudvalget skal undersøge en psykologs forbrug, hvis vedkommendes årlige omsætning ligger under 50.000 kr. pr. år. Regionerne har oplyst, at formålet med minimumsomsætningskravet er at sikre, at psykologerne er tilgængelige for patienter med henvisning fra de alment praktiserende læger, så ventetiderne ikke bliver for lange.

111. Speciallægeområdet er et væsentligt økonomisk område, hvor der kan være store forskelle i ydernes forbrug. Det er op til samarbejdsudvalget i den enkelte region at vælge, hvilke yderes forbrug der skal undersøges nærmere. Dermed er det forskelligt, hvilke kriterier de 5 regioner har for kontrollen af speciallæger. Et forbrug, der i én region giver anledning til en nærmere kontrol, vil ikke nødvendigvis medføre kontrol i en anden region.

Rigsrevisionens gennemgang af controlsager blandt speciallæger i regionerne og interviews med medarbejdere, der servicerer samarbejdsudvalgene, har vist, at regionerne typisk ser på speciallægenes forbrug af enkelte ydelser i forhold til andre sammenlignelige speciallægers forbrug. Fx er der i en region foretaget undersøgelse af en speciallæge, hvis forbrug på 2 ydelser afveg med henholdsvis 250 % og 214 %. I en anden region er der foretaget undersøgelse af en speciallæge, hvis samlede forbrug afveg med 54 %.

112. Rigsrevisionen har undersøgt, hvor mange ydere der overskred grænseværdierne i 2010. Tallene fremgår af tabel 5.

Tabel 5. Andel af ydere med et ydernummer, der på landsplan overskred grænseværdien i 2010

Alment praktiserende læger	Tandlæger	Fysioterapeuter	Kiropraktorer
15,6 %	7,6 %	40,9 %	26,6 %

Note: Tallene er dels baseret på regionernes oplysninger, dels på tal fra Sundhedsstyrelsen.

Fodterapeuter fremgår ikke af tabellen, fordi der i 2010 ikke blev ført kontrolstatistik for praksisområdet grundet en manglende landsdækkende aftale. Da psykologer og speciallæger ikke har fastsatte grænseværdier, fremgår de heller ikke af tabellen.

Tabel 5 viser, at der er forskel på, hvor stor en andel af yderne inden for de forskellige praksisområder der overskred grænseværdierne i 2010. Tabellen viser ikke, hvor store de enkelte overskridelser af grænseværdierne er, og der kan således være tale om både meget små og meget store overskridelser. Det fremgår, at 40,9 % af alle ydere med et ydernummer blandt fysioterapeuterne overskred de aftalte grænseværdier i 2010, mens det blandt tandlægerne kun var 7,6 %, der overskred grænseværdien.

113. Psykologerne og speciallægerne (fremgår ikke af tabel 5) har andre regler for, hvornår de udtages til kontrol, jf. pkt. 110 og 111. Regionerne har oplyst, at der i 2010 var 17 psykologer, hvis omsætning ikke levede op til minimumsomsætningskravet på 50.000 kr. pr. år. Det svarer til ca. 2,1 % ud af de 824 psykologer, der var på landsplan. Regionerne har videre oplyst, at der i 2010 blev udvalgt 75 speciallæger til nærmere undersøgelse på tværs af regionerne. Det svarer til ca. 7,2 % af det samlede antal praktiserende speciallæger.

Processen for årskontrol

114. Kontrolstatistikkerne skal ligge klar i løbet af marts. Samarbejdsudvalgene har ansvaret for at gennemgå kontrolstatistikken og for at udvælge de ydere, hvis forbrug skal undersøges nærmere. Gennemgangen af kontrolstatistikken og udvælgelsen af de ydere, hvis forbrug skal undersøges nærmere, sker fra marts til juni.

115. Rigsrevisionens interviews med regionerne og gennemgang af vejledninger til de landsdækkende aftaler har vist, at samarbejdsudvalgene i regionerne fravælger at undersøge forbruget hos en del af de ydere, hvis forbrug overskrider grænseværdierne. Det skyldes, at landssamarbejdsudvalgene eller samarbejdsudvalgene på nogle områder har besluttet, at der er forhold hos yderne, som på forhånd begrundet et højt ydelsesniveau. Fx skal forbruget hos såkaldte "ø-læger" blandt de alment praktiserende læger ikke undersøges nærmere, da læger på småøer i sammenligning med andre læger typisk vil varetage flere og mere forskelligartede opgaver og således også vil have et højere udgiftsniveau pr. patient. Andre årsager til at fravælge ydere kan fx være, at praksis er nyetableret – hvilket medfører, at datagrundlaget for opgørelserne er ufuldstændigt – eller en særlig specialisering hos yderen i forhold til visse typer af behandlinger.

116. De ydere, som samarbejdsudvalgene i regionerne udvælger til nærmere undersøgelse, bliver alle bedt om at afgive en redegørelse for årsagerne til, at de overskrider grænseværdierne, har et afvigende forbrug eller ikke opfylder minimumsomsætningskravet. Samarbejdsudvalgene skal herefter vurdere, om redegørelsen i tilstrækkeligt omfang begrundet det afvigende forbrug. Samarbejdsudvalgene kan i den forbindelse bede om yderligere dokumentation for redegørelsen hos yderen. Hvis samarbejdsudvalgene vurderer, at afvigelserne i ydelsesforbrug og udgifter er velbegrundede, tager de redegørelsen til efterretning, og der bliver ikke foretaget yderligere. I de tilfælde, hvor en redegørelse ikke bliver fundet velbegrundet, kan samarbejdsudvalget komme med en henstilling om at tilpasse ydelsesforbruget eller iværksætte sanktioner over for yderne.

117. Rigsrevisionen har i forbindelse med undersøgelsen gennemgået 70 controlsager i regionerne fordelt på praksisområderne. Gennemgangen viste, at yderne typisk afgiver en meget kortfattet redegørelse. De typiske forklaringer på afvigelser i ydelsesforbrug og gennemsnitsudgifter er en skæv aldersfordeling i patientgruppen eller særligt resursetunge klienter. Andre begrundelser for afvigelser kan være specialisering i forhold til visse patientgrupper eller typer af behandlinger. Specialiseringen kan være mellem klinikker eller internt i en klinik, hvor der er flere ydere.

118. Gennemgangen viste også, at yderne forklarer deres overskridelser med forhold, der allerede er taget højde for ved fastsættelsen af grænseværdierne, og at samarbejdsudvalgene i mange tilfælde godtager forklaringerne. Det kan være forhold som en atypisk patientsammensætning eller ekstraordinære afstande fra yder til patienter. Når det fx er fastsat, at en alment praktiserende læges gennemsnitlige udgift pr. patient maksimalt må afvige fra regionsgennemsnittet med 25 %, jf. tabel 4, er det netop for at tage højde for, at ydernes forbrug kan variere alt efter patientsammensætning mv. I boks 7 er et eksempel på en redegørelse fra en yder, som har overskredet grænseværdien på området for almen praksis, hvor samarbejdsudvalget har taget redegørelsen til efterretning.

BOKS 7. EKSEMPEL PÅ REDEGØRELSE FOR OVERSKRIDELSE AF EN GRÆNSEVÆRDI

En alment praktiserende læge blev i 2010 på grundlag af kontrolstatistikken for 2009 bedt om at redegøre for, hvorfor hans gennemsnitlige udgifter pr. patient til basis- og ydelseshonorarer lå 37 % over regionsgennemsnittet (grænseværdi 25 %) og 54 % over regionsgennemsnittet for almindelig konsultation og forebyggende konsultation (grænseværdi 40 %).

Lægen fremhævede i sin redegørelse, at der ved overtagelse af praksis i 1990 var en skæv aldersfordeling med betydelig overvægt af borgere fra 50 år og opefter. Lægen fremhævede også, at han fra en lukket nabopraksis i 2009 fik yderligere 150 borgere med en overvægt af ældre og kronisk syge.

Regionens statistiske opgørelse viste, at den praktiserende læge havde lidt flere ældre i sin praksis end gennemsnittet for regionen. Samarbejdsudvalget tog lægens redegørelse til efterretning.

119. Rigsrevisionens gennemgang har endvidere vist, at der er forskel på, i hvilket omfang samarbejdsudvalgene i regionerne efterprøver ydernes forklaringer på de afvigende ydelsesmønstre. Region Midtjylland har oplyst, at det i nogle tilfælde kan være vanskeligt at foretage en faglig vurdering af redegørelserne fra speciallægerne. Regionen har derfor i nogle tilfælde anonymiseret de fagligt svært tilgængelige redegørelser og sendt dem til en speciallæge med samme speciale i en anden region, der har bidraget med en faglig vurdering af redegørelserne. Region Hovedstaden har tillige oplyst, at de i stort omfang gør brug af ydernes faglige organisationer, de sundhedsfaglige råd og Danske Regioner i forhold til at indhente faglige vurderinger.

120. Samarbejdsudvalgene har generelt ikke adgang til eventuelle relevante patientdata i journalerne mv. hos yderne med henblik på selv at undersøge årsagerne og grundlaget for redegørelserne. Sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3, giver dog visse muligheder for regionerne til at indhente oplysninger fra de privatpraktiserende yders patientjournaler. Oplysningerne i journalerne er personfølsomme og beskyttet af persondataloven, og bestemmelsen i sundhedsloven er forudsat at have et meget begrænset anvendelsesområde og kan således ikke anvendes til at gennemføre en systematisk kontrol af ydernes redegørelser.

121. På tandlægeområdet er det aftalt mellem parterne, at en yder i forbindelse med en undersøgelse af vedkommendes forbrug, kan bede samarbejdsudvalget om en journalgennemgang. Regionerne har dog ikke på eget initiativ en generel adgang til tandlægenes journaler.

Regionernes sanktioner over for yderne

122. Sanktionsmulighederne over for ydere, der overskrider grænseværdierne, fremgår af aftalerne med ydernes organisationer. Hvornår en sanktion skal anvendes er imidlertid op til de enkelte samarbejdsudvalg i regionerne. Rigsrevisionens gennemgang af kontrolsager og interviews med regionerne har vist, at sanktionspraksis er lidt forskellig fra region til region. Figur 2 viser samarbejdsudvalgenes typiske sanktionspraksis over for ydere, der gentagne gange overskrider grænseværdierne. I figuren har en yder overskredet grænseværdien i 2011.



Figur 2 viser, at samarbejdsudvalgets første reaktion på en overskridelse af grænseværdien vil være at henstille til yderen om at reducere ydelsesforbruget og tilnærme forbruget til det regionale gennemsnit. Dette vil ske medio 2012, når samarbejdsudvalget har behandlet kontrolstatistikken for 2011. Regionerne har oplyst, at det er en mindre del af yderne, som ikke følger den 1. henstilling.

Figuren viser videre, at hvis henstillingen ikke bliver fulgt, vil samarbejdsudvalget typisk skærpe reaktionen i form af en advarsel om en økonomisk sanktion. Dette vil ske medio 2013 i forbindelse med behandlingen af kontrolstatistikken for 2012. Hvis forbruget herefter ikke reduceres, vil yderen blive pålagt en økonomisk sanktion i form af en bod eller en såkaldt højestegrænse, hvilket vil ske medio 2014.

123. I nogle tilfælde vælger samarbejdsudvalgene at give flere henstillinger eller advarsler, før yderen pålægges en økonomisk sanktion. Det forlænger perioden, inden yderen pålægges økonomiske sanktioner. Selv om der kan være visse variationer i regionernes sanktionspraksis over for yderne, vil samarbejdsudvalgets sanktionspraksis dog typisk følge det forløb, som fremgår af figuren.

124. Ovenstående forløb i sanktioner fremgår ikke af de landsdækkende aftaler, men er en praksis etableret af samarbejdsudvalgene i regionerne. Regionerne har oplyst, at det er en udbredt opfattelse i samarbejdsudvalgene, at ydere, der optræder i kontrolstatistikkerne, skal gives mulighed for at tilpasse forbruget, før de bliver pålagt en økonomisk sanktion. Rigsrevisionens gennemgang af sager har dog vist, at en konsekvens af denne praksis er, at en yder med et afvigende ydelsesforbrug kan optræde i kontrolstatistikkerne i 3-4 år eller mere, før samarbejdsudvalgene skridter til en økonomisk sanktion. Det betyder, at yderne i flere år kan overskride de fastsatte grænseværdier uden konsekvens. I boks 8 gives et eksempel på en yder, som flere år i træk overskrider grænseværdien.

BOKS 8. EKSEMPEL PÅ OVERSKRIDELSE AF GRÆNSEVÆRDIER FLERE ÅR I TRÆK

En fysioterapeut havde i 2007, 2008, 2009 og 2010 en afvigelse på henholdsvis 54,7 %, 30,7 %, 34,3 % og 28,9 % i forhold til regionsgennemsnittet vedrørende yderens gennemsnitlige udgift til individuel behandling pr. patient inden for almindelig fysioterapi. Grænseværdien for afvigelser er fastsat til 25 % i den landsdækkende aftale. Fysioterapeuten begrundede bl.a. afvigelserne med brug af særlige metoder, mange patienter med kroniske smerter, svært handicappede og ældre. I 2008 tog samarbejdsudvalget begrundelserne til efterretning. Året efter, i 2009, fik fysioterapeuten en henstilling om at reducere behandlingsintensiteten og dermed tilnærme sig gennemsnittet. I 2010 besluttede samarbejdsudvalget endnu engang at henstille til fysioterapeuten, at hun skulle reducere behandlingsaktiviteten og tilnærme sig gennemsnittet for regionen. I 2011 optræder fysioterapeuten ikke mere på kontrolstatistikken, da hun har tilnærmet sig regionsgennemsnittet.

125. En højestegrænse kan blive fastsat for yderens samlede honorarudbetalinger og/eller for enkelttydelser. Yderen vil dermed ikke blive honoreret for den del af ydelsesforbruget, der overstiger en højestegrænse fastsat af samarbejdsudvalget. Højestegrænsen vil typisk blive fastsat som regionsgennemsnittet tillagt en vis procent. Det vil fx for en kiropraktor sige regionsgennemsnittet tillagt 25 %, som er grænseværdien. En højestegrænse vil typisk bortfalde, når udgiften 2 år i træk har ligget under den fastsatte grænse. Et eksempel på fastsættelse af en højestegrænse fremgår af boks 9.

BOKS 9. EKSEMPEL PÅ FASTSÆTTELSE AF EN HØJESTEGRÆNSE

En fysioterapeut afveg i 2007 og i 2008 med henholdsvis 40 % og 48 % (grænseværdien er 25 % for speciale 51, jf. tabel 4) fra regionsgennemsnittet. Samarbejdsudvalget besluttede at tage fysioterapeutens redegørelse om mange patienter med lange behandlingsbeløb og mange patienter med kroniske lidelser som slidgigt til efterretning både i 2007 og 2008. I 2009 afveg samme fysioterapeut med 52 %. Samarbejdsudvalget henstillede til fysioterapeuten, at ydelsen skulle tilnærme sig landsgennemsnittet, da der ellers ville blive rejst sag om en højestegrænse.

I 2010 afveg fysioterapeuten 59 %. Samarbejdsudvalget besluttede i juni 2011 at fastsætte en højestegrænse på 25 % over regionsgennemsnittet gældende fra den 1. juli 2011, hvorefter sagen blev sendt til landssamarbejdsudvalget til godkendelse. Landssamarbejdsudvalget tilsluttede sig højestegrænsen.

126. I aftalen for tandlæger har der ikke hidtil været mulighed for at anvende højestegrænser. I stedet har yderen kunne pålægges en bod. Tandlægen indbetaler dog ikke boden til regionen, men til "Midler til fælles foranstaltninger på tandlægeområdet" (Tandlægefonden). Bodanvendelsen bl.a. til kursusaktivitet, oplysnings- og forskningsvirksomhed og finansiering af Landstandlægenævnets virksomhed. Tilsvarende praksis gør sig gældende på de andre praksisområder, hvis yderne idømmes bod for overtrædelse af aftalerne mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og ydernes organisationer.

127. Tabel 6 viser fordelingen af sanktioner anvendt af regionernes samarbejdsudvalg i 2010.

Tabel 6. Regionernes samarbejdsudvalgs sanktioner over for yderne i 2010 (Antal)

Henstilling	Advarsel	Højestegrænse	Bod ¹⁾
233	63	45	3

¹⁾ Muligheden for at pålægge bod i forbindelse med årskontrollen findes kun for tandlæger.

Note: Tallene er opgjort på baggrund af sager til samarbejdsudvalgene og oplysninger fra regionerne om sanktioner.

Tabel 6 viser, at langt de fleste af de sanktioner, der anvendes, er henstillinger. Regionerne har fremført, at de fleste af de ydere, som modtager en henstilling, typisk efterfølgende vil tilnærme deres forbrug, men at der er en voksende andel af ydere, der optræder i kontrolstatistikkerne flere år i træk, og hvor forbruget derfor er vanskeligt at påvirke.

128. Regionerne har oplyst, at de gerne vil bruge de økonomiske sanktioner over for yderne hurtigere, end tilfældet er i dag. Men ydrepræsentationen i samarbejdsudvalgene er langt fra altid enig med regionen om, hvilke sanktioner der skal gennemføres over for yderne. Regionerne oplyser videre, at de oplever det paritetiske system og kravet om enighed om beslutningerne i samarbejdsudvalgene som en hæmsko for en strammere styring og opfølgning på årskontrollen. Der er således et fravær af præcise og effektive kontrol- og sanktionsbestemmelser, hvilket kan resultere i en manglende præventiv effekt i forhold til brud på aftalerne med ydernes organisationer.

C. Administrativ kontrol

129. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes administrative kontrol har vist følgende:

- Alle regioner gennemfører i stigende omfang en administrativ kontrol af ydernes forbrug og afregningspraksis i et forsøg på at styrke og understøtte den kontrol, der finder sted som led i årskontrollen, og den kontrol, der løbende sker før udbetaling af et honorar (regningskontrollen).
- Der er betydelig forskel på, hvor systematisk regionerne har tilrettelagt den administrative kontrol, i hvor høj grad de gennemfører kontrollen, og hvor konsekvent de kræver uretmæssigt udbetalte honorarer tilbagebetalt. Dette skyldes dels forskelle i vurderingen af udbyttet af kontrollen i forhold til de administrative omkostninger, dels muligheden for at tilvejebringe tilstrækkelig dokumentation for tilbagebetalingskravet. På området for almen praksis er det uafklaret, hvorvidt regionernes administration i det hele taget kan kræve tilbagebetaling af honorarer, der efter regionens opfattelse er udbetalt uberettiget.
- Overtrædelser af honorarreglerne i praksissektoren vil langt fra altid medføre tilbagebetaling af honorarer. Dette svækker det præventive sigte med kontrollen med henblik på at opnå en større regelefterlevelse.

Formål og baggrund for regionernes administrative kontrol

130. Ud over årskontrollen og den validering af afregningen, som løbende finder sted, har regionerne i stadig større grad fokus på at gennemføre en løbende kontrol af ydernes forbrug og afregningspraksis. Formålet med denne kontrol er at vurdere, om de givne ydelser og afregningen herfor er berettiget og rimelig. Regionerne foretager en vurdering af, om ydernes oplysninger stemmer med specifikationer for behandlingerne, regler for honorar, og om de givne ydelser er tidsmæssigt mulige. Endvidere vurderer regionerne ydernes oplysninger ud fra regionernes generelle kendskab til praksissektoren.

Det overordnede sigte med kontrollen er at ændre ydernes adfærd med henblik på at forebygge fejl i afregningen, og kontrollen har således et præventivt sigte. For nogle regioner er det også et sigte at opkræve honorarer, som uberettiget er udbetalt til yderne.

131. I modsætning til årskontrollen, som er en del af de landsdækkende aftaler med yderne, udfører regionerne den administrative kontrol som et led i deres myndighedsopgave på området. Regionerne er således i henhold til deres ansvar forpligtet til at sikre, at afregningen sker i overensstemmelse med gældende love og regler.

132. Grundlaget for kontrollen er de erfaringer om manglende regelefterlevelse på forskellige områder, som regionerne løbende har opnået i kraft af årskontrollen, og den viden, som regionerne har fået i kraft af den løbende afregning. Regionerne har vurderet, at der fortsat er behov for at styrke den kontrol, der ligger ud over års- og regningskontrollen. Behovet for at styrke den administrative kontrol forstærkes af, at det kan være vanskeligt at nå til enighed i samarbejdsudvalgene om den nødvendige kontrol af yderne og om de sanktioner, regionerne finder nødvendige for at ændre ydernes forbrug og afregningspraksis.

Regionernes tilrettelæggelse og gennemførelse af den administrative kontrol

133. Regionernes administrative kontrol kan være tilrettelagt forskelligt fra region til region. Nedenstående viser et eksempel på, hvordan kontrollen tilrettelægges:

1. Regionen finder via afregningssystemet de ydere, som har fået udbetalt en bestemt type honorar.
2. Regionen kontakter de ydere, hvor det vurderes, at der kan være risiko for, at et ydelses-honorar er udbetalt uberettiget.
3. Yderen afgiver en nærmere redegørelse for berettigelsen af honoraret.
4. Regionen vurderer redegørelsen. Redegørelsen kan give anledning til en henstilling til yderen om at ændre adfærd og/eller et krav om tilbagebetaling.

134. Alle regioner gennemfører i et vist omfang kontroller på forskellige områder. Undersøgelsen af regionernes praksis på området for administrativ kontrol har dog vist, at der er forskel på, i hvilken grad regionerne har systematiseret kontrollen, og på hvilket grundlag kontrollen gennemføres. Region Midtjylland har udarbejdet et meget systematisk grundlag for kontrollen, som beskriver planlægning og proces for kontrollen.

Regionen beskriver i grundlaget:

- hvad der kan give anledning til kontrollen
- hvilke kontroltyper regionen kan foretage
- hvor ofte kontrollen skal gennemføres
- hvordan regionen skal følge op på kontrollen.

Videre fremgår det, at kontrollen skal ske med udgangspunkt i en vurdering af risiko og væsentlighed. Endelig fremgår det, hvordan regionen skal handle med henblik på tilbagebetaling af uberettigede udbetalte honorarer afhængig af hjemmelsgrundlaget. Boks 10 viser et eksempel på regionernes administrative kontrol.

BOKS 10. EKSEMPEL PÅ REGIONERNES ADMINISTRATIVE KONTROL

Regionerne gennemfører administrativ kontrol af forskellige typer honorarer og kontrol på forskellige praksisområder. Et eksempel på administrativ kontrol er kontrollen af udbetaling af konsultationshonorar til alment praktiserende læger ved udstedelse af kørekortattester. I disse tilfælde er der 100 % egenbetaling for borgerne, og lægen må derfor ikke opkræve konsultationshonorar.

135. Regionerne bruger den administrative kontrol til i stadigt stigende omfang at rejse krav over for yderne ved uberettigede udbetalinger af honorarer. Interviews med regionerne har dog vist, at der er forskel på regionerne i forhold til, hvor konsekvent de rejser krav om tilbagebetaling af uretmæssigt udbetalte honorarer, og i hvor stort omfang de prioriterer den administrative kontrol. Nogle regioner afvejer det resurseforbrug, som medgår til gennemførelse og dokumentation af kontrollen, over for den økonomiske gevinst, der er forbundet med kravet om tilbagebetaling af honorarer. I andre regioner er det i højere grad et spørgsmål om, hvorvidt regionen er i stand til at tilvejebringe en tilstrækkelig dokumentation som grundlag for et tilbagebetalingskrav. Overtrædelser af honorarreglerne vil dermed langtfra altid medføre krav om tilbagebetaling af honorar.

136. Regionerne har oplyst, at det ofte kan være vanskeligt at påvise, at honorarer er udbetalt på et uberettiget grundlag. Nogle regioner har i den sammenhæng givet udtryk for, at generel adgang til ydernes journaler med henblik på at få en nærmere dokumentation af ydelsesmønstre og afregningspraksis ville forbedre kontrolmulighederne og dermed lette kontrollen.

137. Rigsrevisionens undersøgelse har videre vist, at det på området for almen praksis er uafklaret, hvorvidt regionerne uden om samarbejdsudvalget har hjemmel til at kræve uberettigede udbetalte honorarer tilbagebetalt.

138. Af aftalen for almen praksis fremgår det bl.a., at samarbejdsudvalget ved en læges misligholdelse eller overtrædelse af aftalen har adgang til at tildele advarsler eller udtale misbilligelse samt indstille til landssamarbejdsudvalget, at lægen skal tilbagebetale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb. Efter Regionernes Lønnings- og Takstnævns opfattelse udelukker dette dog ikke, at regionen har adgang til kræve tilbagebetaling af honorar.

Praktiserende Lægers Organisation har været og er fortsat uenig heri, og der verserer derfor i øjeblikket en opmandssag om, hvorvidt en region har hjemmel til at opkræve tilbagebetaling af honorar, der efter regionens eller samarbejdsudvalgets opfattelse er udbetalt uberettiget.

Sagen kan få store konsekvenser for regionernes muligheder for at tilbagekræve honorar på området for almen praksis, som efter regionernes opfattelse er udbetalt uberettiget.

Rigsrevisionen, den 22. august 2012

Lone Strøm

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Bekendtgørelser under sundhedsloven

Bekendtgørelse nr. 1238 af 5. december 2006 om behandling hos læge i praksissektoren.

Bekendtgørelse nr. 710 af 27. juni 2008 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og i kommunen.

Bekendtgørelse nr. 1140 af 29. september 2010 om tilskud til behandling hos tandlæge i praksissektoren.

Bekendtgørelse nr. 1141 af 29. september 2010 om tilskud til kiropraktisk behandling i praksissektoren.

Bekendtgørelse nr. 1201 af 15. oktober 2010 om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren.

Bekendtgørelse nr. 663 af 25. juni 2012 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper.

Bekendtgørelse nr. 491 af 19. maj 2011 om tilskud til fodbehandling i praksissektoren.

Bilag 2. Ordliste

Administrativ kontrol	Regionernes løbende kontrol af, om de givne ydelser og afregningen herfor er berettiget og rimelig, fx kontrol af, om ydernes oplysninger stemmer med specifikationer for behandlingerne, regler for honorar, og om de givne ydelser er tidsmæssigt mulige.
Advis	En advarsel fra afregningssystemet om, at regionen ved en specifik regning skal foretage en vurdering af regningens rigtighed, fx om 2 ydelser må anvendes i samme konsultation.
Delepraksis	En praksis hvor et ydernummer deles mellem 2 ydere, der afregner med regionen på samme ydernummer, fx 2 fysioterapeuter der deler et ydernummer og praksis.
Flerlægepraksis	En samarbejdspraksis, hvor flere ydere har valgt at være fælles om lokaler og eventuelt hjælpepersonale, men hvor yderne har hvert deres ydernummer. Regionen afregner på forskellige ydernumre til de enkelte ydere i praksis. Kan også være en kompagniskabspraksis, hvor flere ydere benytter det samme ydernummer.
Fysioterapi – speciale 51 og speciale 62	Fysioterapeuter afregner for deres behandlinger på forskellige specialer alt efter, om der er tale om patienter med kroniske lidelser (speciale 62) eller andre patienter (speciale 51).
Grænseværdi	En procentvis afvigelsesgrænse for, hvornår en yders omsætning eller ydelsesforbrug skal undersøges af det regionale samarbejdsudvalg. Grænseværdien er typisk fastsat i forhold til et gennemsnitligt regionalt ydelsesforbrug på det enkelte praksisområde.
Knækgrænse	På speciallægeområdet er der fastsat såkaldte knækgrænser for ydernes omsætning. Det betyder, at når en speciallæges samlede årlige honoraropkrævninger overstiger et bestemt fastsat beløb – knækgrænsen – reducerer regionen yderens honorarudbetaling med 40 %. Regionen udbetaler således kun 60 % af honoraret for de ydelser, speciallægen indberetter, når knækgrænsen er overskredet.
Paritetisk	De landsdækkende og de regionale samarbejdsudvalg er paritetisk sammensat. Dvs. at de er sammensat med et ligeligt antal repræsentanter for henholdsvis Regionernes Lønnings- og Takstnævn og de landsdækkende yderorganisationer, eller for regionen og yderorganisationen.
Regionernes Lønnings- og Takstnævn	Nævnet indgår kollektive aftaler med praksissektorens yderorganisationer. Finansministeren udpeger nævnets 9 medlemmer, der repræsenterer Finansministeriet, Sundhedsministeriet, regionerne og kommunerne. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har vetoet i nævnet.
Samarbejdsudvalg, lands	8 paritetisk sammensatte organer med repræsentanter for Regionernes Lønnings og Takstnævn samt ydernes organisationer. Landssamarbejdsudvalgene fortolker de landsdækkende aftaler over for regionerne, de regionale samarbejdsudvalg og andre, fx centrale myndigheder og ydere. Ud over fortolkningsopgaven har landssamarbejdsudvalget varierende opgaver alt efter praksisområde. Det kan fx være at behandle konkrete sager, hvor de regionale samarbejdsudvalg ikke kan nå til enighed. Landssamarbejdsudvalgene er klage- og ankeinstans over afgørelser truffet af de regionale samarbejdsudvalg.
Samarbejdsudvalg, regionalt	I hver region er der nedsat et samarbejdsudvalg for hvert af praksisområderne. Udvalgene er paritetisk sammensat og har bl.a. til opgave at behandle den årlige kontrolstatistik, deltage i praksisplanlægningen og vejlede med hensyn til forståelse og praktisering af de landsdækkende aftaler samt godkende lokalaftaler mellem regionen og yderne.
Visitation	Vurdering af, hvilken ydelse der er behov for, og hvem der skal udføre ydelsen.

Ydelse	En betegnelse for de behandlinger, konsultationer, operationer eller undersøgelser, som en yder i praksissektoren udfører over for en borger, og som regionen betaler honorar for i henhold til de landsdækkende aftaler, der er indgået med ydernes organisationer.
Yder	En alment praktiserende læge, speciallæge, tandlæge, tandplejer, fysioterapeut, fodterapeut, kiropraktor eller psykolog, der har tilsluttet sig en af de landsdækkende aftaler i praksissektoren og leverer ydelser til borgerne mod betaling fra regionen.
Ydernummer	Et nummer, yderen tildeles for at kunne praktisere og modtage honorarer fra regionen.
Yderorganisation	Den enkelte yders interesseorganisation, som bl.a. varetager forhandlingerne med Regionernes Lønnings- og Takstnævn på vegne af den enkelte yder.
Økonomiprotokollat	En del af de landsdækkende aftaler, som forpligter aftaleparterne – i dette tilfælde til at iværksætte udgiftsdæmpende foranstaltninger, såfremt udgifterne på de enkelte praksisområder stiger mere end det aftalte.
Årskontrol	En årlig statistisk baseret kontrol af ydernes forbrug og omsætning på de enkelte praksisområder for at sikre et ensartet aktivitetsniveau i regionen eller på landsplan.

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 5

Emne: Høringsudkast til praksisplan for kiropraktik 2013 - 2016

3 bilag

Den 27. september 2012

SAMARBEJDSUDVALGET VEDR. KIROPRAKTISK BEHANDLING

SAG NR. 3

Høringsudkast til Praksisplan for kiropraktik 2013-2016

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at høringsudkast til Praksisplan for kiropraktik 2013-2016 godkendes.

RESUME

Der er udarbejdet et høringsudkast til en ny Praksisplan for kiropraktik. Høringsudkastet forventes sendt i offentlig høring fra december 2012 til februar 2013.

SAGSFREMSTILLING

I henhold til Overenskomst om kiropraktik skal regionen udarbejde og godkende en samlet planlægning af den kiropraktiske behandling i regionen.

Samarbejdsudvalget godkendte på møde den 15. september 2011 en projektbeskrivelse for udarbejdelse af en ny praksisplan. På samme møde nedsatte udvalget en styrgruppe bestående af:

Kiropraktor Poul Ejby, Kiropraktorkredsforeningen
Kiropraktor Jørgen Eichhorn, Kiropraktorkredsforeningen
To repræsentanter fra administrationen

Drøftelser og aktiviteter i regi af styregruppen har resulteret i, at der nu foreligger et høringsudkast til en ny Praksisplan for kiropraktik 2013-2016 (bilag 1).

I tillæg til planlægning af kapaciteten lægger den nye plan vægt på fortsat opfølgning på de væsentligste af de udviklingstiltag, der fremgår af den seneste overenskomst (2010). Herudover viderefører planen relevante elementer fra Praksisplan for kiropraktik 2008-11.

Planen er inddelt i tre hovedafsnit:

- Kapacitet og tilgængelighed

- Faglig udvikling tværsektorielt
- Faglig udvikling i kiropraktorpraksis

Hovedtemaerne i den kommende plan er:

- Udvikling af en fremtidssikret praksisstruktur i kiropraktorpraksis, herunder årlige vurderinger af kapaciteten, praksisfællesskaber og fysisk tilgængelighed
- Muligheder for integration med det øvrige sundhedsvæsen, herunder dialog med hospitaler, kommuner og andre faggrupper i praksissektoren om konkrete patientforløb
- Fortsat fokus på kvalitetsudvikling, herunder implementering af landsdækkende kvalitetsinitiativer og retningslinjer, patientsikkerhed, forskning og netværksdannelse
- Tidssvarende udvikling af it-anvendelsen i kiropraktorpraksis

Planens målsætninger og delmålsætninger er sammenfattet øverst i hvert afsnit. Herudover er der særskilt udarbejdet en grundbeskrivelse, som indeholder basisoplysninger om praksissektorens kiropraktik, herunder om antal, kapacitet, økonomi, ydelser m.v.

Offentlig høring

Når vedlagte høringsudkast er godkendt i samarbejdsudvalget og regionsrådet, skal planen i offentlig høring hos væsentlige interessenter. Liste over høringsparter er vedlagt bilag 2. Den offentlige høring løber i to måneder fra december 2012 til februar 2013.

Planen forelægges samarbejdsudvalg og regionsråd på ny, når høringssvar er indarbejdet. Der sigtes mod, at planen kan træde i kraft medio 2013.

SAMARBEJDSUDVALGETS BESLUTNING

Tiltrådt.

Bilagsfortegnelse:

1. Praksisplan for kiropraktik med tilhørende bilag
2. Høringsparter

Sagsnr: 11007557
Sagsbehandler: jaholm

Koncern Praksis

Høringsudkast

PRAKSISPLAN FOR KIROPRAKTIK 2013-2016

November 2012

REGION

Indledning	4
Baggrund	4
Rammer for praksisplanen	4
1. Del 1 - Kapacitetsplan	6
Indledning	6
Kiropraktorkapacitetens omfang og geografiske fordeling	7
Praksisstruktur	9
Tilgængelighed	10
2. Del 2 - Udviklingsplan	12
Indledning	12
Samarbejde med øvrige dele af sundhedsvæsenet	12
Samarbejde med den øvrige praksissektor	12
Samarbejde med kommunerne	14
Samarbejde med hospitaler	14
Kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis	16
Kvalitetsudvikling i klinikkerne	16
It i klinikkerne	17
Patientsikkerhed	19
Forskning	19
Særligt vedr. praksiskonsulentordningen for kiropraktik	20
Bilag 1	21
Bilag 2	23
Bilag 3	24
Bilag 4	28
Bilag 5	32

Indledning

Baggrund

I henhold til den seneste Landsoverenskomst for Kiropraktik, der trådte i kraft pr. 1. oktober 2010, skal samarbejdsudvalget til regionens godkendelse udarbejde en samlet planlægning af den kiropraktiske behandling i regionen, således at det kiropraktiske behandlingstilbud kan indgå i den øvrige sundhedsplanlægning i regionen.

I modsætning til praksisplanerne vedr. almen praksis, speciallægepraksis og fysioterapi er det ikke direkte fastsat i kiropraktoroverenskomsten, at planen skal revideres hvert 4. år. Det findes imidlertid hensigtsmæssigt, at samtlige praksisplaner følger samme planperiode af hensyn til samordning og udvikling af sundhedssektoren.

Indgåelse af den nye landsoverenskomst indebærer, at der er lagt en række væsentlige udviklingsspor, der har betydning for planlægningen.

Et gennemgående tema i regionens første praksisplan var at skabe rammerne for en vurdering af de generelle kapacitetsforhold indenfor kiropraktik. På baggrund af den første praksisplan, blev der udarbejdet en kapacitetsplan for kiropraktik (godkendt i Regionsrådet i august 2009). Herudover var væsentlige temaer i den første praksisplan øget samarbejde mellem kiropraktorerne og det øvrige sundhedsvæsen samt sikring af rammerne for kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis.

Rammer for praksisplanen

Planens grundlag

Den nye praksisplan lægger vægt på fortsat opfølgning på de væsentligste af de udviklingstiltag, der fremgår af den nye overenskomst, som trådte i kraft pr. 1. oktober 2010. Derudover viderefører planen relevante elementer fra Praksisplan for Kiropraktik 2008-2011.

Dette indebærer, at hovedtemaerne i den kommende plan vil være:

- Udvikling af en fremtidssikret praksisstruktur
- Muligheder for integration med det øvrige sundhedsvæsen
- Tidssvarende udvikling af it-anvendelsen i kiropraktorpraksis

- Fortsat fokus på kvalitetsudvikling

Som grundlag for planarbejdet er der udarbejdet en status for implementering af Praksisplan for Kiropraktik 2008-2011.

Derudover er der udarbejdet en grundbeskrivelse af kiropraktorpraksis i Region Hovedstaden. Grundbeskrivelsen indeholder nødvendige faktuelle og statistiske oplysninger til at underbygge praksisplanen. Grundbeskrivelsen er vedlagt som bilag.

Planens afgrænsning

Praksisplanen er opdelt i en kapacitets- og udviklingsdel. Praksisplanen skal således være et rammepapir, som indeholder beskrivelser og målsætninger for:

- kapaciteten
- samarbejde med øvrige dele af sundhedsvæsenet
- kvalitetsudvikling af tilbuddet om kiropraktik

I løbet af planperioden udarbejdes årlige implementeringsplaner med indholdsmæssig reference til praksisplanen. Implementeringsplanerne skal beskrive, hvordan en given målsætning tænkes indfriet samt beskrive arbejdsfordeling og ansvarsforhold i implementeringsdelen.

Planens udarbejdelse

Praksisplanen vedr. kiropraktik er udarbejdet af samarbejdsudvalget vedr. kiropraktorområdet. Under samarbejdsudvalget har der været nedsat en styregruppe for praksisplanarbejdet, som har bestået af:

2 repræsentanter for Kiropraktorkredsforeningen i Region Hovedstaden
(kiropraktor Jørn Eichhorn og kiropraktor Poul Ejby Rasmussen)
2 repræsentanter for regionsadministrationen

Styregruppen er blevet sekretariatsbetjent af regionsadministrationen.

Praksiskonsulenterne for kiropraktik har indgået som ressourcepersoner, navnlig ved udarbejdelse af udviklingsdelen til planen.

1. Del 1 - Kapacitetsplan

Praksisplanen opstiller målsætninger på følgende områder:

- kiropaktorkapacitetens samlede omfang
- kiropaktorkapacitetens fordeling på geografiske områder og hensyn til social ulighed i sundhed
- praksisstruktur
- kiropaktorkapacitetens fysiske, telefoniske og elektroniske tilgængelighed

Indledning

Overenskomsten for kiropaktik bygger på den forudsætning, at regionen fastlægger den samlede kapacitet inklusiv fordeling efter indstilling fra samarbejdsudvalget.

I kiropaktoroverenskomsten er der ikke indført samme udbyggede planlægnings- og styringsinstrumenter, som kendes fra andre ydergrupper inden for praksissektoren. Kiropaktorer med ydernummer for sygesikringen kan frit ansætte assistenter og tilknytte turnuskandidater. Ligeledes har kiropaktorer som hovedregel adgang til frit at flytte eller overtage praksis og til at oprette og opløse praksis i diverse selskabsformer. Geografisk bundne kapaciteter kan dog kun flytte efter regionens godkendelse.

Overenskomstens bestemmelser vedrørende praksisplanlægning, nynedsættelser i praksis og flytning af praksis er gengivet i nedenstående boks.

Kiropaktoroverenskomstens planlægningsbestemmelser

Bestemmelser vedr. praksisplanlægning

§26, stk. 1: Samarbejdsudvalget udarbejder til regionens godkendelse en samlet planlægning af den kiropaktiske behandling i regionen, således at det kiropaktiske behandlingstilbud kan indgå i den øvrige sundhedsplanlægning i regionen.

Bestemmelser vedr. nynedsættelse og kapacitetsvurdering

§ 10, stk. 1. Ved nynedsættelse som kiropaktor forstås en udvidelse af antallet af overenskomststilmeldte ydere i regionen. Nynedsættelserne kan enten finde sted ved etablering af ny praksis eller ved udvidelse af eksisterende praksis.

§ 10, stk. 2. Nynedsættelser kan finde sted i overensstemmelse med en af regionen godkendt praksisplan, på baggrund af regionens beslutning efter stk. 3 og på baggrund af en konkret ansøgning fra en kiropaktor. Nynedsættelser i

overensstemmelse med kiropraktorplanen eller på baggrund af regionens beslutning efter stk. 3 annonceres, og regionen bestemmer efter indstilling fra samarbejdsudvalget, hvilken kiropraktor, der får tilladelse til nynedsættelse. Konkret ansøgning fra en kiropraktor om nynedsættelse behandles i samarbejdsudvalget, der afgiver indstilling til regionen.

§ 10, stk. 3. Regionen vurderer årligt den kiropraktiske behandlingskapacitet og træffer beslutning om nynedsættelser. Vurderingen foretages på grundlag af en indstilling fra samarbejdsudvalget.

§ 10, stk. 4. Regionerne orienterer hvert år inden den 31-12 landssamarbejdsudvalget om besluttede nynedsættelser

PROTOKOLLAT TIL § 11: Ovennævnte regler giver ingen indskrænkning i adgangen til at flytte praksis inden for regionens grænser, til at opløse kompagniskabspraksis med adgang for de enkelte i den pågældende praksis til at fortsætte hver for sig som overenskomsttilmeldte ydere eller til overtagelse af eksisterende praksis eller praksisdel ved kompagniskabspraksis. Oprettelse af kompagniskabspraksis kan finde sted mellem kiropraktorer, der er tilmeldt overenskomsten, eller som har tilladelse til at tiltræde overenskomsten.

Er klinikken nynedsat efter regionens beslutning, og er klinikkens geografiske placering besluttet som vilkår for nynedsættelsen, kan flytning af praksis inden for regionens grænser ske ved ansøgning til regionen. Godkendelse meddeles, medmindre regionen ud fra en konkret vurdering finder, at det ansøgte ændrer praksisforholdene i regionen i uhensigtsmæssig retning.

§26, stk. 1: Samarbejdsudvalget behandler konkrete ansøgninger om nynedsættelser.

§26, stk. 2: Samarbejdsudvalget afgiver indstilling til regionen om, hvilken kiropraktor der kan få tilladelse til at tiltræde overenskomsten, og om nynedsættelser skal ske i form af udvidelse af eksisterende praksis og om nynedsættelser efter konkret ansøgning herom, jf. § 10, stk. 1 og stk. 2.

Såfremt den årlige kapacitetsvurdering giver anledning til frigivelse af nye ydernumre, skal placeringen vurderes under hensyntagen til patientgrundlag og regionens ønske til en ligelig geografisk dækning. Hertil kommer hensynet til at tilgodese en hensigtsmæssig praksisstruktur (praksisfællesskaber), geografiske mønstre i søgningen til kiropraktorer samt forekomsten af bevægeapparatslidelser i befolkningen.

Kiropraktorkapacitetens omfang og geografiske fordeling

Målsætning: Region Hovedstaden vil i den løbende vurdering af kiropraktorkapaciteten tage udgangspunkt i en samlet vurdering af behovet for kiropraktisk kapacitet i det regionale sundhedsvæsen.

Målsætningen implementeres således:

- Der skal hvert år i forbindelse med samarbejdsudvalgets indstilling til regionen vedr. den kiropraktiske behandlingskapacitet indgå en samlet vurdering af behovet for kiropraktisk kapacitet, herunder et evt. behov afledt af forløbsprogrammer mv.

Status/udviklingslinjer:

Som opfølgning på Praksisplan for Kiropraktik 2008-2011 vedtog Regionsrådet i august 2009 Kapacitetsplan for Kiropraktik. Kapacitetsplanen betød, at kapaciteten i Region Hovedstaden blev bragt på niveau med landsgennemsnittet.

Region Hovedstaden vil i den løbende vurdering af kiropraktorkapaciteten fremover tage udgangspunkt i en samlet vurdering af behovet for kiropraktisk

kapacitet. Denne vurdering omfatter bl.a. forekomst af bevægeapparatslidelser, kiropraktorerne evt. andel i patientforløbsprogrammer, ventetid samt udvikling i ydelsesproduktion og –forbrug.

Målsætning: Den kiropraktiske behandlerkapacitet er så vidt muligt fordelt ligeligt geografisk på regionens planområder

Målsætningen implementeres således:

- Ved opslag af eventuelle nye kapaciteter skal der lægges vægt på hensynet til en ligelig geografisk dækning i regionen. Herunder skal fordelingen af ny kapacitet tage højde for forskelle i forekomsten af bevægeapparatslidelser (ryglidelser)

Status/udviklingslinjer:

Alle borgere i Region Hovedstaden skal have mulighed for at få behandling hos en kiropraktor i deres nærområde.

Med vedtagelsen af kapacitetsplanen i august 2009 blev der skabt en mere ligelig geografisk fordeling af den samlede behandlerkapacitet. Bevægelsen hen imod øget lighed i kapacitet ønskes forstærket. Der er i bilag 3 til praksisplanen redegjort for den aktuelle geografiske fordeling af behandlerkapaciteten samt den forventede befolkningsudviklings betydning for den geografiske dækning.

Behandlerkapaciteten fordelt på planområder er som følger pr. 1. januar 2012:

Planområder	Indbyggertal pr. 01.01.2012	Antal kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Antal indbyggere pr. kiropraktor- kapacitet
Område NORD	313.198	19	16.484
Område MIDT	436.188	22	19.826
Område BYEN	426.246	24	17.760
Område SYD	491.811	22	22.355
Bornholms hospital	41.402	2	20.701
Region Hovedstaden i alt	1.708.845	89	19.201

Ved stillingtagen til placering af eventuelle nye kapaciteter skal dækningen vurderes i forhold til fordeling af kiropraktisk kapacitet, dels i de fire planområder (se bilag 3), dels i de enkelte kommuner.

Det indgår som en generel hovedmålsætning i sundhedsplanlægningen i Region Hovedstaden, at social ulighed i sundhed skal modvirkes. Derfor skal

sundhedsprofilens¹ oplysninger også indgå, når der konkret skal tages stilling til placering af nye og geografisk bundne kiropraktorkapaciteter. Region Hovedstadens sundhedsprofil 2010 viser på forskellig vis, hvordan forekomsten af rygsygdomme fordeler sig såvel geografisk som i forhold til køn, alder, uddannelse og indkomst.

Når forbruget af kiropraktiske ydelser i regionens forskellige områder sammenholdes med data fra sundhedsprofilen, er det tydeligt, at forbruget ikke afspejler udbredelsen af ryglidelser (jf. bilag 5). I de områder, hvor der typisk er flest problemer med rygsygdomme, er der færrest, der opsøger en kiropraktor. Årsagen hertil kendes ikke. En mulig forklaring kan være, at kiropraktorerne er det overenskomstområde, der har den højeste egenbetaling.

En geografisk mere ligelig fordeling af den kiropraktiske behandlerkapacitet kan være en del af løsningen på dette problem.

Kiropraktorerne er enige i regionens målsætning om, at den kiropraktiske behandlerkapacitet så vidt muligt skal fordeles ligeligt geografisk på regionens planområder og ved sin placering skal medvirke til at begrænse social ulighed i sundhed. Ifølge kiropraktorsiden kan disse principper imidlertid ikke stå alene, men må i en konkret situation om besættelse af evt. nye ydernumre afvejes mod kiropraktorerne ønsker til fri nedsættelsesret i henhold til overenskomsten.

Praksisstruktur

Målsætning: Praktiserende kiropraktorer praktiserer fortrinsvis i praksisfællesskaber med andre praktiserende kiropraktorer og øvrige ydergrupper inden for praksissektoren, og således at der tages hensyn til andre lokale sundhedstilbud i det samlede sundhedsvæsen

Målsætningen implementeres således:

- Anvende metoder og erfaringer fra det to-årige projekt om fremme af praksisfællesskaber med henblik på fortsat at understøtte etableringen af praksisfællesskaber.
- Ved tildeling af nye ydernumre lægges der vægt på, at kiropraktorerne praktiserer i fællesskab med andre ydere

Status/udviklingslinjer:

Kapacitetsplanen for kiropraktik fra 2009 afdækkede kiropraktorerne ønsker til klinikkernes fysiske rammer, dvs. indretning, placering og samarbejde med øvrige sundhedsydere. Det fremgik af undersøgelsen, at ca. en tredjedel af de kiropraktiske klinikker indgår i lokalefællesskaber med andre ydere. Et stort flertal af de klinikker (62 %), som ikke indgik i lokalefællesskab med andre ydere, havde ønske om praksisfællesskaber. Hertil kommer, at en

¹ Sundhedsprofilernes data vedr. bevægeapparatslidelser omfatter en række forskellige sygdomme eller lidelser, hvoraf de mest udbredte er rygsygdomme, gigtsygdomme, knogleskørhed og "museskader". Der er i det følgende og i bilagsdelen taget udgangspunkt i ryglidelser, som er den hyppigst forekommende diagnose i kiropraktorpraksis. Det bemærkes, at kiropraktorer også behandler for andre lidelser i bevægeapparatet, herunder nakke- og skulderlidelser.

mindre del af de klinikker, der allerede delte lokaler med andre ydere, havde ønske om at indgå i større lokalefællesskaber.

Et praksisfællesskab forstås som flere ydere inden for praksissektoren, der går sammen i et fællesskab, gerne på tværs af faggrupper. Fællesskabet kan tillige omfatte kommunale sundhedstilbud og evt. med inddragelse af det sekundære sundhedsvæsen. Det er forventningen, at etablering af praksisfællesskaber vil indebære en fordel i relation til at udnytte fælles faciliteter, der bl.a. kan omfatte elementer som adgang til moderne udstyr (f.eks. digitaliseret røntgenudstyr) samt medvirke til etablering af stærke faglige miljøer, der kan sikre faglig videreuddannelse og tværfaglige samarbejdsrelationer.

Regionen har i 2011-2013 i en to-årig projektperiode ansat en konsulent til at fremme praksisfællesskaber. Projektet har bidraget til, at der findes en fast og systematisk ramme for rådgivning af ydere fra praksissektoren, der løbende henvender sig til regionsadministrationen med ønske om at ændre i deres nuværende ejerskabs- og/eller praksisform.

Arbejdet med etablering af praksisfællesskaber og den regionale kapacitetsplanlægning i form af den geografiske placering af evt. nye kapaciteter samt løbende afgørelser af samarbejdsudvalgssager om kapacitetsforhold, f.eks. flytninger, skal bl.a. inddrage lokale strategier og planlægning vedr. de lokale sundhedstilbud.

Tilgængelighed

Målsætning: Kiropraktorklinikker er tilgængelige for handicappede og patienterne skal have kendskab til den fysiske tilgængelighed

Målsætningen implementeres således:

- Handicaptilgængelighed skal prioriteres som et væsentligt element i samarbejdsudvalgsafgørelser om flytning og nynedsættelse af praktiserende kiropraktorer
- Samarbejdsudvalget skal løbende monitorere udviklingen i andelen af kiropraktorpraksis med handicapvenlig adgang.
- Det dokumenteres ved afslutningen af planperioden, om en øget andel af kiropraktorklinikkerne har handicapegnede adgangsforhold, jf. bygningslovgivningen.
- Praksisdeklarationen opdateres med klinikinformation om handicaptilgængelighed

Status/udviklingslinjer:

Tilgængelighed opdeles typisk i telefonisk, elektronisk og fysisk tilgængelighed. Den elektroniske tilgængelighed behandles i planens udviklingsdel.

Vedr. den fysiske tilgængelighed er kravene til handicapegnede adgangsforhold blevet skærpede i den nye kiropraktoroverenskomst. Af overenskomstens § 14, stk. 1, skal praksis ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning sørge for, at lokalerne er i overensstemmelse med

bygge Lovgivningens regler, således at der etableres niveaufri adgang og indrettes handicap toilet.

Kiropraktorerne skal endvidere på deres praksisdeklaration give information om parkeringsforhold, udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter, så bevægelseshæmmede har mulighed for at vælge en kiropraktor, hvor adgangsforhold og indretning passer til patientens behov.

Spørgeskemaundersøgelsen fra 2009 viste vedr. tilgængeligheden for handicappede, at næsten 50 % af klinikkerne ikke er tilgængelige for handicappede brugere. Når det gælder adgang til toilet egnet for kørestolsbrugere, er det en endnu større andel, nemlig 68 %, der angiver, at de ikke kan opfylde dette krav.

Der skal derfor fortsat være fokus på tilgængelighed i den kommende planperiode med gennemførelse af de nævnte initiativer.

2. Del 2 - Udviklingsplan

Indledning

Udviklingsdelen til planen indeholder 2 hovedafsnit:

- Samarbejde og samordning med øvrige dele af sundhedsvæsenet
- Kvalitetsudvikling i kiropaktorpraksis

Hovedmålsætningen er en videreførelse og styrkelse af integrationen mellem kiropaktorpraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Dette indebærer bl.a., at kiropaktorklinikkerne fortsat udviser fleksibilitet og byder konkret ind med deres kompetencer ved løsning af sundhedsvæsnets opgaver.

Overenskomsten for kiropaktik indeholder bestemmelse om, at kvalitetsarbejdet skal foregå i regi af Den Danske Kvalitetsmodel. Dette vil indebære forventninger til klinikkerne om efterlevelse af kliniske retningslinjer. Hertil kommer krav til kommunikation samt udbygning af service og it-anvendelse.

Samarbejde med øvrige dele af sundhedsvæsenet

Samarbejde med den øvrige praksissektor

Målsætning: Kiropaktorernes faglige/behandlingsmæssige integration med den øvrige del af praksissektoren videreføres og udbygges i den kommende planperiode

Målsætningen implementeres således:

- De involverede faggrupper i praksissektoren skal med praksiskonsulenterne for kiropaktik som initiativtagere være i løbende konstruktiv dialog dels om konkrete patientforløb, dels om mere overordnede udviklingsfelter på området.
- Der bør i denne forbindelse ske en tværfaglig udveksling af viden i form af erfaringer, læring, evidens mv.

Status/udviklingslinjer:

I den første praksisplan for kiropaktik var målet at skabe rammerne for, at kiropaktorerne i højere grad kunne blive en aktiv medspiller sammen med praksissektorens andre aktører og dermed i større omfang blive integreret i det øvrige sundhedsvæsen. Blandt andet er kiropaktorpraksis blevet

inddraget som en del af patientforløbsprogrammet for lænderyglidelser. Endvidere har regionen etableret en praksiskonsulentordning med det formål at øge samarbejdet med øvrige relevante sundhedsfaglige grupper.

Kiropraktorernes kompetenceområde har i et vist omfang overlap med andre sundhedsfaggrupper, der beskæftiger sig med lidelser i bevægeapparatet. Det drejer sig om almen praksis, fysioterapeuter samt inden for speciallægepraksissektoren de praktiserende speciallæger i ortopædkirurgi, reumatologi, neurologi og til dels radiologi. Ideelt set bør samspillet mellem de forskellige faggrupper udbygges med henblik på at udnytte aktørernes forskellige uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige niveau optimalt

Dialog med speciallægepraksis:

I et samarbejde mellem regionsadministrationen og kiropraktorkonsulenterne vil der blive taget initiativ til en dialog med relevante specialer inden for speciallægepraksis. Målet er på baggrund af en konstruktiv dialog og en fælles forståelse af fælles patientforløb at definere rammerne for et fremtidigt samarbejde.

Dialog med almen praksis:

Særligt i forhold til almen praksis må der forventes en udbygning af samarbejdet i forbindelse med gennemførelse af forløbsprogram for lænderyglidelser. Faglige repræsentanter for kiropraktorerne inddrages i arbejdet med implementering af forløbsprogrammet, efter det er endeligt besluttet primo 2012.

Forløbsprogrammet for lænderyglidelser

Forløbsprogrammet for lænderyglidelser omfatter patienter med nyopståede lænderygsmerter og har til formål at *undgå*, at sygdommen bliver kronisk for disse borgere. Det skal ske ved at igangsætte en tidlig indsats, og programmet indeholder derfor en konkret patientforløbsbeskrivelse med beskrivelse af et 3 måneders udrednings- og behandlingsforløb i forhold til patienter med nyopståede lændesmerter. Programmet har desuden et særligt fokus på tilknytningen til arbejdsmarkedet, rettidig afklaring og evt. rehabilitering samt arbejdsfastholdelse.

I programmet er der lagt vægt på bl.a. at inddrage de praktiserende kiropraktorer, da de varetager mange af indsatserne ved lænderyglidelser.

Praktiserende kiropraktorer kan selvstændigt varetage forløbsprogrammet i praksissektoren både for patienter, som selv henvender sig og for patienter, som henvises fra praktiserende læge. Farmakologisk smertebehandling og henvisning til reumatologisk afdeling foregår via den praktiserende læge.

Praktiserende kiropraktorer yder manuel behandling og øvelsesterapi til patienter i forløbsprogrammet, som henvises fra praktiserende læge eller praktiserende speciallæge i reumatologi.

Da mange rygpatienter henvender sig direkte til praktiserende kiropraktor uden at have været hos egen læge, er det væsentligt, at kiropraktorerne forpligter sig til at følge lænderygforløbsprogrammet i forhold til både indhold og tidsfrister. Forløbsprogrammets retningslinjer skal derfor fagligt forankres i de enkelte kiropraktorklinikker gennem en intensiv implementeringsindsats under medvirken af praksiskonsulenterne for kiropraktik.

Samarbejde med kommunerne

Målsætning: Der tages initiativ til en dialog med kommunerne med henblik på at definere rammerne for et fremtidigt samarbejde inden for relevante behandlingsområder

Målsætningen implementeres således:

- Der vil med deltagelse af praksiskonsulenterne for kiropraktik blive taget initiativ til dialog med kommunerne. Dialogen skal afdække konkrete ideer til og barrierer for et forpligtende samarbejde inden for relevante områder såsom forebyggelse målrettet udvalgte diagnosegrupper, rehabilitering og arbejdsfastholdelse

Status/udviklingslinjer:

I forbindelse med strukturreformen er kommunernes opgaver på sundhedsområdet blevet tydeliggjort, og der er opstået et øget behov for større fokus på kommunikation og samarbejde på tværs af sundhedsvæsnets sektorer.

Navnlig for rygpatienter er der tale om et vanskeligt og komplekst sygdoms område med en række særlige problemstillinger. For en del af disse patienters vedkommende må det konstateres, at lidelsen er kronisk, hvilket stiller krav om andre indsatsområder end patientbehandling, f.eks. arbejdsfastholdelsesindsats eller indsats for at få patienten tilbage på arbejdsmarkedet.

Patienter med ryglaterede lidelser har typisk første kontakt til sundhedsvæsenet hos patientens alment praktiserende læge (ca. 2/3) eller hos en kiropraktor (ca. 1/3). I relation til patientvolumen er kiropraktorerne samarbejdsrelationer i forhold til kommunerne, når det gælder denne patientgruppe, derfor af væsentlig betydning. Det samme er tilfældet, når det gælder en række øvrige diagnosegrupper inden for kiropraktorerne behandlingsvirksomhed.

Samarbejde med hospitaler

Udveksling af røntgenoptagelser:

Målsætning: Inden for røntgendiagnostik tilstræbes der udarbejdet formelle samarbejdsaftaler sektorerne imellem, således at dobbeltundersøgelser minimeres, og udveksling af billeder fremmes med henblik på, at patienternes forløb forkortes og effektiviseres

Målsætningen implementeres således:

- Det klarlægges, hvor mange kiropraktorer i regionen, der har digital røntgen, og hvilke der benytter KirPACS
- Dialog med de radiologiske afdelinger om muligheden for rekvirering og anvendelse af kiropraktorerers røntgenoptagelser
- Undersøge muligheder for, at kiropraktorerers røntgenbeskrivelser kan lægges til grund ved patientens henvisning til hospital, således at dobbeltundersøgelser i videst muligt omfang undgås

Status/udviklingslinjer:

Røntgenundersøgelser er en integreret del af de ydelser, som kiropraktorerne stiller til rådighed for patienterne i forbindelse med kiropraktorerens diagnostiske virksomhed.

Kiropraktorerens centrale billedserver, KirPACS, giver mulighed for, at alle kiropraktorer, der anvender digitaliseret røntgen, kan lagre deres billeder på denne server. Serveren er koblet til det internetbaserede sundhedsdatanet, der står til rådighed for hele sundhedssektoren. Der er dermed mulighed for kommunikation og billedudveksling på tværs af sundhedssektoren.

En stadig stigende andel af kiropraktorer i Region Hovedstaden benytter digital røntgen. Hovedparten af kiropraktorerne er tilknyttet den fælles billedserver. Dette åbner mulighed for, at flere sundhedsfaglige personer og hospitaler kan få adgang til røntgenoptagelser udført i kiropraktorpraksis. Via den fælles server kan røntgenafdelingerne have fuldt overblik over undersøgelser foretaget hos kiropraktorer. Hermed er der principielt tilvejebragt en mulighed for at undgå dobbeltundersøgelser.

Der foreslås indledt en dialog med de radiologiske afdelinger om muligheder for at forbedre samarbejde mellem hospitalernes billeddiagnostiske afdelinger og kiropraktorklinikker med henblik på gensidig udnyttelse af de udførte røntgenoptagelser.

Udvidet henvisningsadgang til hospitalerne

Målsætning: Der gennemføres i planperioden et forsøgsprojekt vedr. kiropraktorerers direkte henvisningsret til reumatologisk afdeling på Glostrup Hospital

Målsætningen implementeres således:

- Der udarbejdes forslag til projektbeskrivelse, der i indicerede tilfælde giver kiropraktorerne ret til henvisning til hospitalsafdeling svarende til kriterierne i forløbsprogrammet for lænderyglidelser

Status/udviklingslinjer:

Patienternes gang gennem systemet skal være så smidig som muligt. I forlængelse af forløbsprogrammet for lænderyglidelser undersøges muligheden for at gennemføre et afgrænset udviklingsprojekt for kiropraktorer med mulighed for direkte henvisning efter de henvisningskriterier, der fremgår af forløbsprogrammet. Projektet kan

omfatte dels henvisning til reumatologisk afdeling på Glostrup Hospital, dels henvisning til relevant CT/MR-scanning.

Henvisningen ville i givet fald skulle ske under hensyntagen til kapacitet og ressourceanvendelse i praksis- og hospitalssektor, sammenhæng i patientforløbet, og således at den praktiserende læges tovholderrolle i forhold til den enkelte patient bevares.

Et evt. projekt skal evalueres med henblik på at vurdere, om det gavner det samlede patientforløb, hvis praktiserende kiropaktorer i regionen kan henvise patienter direkte til relevante tilbud inden for hospitalsvæsenet. Evalueringen skal omfatte både faglig og patientoplevet kvalitet samt kapacitetsmæssig og økonomisk effektivitet.

Kvalitetsudvikling i kiropaktorpraksis

Kvalitetsudvikling i klinikkerne

Målsætning: Landsdækkende initiativer til kvalitetsudvikling i klinikkerne, aftalt mellem landsoverenskomstens parter, skal implementeres i løbet af planperioden, herunder det såkaldte projekt NIP kiropaktik, retningslinjer for anvendelse af de billeddiagnostiske modaliteter i kiropaktorpraksis samt evt. øvrige kvalitetsinitiativer

Målsætningen implementeres således:

- Arbejdet med de i overenskomsten aftalte initiativer til udvikling af kvaliteten i klinikkerne følges med henblik på at sikre, at der kan ske en regional implementering, når udmelding fra overenskomstens parter foreligger

Status/udviklingslinjer:

Projekt NIP kiropaktik:

Som samlende ramme for strategien om kvalitetsudvikling står Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Det følger af DDKM, at behandlerne systematisk skal arbejde med den sundhedsfaglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet. Kiropaktorerne skal udvikle faglige standarder og kliniske retningslinjer for at sikre kvaliteten i behandlingen af patienterne.

Arbejdet med at integrere kiropaktorerne i den danske kvalitetsmodel tager bl.a. afsæt i et pilotprojekt, der har udviklet og afprøvet indikatorer og standarder for behandlingen af patienter med lænderygproblemer i regi af Det Nationale Indikatorprojekt, NIP. Resultatet af pilotprojektet viser, at NIP-metoden er anvendelig, at det er muligt at udvikle et brugbart indikatorsæt, og at indikatorerne vil kunne implementeres i klinisk praksis.

Danske Regioner og Dansk Kiropaktorforening ønsker på baggrund af erfaringerne fra pilotprojektet (fase 1) at gennemføre indikatorprojektet blandt en større kreds af klinikker (fase 2). Gennemførelse af projektet har følgende hovedformål:

- Med fase 2 forventer parterne at påbegynde etablering af en mere permanent kvalitetsudviklingsaktivitet blandt en større kreds af kiropraktorer
- Fase 2 skal skabe opmærksomhed om og interesse for databaseret kvalitetsudvikling, således at udviklingen hen imod fælles kvalitetsstandarder for kiropraktorklinikker sker gennem registrering og opsamling af data, databearbejdning og feedback til den enkelte kiropraktor

Når projektets fase 2 bliver iværksat i løbet af 2012, forventes der at blive tale om et omfattende implementeringsarbejde, der forudsætter inddragelse af praksiskonsulenterne for kiropraktik.

Andre kvalitetsudviklingsinitiativer har været drøftet mellem landsoverenskomstens parter, men disse initiativer er ikke nået til et konkret planlægningsstadium.

Administrationen og praksiskonsulenterne for kiropraktik vil løbende arbejde med implementering af ny viden f.eks. kliniske retningslinjer udarbejdet af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, således at regionens kiropraktorer kan besidde nyeste viden på området og derved højne kvaliteten af arbejdet på klinikkerne.

Kliniske retningslinjer for billedoptagelser:

Med baggrund i kiropraktoroverenskomsten er der på landsplan nedsat et udvalg bl.a. med deltagelse af Dansk Radiologisk Selskab, der har til formål at udvikle kliniske retningslinjer for ultralyd, røntgen, CT og MR-scanninger.

Behovet for billeddiagnostiske undersøgelser indgår i de konkrete patientforløbsbeskrivelser, der udarbejdes regionalt. Brug af røntgen og ultralyd i kiropraktorpraksis bør alene foregå med baggrund i kliniske retningslinjer, og den faglige kvalitet bør desuden understøttes af tidssvarende udstyr og efteruddannelse.

For øjeblikket er der ikke konsensus blandt de praktiserende kiropraktorer om anvendelsen af røntgenbilleder, idet antallet af røntgenydelser kan variere betydeligt mellem de enkelte praksis. Anvendelse af røntgen i kiropraktorklinikker og anvendelse af de øvrige billeddiagnostiske modaliteter bør følge de retningslinjer, der kommer fra det landsdækkende udvalg. Det anbefales derfor, at retningslinjerne implementeres regionalt i de enkelte klinikker under inddragelse af praksiskonsulenterne for kiropraktik. Målet er at sikre, at brugen af røntgenoptagelser i kiropraktorpraksis er i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer.

It i klinikkerne

Målsætning: Implementering af overenskomstmæssige aftaler på it-området og fortsat videre udvikling af it-løsninger, der fremmer kommunikation og kvalitetsudvikling

Målsætningen implementeres således:

- Sikre at alle regionens kiropaktorer opfylder overenskomstens krav til it gennem at videreføre og udbygge samarbejdet mellem datakonsulenter og praksiskonsulenter
- Implementere anbefalinger vedrørende en kommende henvisningsplatform mellem regionerne, PLO og DKF
- Undersøge muligheder for, at kiropaktorer i praksis kan diagnosekode patientforløb, hvilket kunne give mulighed for datafangst

Status/udviklingslinjer:

I lighed med de øvrige områder inden for praksissektoren har it-udviklingen en stadig større betydning i de kiropaktiske klinikker. It er med til at understøtte og forbedre relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen, men er også afgørende for effektivitet og kvalitet i klinikkerne i relation til intern arbejdstilrettelæggelse. Endelig er it også vigtig for den enkelte patient i forhold til f.eks. muligheden for elektronisk tidsbestilling samt i forbindelse med valg af kiropaktor.

Overenskomsten for kiropaktorpraksis omfatter en række it-krav, herunder:

- elektronisk praksisdeklaration på sundhed.dk.
- elektronisk journalføring (senest den 1. oktober 2013)
- it-system, der håndterer godkendte MEDcom standarder for elektronisk kommunikation i sundhedsvæsenet (senest den 1. oktober 2013).

Implementering af disse målsætninger samt løsningen af andre relevante problemstillinger vedr. anvendelsen af it i praksis har medført et øget behov for samarbejde mellem regionens datakonsulentfunktion og kiropaktorkonsulenterne.

I planperioden vil der bl.a. være fokus på følgende tiltag på it-området.

- Med henblik på at opfylde overenskomstens krav til it vil praksiskonsulenterne fortsat samarbejde med datakonsulenterne om at få opfyldt samtlige de overenskomstmæssigt aftalte it-tiltag. Alle kiropaktorklinikker skal således tilknyttes et lokationsnummer.
- Praksiskonsulenter og datakonsulenter vil arbejde for at implementere overenskomstens målsætning om, at kiropaktorerne tilbyder patienterne elektronisk kommunikation og tidsbestilling.
- Mulighederne for elektronisk kommunikation mellem patientens praktiserende læge og kiropaktor skal udbygges for at sikre sammenhængende patientforløb. Kommunikation mellem alment praktiserende læge og kiropaktor, der er betinget af patientens samtykke, forudsætter en nærmere aftale mellem PLO og Dansk Kiropaktorforening.
- Ved udviklingen af den nye kiropaktorepikrise blev der indført diagnosekodning. Dette skulle forbedre kommunikationen med den praktiserende læge, men kodningen afspejler imidlertid ikke diagnostikken i kiropaktorpraksis. Det bør derfor undersøges, om der kan gennemføres forsøg med en mere specifik diagnosekodning som på

sigt kunne danne grundlag for dokumentation af, hvilke diagnosegrupper der behandles i kiropraktorpraksis.

Patientsikkerhed

Målsætning: At fremme at alle regionens kiropraktorer i løbet af planperioden rapporterer utilsigtede hændelser (UTH)

Målsætningen implementeres således:

- Repræsentant for kiropraktorerne deltager i Patientsikkerhedsrådets møder, hvor hændelser drøftes med Enhed for Patientsikkerhed, Koncern Praksis og andre ydergrupper med henblik på læring og indsatsområder
- Praksiskonsulenterne for kiropraktik medvirker til udvikling og formidling af budskaber vedrørende patientsikkerhed til de praktiserende kiropraktorer

Status/udviklingslinjer:

Pr. 1. september 2010 blev lov om patientsikkerhed udvidet, og alle praksissektorens ydere blev forpligtet til at indrapportere utilsigtede hændelser (UTH). Formålet med rapporteringen er at understøtte patientsikkerheden ved at indsamle, analysere og formidle viden om UTH. Der er tilrettelagt et særligt rapporteringssystem, som er fortroligt og ikke sanktionerende.

For at sikre at alle bliver informeret, vil praksiskonsulenterne for kiropraktik i samarbejde med Enheden for Patientsikkerhed løbende informere kiropraktorklinikkerne om procedurer og status for arbejdet med patientsikkerhed. Herudover vil der på alle fremtidige møder med praksiskonsulenternes deltagelse og i kredsforeningsregi være fokus på patientsikkerhed, så kiropraktorerne kan tilegne sig en patientsikker kultur i praksis.

Forskning

Målsætning: At kiropraktorerne deltagelse i Praksissektorens Forskningsråd vil fremme kiropraktisk forskning i praksissektoren

Målsætningen implementeres således:

- En repræsentant for praksiskonsulentordningen for kiropraktorer deltager i Praksissektorens Forskningsråd
- Understøtte netværksdannelse og forskningsprojekter i praksissektoren, der vedrører kiropraktorpraksis
- Følge og understøtte initiativer fra Politik for Sundhedsforskning 2020

Status/udviklingslinjer:

I forbindelse med oprettelsen af Det Strategiske Forskningsråd i Region Hovedstaden (nu nedlagt og afløst af vicedirektørkreds og forskningsfaglig Advisory Board) og i Politik for Sundhedsforskning 2007 blev det aftalt, at der skal nedsættes et forskningsråd for praksissektoren på linje med

hospitalernes og psykiatriens forskningsråd. I 2011 påbegyndte Praksissektorens Forskningsråd anden fase af rådets arbejde: udvidelse af rådet til øvrige ydergrupper i praksissektoren, herunder også kiropraktik.

Forskningsrådet arbejder på at synliggøre og understøtte forskning i praksissektoren, herunder forskning på tværs af sektorerne.

Kiropaktorernes deltagelse i Praksissektorens Forskningsråd kan på sigt udmønte sig i mere forskning i kiropaktorpraksis, både monofagligt, tværfagligt og tværsektorielt. Bl.a. mangler der viden om, hvilke diagnosegrupper, der behandles i kiropaktorpraksis. Et dataregistreringsprojekt, som belyser dette, kunne eksempelvis etableres med støtte fra Kiropaktorfonden samt evt. anden ekstern finansiering.

Særligt vedr. praksiskonsulentordningen for kiropraktik

Status/udviklingslinjer:

Praksiskonsulentordningen for kiropraktik i Region Hovedstaden blev etableret den 1. oktober 2009. Praksiskonsulenterne har bidraget til opfyldelse af en række af målsætningerne i den forrige praksisplan. Det forventes, at praksiskonsulenterne i samarbejde med styregruppen fortsætter arbejdet med at opfylde målsætningerne i den nye praksisplan.

Praksiskonsulenterne udarbejder årlige handleplaner og årsrapporter i overensstemmelse med praksisplanen og de årlige implementeringsplaner.

Det er hensigten, at konsulentordningen skal målrettes til i endnu højere grad at arbejde med de faglige områder, der kan bidrage til udviklingen af kvalitet og sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen og til arbejdet med sammenhængende og effektive patientforløb.

Bilag 1

Udgifter på sygesikringsområdet i Region Hovedstaden 2008-2011 (mill. kr.)

			Udvikling i % i perioden 2008-2011	Udvikling i % i perioden 2008-2011
	2008	2011	Løbende priser	Faste priser
Almen lægehjælp	2.312.761.767	2.632.321.387	13,82%	7,37%
Speciallægehjælp	1.208.711.936	1.410.641.419	16,71%	10,10%
Tandlægehjælp	430.582.508	469.135.307	8,95%	2,79%
Øvrig praksissektor	495.546.596	454.591.231	- 8,26%	- 13,46%
- fysioterapi *	195.438.505	118.210.915	- 39,52%	- 42,94%
- kiropraktik	30.036.979	33.664.892	12,08%	5,73%
- fodterapi	33.441.952	27.543.155	- 17,64%	- 22,30%
- psykologhjælp	43.034.137	66.358.400	54,20%	45,47%
- rejsesygesikring	75.620.571	71.133.599	- 5,93%	- 11,26%
- ernæringspræp.	44.959.673	55.882.301	24,29%	17,26%
- andet **	73.014.779	81.797.969	12,03%	5,69%
Drift	4.447.602.807	4.966.689.345	11,67%	5,35%
Medicin	2.017.141.640	1.807.013.541	- 10,42%	- 1,63%
Samlet	6.464.744.448	6.773.702.886	4,78%	- 1,15%

* Udgifterne til fysioterapi indeholder i 2008 kun udgifterne til vederlagsfri fysioterapi for perioden januar-juli måned som følge af at myndighedsansvaret for dette område pr. 1. august 2008 blev overført til kommunerne

** Indeholder genoptræning, ridefysioterapi, vacciner, børneundersøgelser, graviditetsundersøgelser, specialiseret tandpleje, briller, tolkebistand, mødehonorarer osv.

Tabellen viser udviklingen i de samlede sygesikringsudgifter i den første praksisplanperiode fra 2008 til 2011 i såvel løbende som faste priser, dvs. renset for pris- og lønudviklingen.

Det ses, at udviklingen på de forskellige praksisområder er meget forskellig. Udgifterne til kiropraktik har haft en realvækst på 5,73%, som omtrentligt svarer til realvæksten for sygesikringsudgifterne under eet, excl. medicin.

Ud af de samlede sygesikringsudgifter på knap 6,8 mia. kr. i 2011 tegner kiropraktorområdet sig for kun ca. 0,5% af udgifterne.

Det skal bemærkes, at der er tale om regnskabstal, således at der udover honorarudgifterne tillige er indeholdt udgifterne til forskningsfond og driftstilskud til digitaliseret røntgen. Driftstilskuddet til digitaliseret røntgen blev indført med overenskomsten fra 2007.

Realvæksten i de samlede udgifter til kiropraktik på 5,73% skal sammenholdes med, at produktionen af kiropraktiske ydelser fra regionens egne kiropraktorer til egne borgere i samme periode antalsvist er øget med 4,0%, og 9,6%, jfr. bilag 4, flere personer (antal borgere) har modtaget kiropraktisk behandling.

Bilag 2

Antal ydelser og antal personer der har modtaget kiropraktorbehandling i 2008 og 2011

	2008	2011	Udvikling i planperioden 2008-2011
Personer	84.702	92.817	9,6%
Ydelser	576.478	599.543	4,0%
Ydelser pr. person i behandling	6,8 (6,3)*	6,5 (6,1)*	- 4,4% - 3,2%
Personer i behandling pr. 1.000 borgere	51 (59)**	55 (61)**	7,8% 3,4%
Indbyggertal	1.645.825	1.695.417	3,0%

* Tallene i parentes angiver antal ydelser pr. cpr.nr. i behandling på landsplan

** Antal personer i behandling pr. 1.000 borgere på landsplan

Tabellen viser, at det gennemsnitlige antal behandlinger hos en kiropraktor i 2011 har ligget på 6,5 hvilket er et fald i forhold til 2008, hvor antal behandlinger pr. patient var 6,8. Dette svarer til et lidt større fald i antal behandlinger end på landsplan (-4,4% mod -3,2%). I Region Hovedstaden er antallet af ydelser pr. person i behandling dog stadig lidt højere end for hele landet (6,5 mod 6,1).

Udviklingen i ydelsesforbruget skal sammenholdes med, at indbyggertallet i Region Hovedstaden er vokset med 3% i planperioden 2008-2011.

Antallet af personer i behandling er i Region Hovedstaden lidt lavere end landsgennemsnittet i 2011, hhv. 55 personer pr. 1.000 borgere i regionen mod 61 for landet som helhed.

Bilag 3

[illegible]

	Indbyggertal pr. 1.1.2008	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Nuværende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2012	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2017	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet
OMRÅDE MIDT									
Herlev Hospital:									
Gldsaxe	62.497	1	62.497	65.432	1	65.432	67.537	1	67.537
Ballerup	47.121	1	47.121	48.051	2	24.026	48.437	2	24.219
Egedal	40.511	1	40.511	41.685	1	41.685	41.959	1	41.959
Furesø	37.648	4	9.412	38.213	4	9.553	37.886	4	9.472
Rødovre	36.105	1	36.105	36.557	1	36.557	36.706	1	36.706
Herlev	26.568	1	26.568	26.605	2	13.303	26.626	2	13.313
I alt	250.450	9	27.828	256.543	11	23.322	259.151	11	23.559
Gentofte Hospital:									
Lyngby- Taarbæk	51.263	7	7.323	52.891	7	7.556	53.504	7	7.643
Rudersdal	53.719	2	26.860	54.769	2	27.385	54.615	2	27.308
Gentofte	68.851	2	34.426	71.985	2	35.993	73.373	2	36.687
I alt	173.833	11	15.803	179.645	11	16.331	181.492	11	16.499

	Indbyggertal pr. 1.1.2008	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Nuværende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2012	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2017	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet
OMRÅDE BYEN									
Bispebjerg Hospital:									
Bispebjerg	46.391	2	23.196	50.367	2	25.184	53.585	2	26.793
Brønshøj- Husum	39.413	1	39.413	41.149	1	41.149	42.768	1	42.768
Indre By	45.664	11	4.151	49.316	11	4.483	51.802	11	4.709
Nørrebro	71.560	0	-	75.560	0	-	79.324	0	-
Østerbro	67.964	2	36.042	72.084	3	24.028	76.170	3	25.390
I alt	270.992	16	16.937	288.476	17	16.969	303.649	17	17.862
Frederiksberg Hospital:			-			-			-
Frederiksberg	93.289	4	23.322	99.762	5	19.952	104.269	5	20.854
Vanløse	35.890	2	17.945	38.008	2	19.004	40.450	2	20.225
I alt	129.179	6	21.530	137.770	7	19.681	144.719	7	20.674

	Indbyggertal pr. 1.1.2008	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Nuværende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2012	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2017	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet
OMRÅDE SYD									
Hvidovre Hospital:									
Brøndby	33.820	1	33.820	33.983	1	33.983	33.922	1	33.922
Hvidovre	49.343	2	24.672	50.164	2	25.082	50.569	2	25.285
Valby	45.468	3	15.156	49.121	3	16.374	53.116	3	17.705
Vesterbro	51.466	3	17.155	59.129	3	19.710	67.106	3	22.369
I alt	180.097	9	20.011	192.397	9	21.377	204.713	9	22.746
Amager Hospital:									
Amager Vest	53.362	5	10.672	59.850	5	11.970	68.735	5	13.747
Amager Øst	48.879	0	-	51.947	0	-	55.877	0	-
Dragør	13.257	1	13.257	13.691	1	13.691	13.887	1	13.887
Tårnby	40.017	0	-	40.933	1	40.933	41.621	1	41.621
I alt	155.515	6	25.919	166.421	7	23.774	180.120	7	25.731

Bilag 4

Antal indbyggere pr. kiropraktor sammenholdt med antal ydelser fordelt på kommuner og på hospitalsplanområder 2011.

Planområde/kommune	Befolkning	Ydelser	Antal indb. pr. kiropraktor. Indeks Reg. H=100	Antal ydelser pr. 1000 indbyggere. Indeks Reg. H=100	Indeks Reg. H=100 ift. forbrug på hosp.plan områder
<u>Område NORD</u>	313.085	157.916	16.478 (=116)	50,4 (=144)	144
<u>Hillerød Hospital/Frederikssund Hospital</u>	187.982	95.787	17.089 (=89)	50,9 (=145)	144
Allerød	24.064	10.014	24.064 (=79)	41,6 (=119)	144
Frederikssund	44.256	21.415	22.128 (=86)	48,4 (=138)	144
Halsnæs	31.060	13.505	31.060 (=61)	43,5 (=124)	144
Gribskov	40.616	28.876	13.539 (=141)	71,1 (=203)	144
Hillerød	47.986	21.977	11.997 (=159)	45,8 (=131)	144
<u>Helsingør Hospital</u>	125.103	62.129	15.638 (=122)	49,7 (=142)	144
Fredensborg	39.424	17.063	- (=)	43,3 (=124)	144
Helsingør	61.287	36.001	10.215 (=186)	58,7 (=168)	144
Hørsholm	24.392	9.065	12.196 (=156)	37,2 (=106)	144
<u>Område MIDT</u>	435.381	152.272	19.790 (=96)	34,9 (=100)	100
<u>Herlev Hospital</u>	256.112	90.093	23.283	35,2	100

			(=82)	(=101)	
<i>Gladsaxe</i>	65.038	20.121	65.038 (=29)	30,9 (=88)	100
<i>Ballerup</i>	47.951	15.769	23.976 (=79)	32,9 (=94)	100
<i>Egedal</i>	41.690	18.620	41.690 (=46)	44,7 (=128)	100
<i>Furesø</i>	38.269	13.821	9.567 (=199)	36,1 (=103)	100
<i>Rødovre</i>	36.569	13.499	36.569 (=52)	36,9 (=105)	100
<i>Herlev</i>	26.595	8.263	13.298 (=143)	31,1 (=89)	100
<u>Gentofte Hospital</u>	179.269	62.179	16.297 (=117)	34,7 (=99)	100
<i>Lyngby-Tårnæk</i>	52.883	17.336	7.555 (=252)	32,8 (=94)	100
<i>Rudersdal</i>	54.614	20.392	27.307 (=70)	37,3 (=107)	100
<i>Gentofte</i>	71.772	24.451	35.886 (=53)	34,1 (=97)	100
<u>Område BYEN</u>	419.762	129.368	17.490 (=109)	30,8 (=88)	88
<u>Bispebjerg Hospital</u>	283.410	79.789	16.671 (=114)	28,2 (=81)	88
<i>Bispebjerg</i>	49.362	12.498	24.681 (=77)	25,3 (=72)	88
<i>Brønshøj-Husum</i>	40.491	10.368	40.491 (=47)	25,6 (=73)	88
<i>Indre By</i>	48.490	15.677	4.408 (=432)	32,3 (=92)	88
<i>Nørrebro</i>	74.129	18.356	-	24,8 (=71)	88
<i>Østerbro</i>	70.938	22.890	23.646 (=81)	32,3 (=92)	88
<u>Frederiksberg Hospital</u>	136.352	49.579	19.479 (=98)	36,4 (=104)	88
<i>Frederiksberg</i>	99.237	35.578	19.847 (=96)	35,9 (=103)	88
<i>Vanløse</i>	37.115	14.001	18.558 (=103)	37,7 (=108)	88
<u>Område SYD</u>	484.464	147.342	20.186 (=106)	30,3 (=87)	87
<u>Hvidovre Hospital</u>	189.179	56.030	21.020 (=91)	29,6 (=85)	87
<i>Brøndby</i>	33.968	9.478	33.968 (=56)	27,9 (=80)	87
<i>Hvidovre</i>	50.222	15.365	25.111 (=76)	30,6 (=87)	87

Valby	47.839	15.545	15.946 (=119)	32,5 (=93)	87
Vesterbro	57.150	15.642	19.050 (=100)	27,4 (=78)	87
<u>Amager Hospital</u>	163.752	52.677	23.393 (=81)	32,2 (=92)	87
Amager Vest	58.174	17.095	11.635 (=164)	29,4 (=84)	87
Amager Øst	50.900	15.535	- (= -)	30,5 (=87)	87
Dragør	13.743	5.332	13.743 (=139)	38,8 (=111)	87
Tårnby	40.935	14.715	40.935 (=47)	35,9 (=103)	87
<u>Glostrup Hospital</u>	132.533	38.635	22.089 (=86)	29,2 (=83)	87
<i>Albertslund</i>	27.799	7.011	27.799 (=69)	25,2 (=72)	87
Vallensbæk	14.444	4.565	- (= -)	31,6 (=90)	87
Ishøj	20.978	5.384	20.978 (=91)	25,7 (=73)	87
Glostrup	21.448	7.782	10.724 (=178)	36,2 (=103)	87
<i>Høje Tåstrup</i>	47.864	13.893	23.932 (=80)	29,0 (=83)	87
<u>Bornholm</u>		7.081	20.863 (=91)	17,0 (=49)	49
Bornholms Reg. kommune	41.725	7.081	20.863 (=91)	17,0 (=49)	49
<u>I alt Region Hovedstaden</u>	1.695.417	593.979	19.050 (=100)	35,0 (=100)	100

Af ovenstående tabel fremgår antallet af kiropraktorer opdelt på kommuner sammenholdt med forbruget i hhv. kommunerne og på hospitalsplanomåder fordelt på indekstal.

Tabellen er med til at give et overblik over, hvor det kan være hensigtsmæssigt at udvide med evt. nye kiropraktorkapaciteter, såfremt de årlige kapacitetsvurderinger udløser nye ydernumre.

Af tabellen fremgår det således, hvor den kiropraktiske betjening er mangelfuld, både i kapacitet og ydelser, og hvor den kun er mangelfuld i én af disse kategorier.

De kommuner, som er markeret med fed og kursiv, er de kommuner, som både har en lav grad af kapacitet, samt at de har et relativt lavt antal ydelser både i forhold til regionsgennemsnittet og i forhold til kommunerne i planområdet som helhed.

Begrundelsen for også at sammenligne de enkelte kommuner med det respektive hospitalsplanområdes indekstal er, at der på den måde indregnes et hensyn til forbruget i naboområderne til den pågældende kommune.

Følgende kommuner/bydele falder indenfor den anførte kategori: Gladsaxe, Ballerup, Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Brøndby, Albertslund, Høje-Tåstrup.

Det bemærkes, at i de nordlige kommuner er der generelt et stort forbrug af kiropraktiske ydelser, selv om dækningen med kiropraktorer i visse kommuner er under regionsgennemsnittet.

Bilag 5

Den geografiske fordeling af rygsygdomme i befolkningen i Region Hovedstaden sammenholdt med forbruget af kiropraktiske ydelser 2011.
Absolutte tal og indekstal.

<u>Planområde/ kommune</u>	Befolkning	Antal pt. med rygsygdomme	Forbrug af kiropraktiske ydelser	Antal pt. med rygsygdomme pr. 100 indbyggere. Indekstal Reg. H=100	Forbrug af kiropraktiske ydelser pr. 100 indbyggere. Indekstal Reg. H=100
Område NORD	313.085	34.300	157.916	11,0 (=115)	50,4 (=144)
<u>Hillerød Hospital/Frederikssund Hospital</u>	187.982	20.100	95.787	10,7 (=111)	50,8 (=145)
Allerød	24.064	2.000	10.014	8,3 (=86)	41,6 (=119)
Frederikssund	44.256	5.100	21.415	11,5 (=120)	48,3 (=138)
Halsnæs	31.060	3.900	13.505	12,6 (=131)	43,5 (=124)
Gribskov	40.616	4.900	28.876	12,1 (=126)	71,0 (=203)
Hillerød	47.986	4.200	21.977	8,8 (= 92)	45,8 (=131)
<u>Helsingør Hospital</u>	125.103	14.200	62.129	11,3 (=118)	49,7 (=142)
Fredensborg	39.424	4.300	17.063	10,9 (=114)	43,2 (=123)
Helsingør	61.287	7.600	36.001	12,4 (=129)	58,7 (=168)
Hørsholm	24.392	2.300	9.065	9,4 (=98)	37,2 (=106)
Område MIDT	435.381	38.800	152.272	8,9 (=93)	34,9 (=100)
<u>Herlev Hospital</u>	256.112	23.900	90.093	9,3 (=97)	35,2 (=101)
Gladsaxe	65.038	6.900	20.121	10,6 (=110)	30,9 (=88)
Ballerup	47.951	4.600	15.769	9,6 (=100)	32,9 (=94)
Egedal	41.690	3.800	18.620	9,1 (=95)	44,7 (=128)
Furesø	38.269	2.200	13.821	5,7 (=59)	36,1 (=103)
Rødovre	36.569	3.600	13.499	9,8 (=103)	36,9 (=105)
Herlev	26.595	2.800	8.263	10,5 (=109)	31,1 (=89)

<u>Gentofte Hospital</u>	179.269	14.900	62.179	8,3 (=86)	34,7 (= 99)
Lyngby Tårnbæk	52.883	3.700	17.336	6,9 (=72)	32,8 (=94)
Rudersdal	54.614	4.900	20.392	8,9 (=93)	37,3 (=107)
Gentofte	71.772	6.300	24.451	8,8 (=92)	34,6 (=97)
<u>Område BYEN</u>	419.762	38.500	129.368	9,2 (=96)	30,8 (=88)
<u>Bispebjerg Hospital</u>	283.410	25.400	79.789	8,9 (=93)	28,1 (=80)
<i>Bispebjerg</i>	49.362	5.100	12.498	10,3 (=107)	25,3 (=72)
Brønshøj-Husum	40.491	3.700	10.368	9,1 (=95)	25,6 (=73)
Indre By	48.490	4.000	15.677	8,2 (=85)	32,3 (=92)
Nørrebro	74.129	6.900	18.356	9,3 (=97)	24,8 (=71)
Østerbro	70.938	5.700	22.890	8,0 (=83)	32,3 (=92)
<u>Frederiksberg Hospital</u>	136.352	13.100	49.579	9,6 (=100)	36,3 (=104)
Frederiksberg	99.237	9.600	35.578	9,6 (=100)	35,9 (=103)
Vanløse	37.115	3.500	14.001	9,4 (=98)	37,8 (=108)
<u>Område SYD</u>	485.464	46.500	147.342	9,6 (=100)	30,4 (=87)
<u>Hvidovre Hospital</u>	189.179	17.200	56.030	9,1 (=95)	29,6 (=85)
<i>Brøndby</i>	33.968	3.900	9.478	11,5 (=120)	28,3 (=81)
<i>Hvidovre</i>	50.222	5.000	15.365	9,9 (=103)	30,6 (=87)
Valby	47.839	4.200	15.545	8,7 (=91)	32,4 (=93)
Vesterbro	57.150	4.100	15.642	7,2 (=75)	27,3 (=78)
<u>Amager Hospital</u>	163.752	16.400	52.677	10,0 (=104)	32,2 (=92)
Amager Vest	58.174	5.300	17.095	9,1 (=95)	29,4 (=84)
<i>Amager Øst</i>	50.900	5.400	15.535	10,6 (=110)	30,5 (=87)
Dragør	13.743	1.300	5.332	9,5 (=99)	38,8 (=111)
Tårnby	40.935	4.400	14.715	10,7 (=111)	35,9 (=103)
<u>Glostrup Hospital</u>	132.533	12.900	38.635	9,7 (=101)	29,2 (=83)
Albertslund	27.799	2.500	7.011	8,9 (=93)	25,2 (=72)
Vallensbæk	14.444	1.100	4.565	7,6 (=79)	31,6 (=90)
<i>Ishøj</i>	20.978	2.300	5.384	11,0 (=115)	25,7 (=73)
Glostrup	21.448	2.000	7.782	9,3 (=97)	36,3 (=104)
<i>Høje-Tåstrup</i>	47.864	5.000	13.893	10,4 (=108)	29,0 (=83)
<u>Bornholms Hospital</u>	41.725	5.900	7.081	14,1 (=147)	17,0 (=49)
<i>Bornholms Reg.kommune</i>	41.725	5.900	7.081	14,1 (=147)	17,0 (=49)
<u>I alt Region Hovedstaden</u>	1.695.417	163.700	593.979	9,6 (=100)	35,0 (=100)

Følgende kommuner/bydele har i forhold til regions gennemsnittet et gennemsnitligt højere antal patienter med ryg sygdomme og et gennemsnitligt lavere forbrug af kiropraktiske ydelser:

Gladsaxe, Herlev, Bispebjerg, Brøndby, Hvidovre, Amager Øst, Ishøj, Høje Tåstrup, Bornholm. Disse kommuner fremgår i tabellen med fed og kursiv.

Oplysningerne vedr. antal patienter med ryg sygdomme stammer fra Sundhedsprofil for Region og Kommuner 2010.

NOTAT

Til: **Regionsrådet**

Offentlig høring i forbindelse med Praksisplan for kiropraktik 2013 – 2016 for Region Hovedstaden

Praksisplanens høringsparter:

De 29 kommuner i Region Hovedstaden

Danske Fysioterapeuter

Danske Patienter

Danske Handicaporganisationer

Lægeforeningen Region Hovedstaden

Hospitaler i Region Hovedstaden, herunder Region Hovedstadens Psykiatri

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

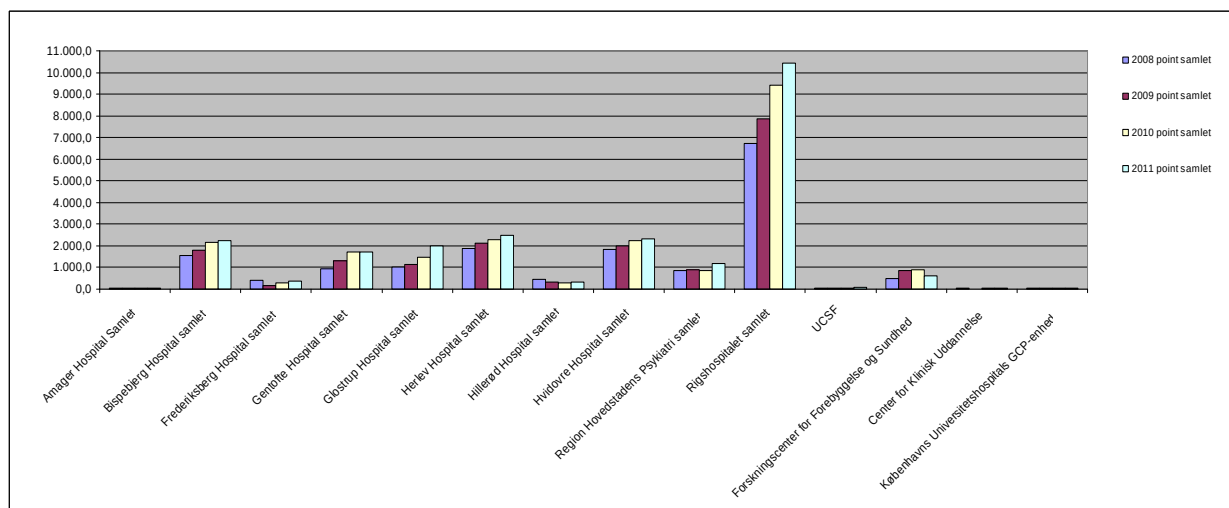
Sag nr. 6

Emne: Forslag til handlingsplan 2013-2014 for politik for sundhedsforskning 2020 samt forskningsevaluering 2012

3 bilag

REGION

SUNDHEDSFORSKNING



**Forskningsevaluering 2012 - oversigt
vedr. 2011-data for Region Hovedstaden**
Oktober 2012

1. Indledning

Forskningsevaluering 2012 er den fjerde forskningsevaluering og baserer sig på resultaterne fra 2011. Den regionale forskningsevaluering er baseret på data om videnskabelige publikationer (JIF), produktion af akademiske grader, indtægter fra eksterne fonds- og forskningsbevillinger, udstedte patenter samt indtægter fra forskningskontrakter med erhvervslivet. Med den seneste evaluering gives en aktuel samlet status på forskningen samt et billede af udviklingen på de enkelte hospitaler og afdelinger i regionens sundhedsvæsen. På nuværende tidspunkt er regionens praksissektor ikke medtaget i regionens forskningsevaluering, hvilket skyldes praktiske årsager med adgang til og indsamling af data. Muligheden for at inddrage praksissektoren vil blive undersøgt i forbindelse med næste års forskningsevaluering.

De pointgivende forskningsaktiviteter er fastlagt og vægtet ud fra, hvilken forskningsmæssig indsats, de forskellige indikatorer afspejler. Som aftalt anvendes Journal Impact Factor (JIF) i regionens interne model, fordi det er med til at give en mere nuanceret beskrivelse af forskningsaktiviteterne. Samtidig er der et omfattende grundlag for at bruge JIF til at belyse forskningsaktivitet og -kvalitet på det sundhedsvidenskabelige område. Regionens forskningsevalueringens model er vedlagt bagest i denne oversigt.

Det skal nævnes, at regionens publikationsindikator på nogle punkter adskiller sig fra den nationale forskningsindikator, idet sidstnævnte model ikke inddrager JIF, men er simplere ved at inddele publikationskanaler i 2 niveauer, hvor fordelingen mellem niveau 1 (det normale niveau) og niveau 2 (det høje niveau) er 80 % af fagets publiceringer på verdensplan på niveau 1 og 20 % på niveau 2. Samtidig foretages der fraktionering, når der er mere end én forfatter på én publikation i den nationale model.

Den foreliggende evaluering giver et overblik over regionens samlede forskningsaktivitet og kvalitet ved hjælp af en fælles indikator. Den viser dermed også de mest produktive og kvalificerede forskningsmiljøer og -områder. Det er nu fjerde gang evalueringssmodellen er blevet anvendt, hvilket betyder, at det overordnede billede må anses for validt.

Med data for forskningsevaluering for hele Region Hovedstaden fra 2008 til og med 2011 er der som ønsket ved modellens vedtagelse dannet basis for, at den fælles evalueringssindikator som værktøj på sigt bidrage til at:

- Følge udviklingen inden for de enkelte forskningsområder, herunder særligt de prioriterede forskningsområder
- Skabe overblik og gennemsigtighed i forhold til regionens forskningsområder
- Sammenligne forskningsområder på tværs af regionens virksomheder samt nationalt og internationalt
- Synliggøre og profilere regionens forskning, herunder forskningsstyrkerne
- Understøtte strategisk udvalgte forskningsområder, herunder styrke udvikling af flere excellente og spirende forskningsmiljøer

2. Hovedkonklusioner fra evalueringen

Med Forskningsevaluering 2012 begynder man at se klare tendenser i udviklingen af regionens sundhedsforskning. Overordnet viser evalueringen, at regionens forskning er i fortsat fremgang. I forhold til den første evaluering fra 2008 dokumenteres en tydelig fremgang af forskningsindsatsen på trods af store organisatoriske ændringer og økonomiske udfordringer.

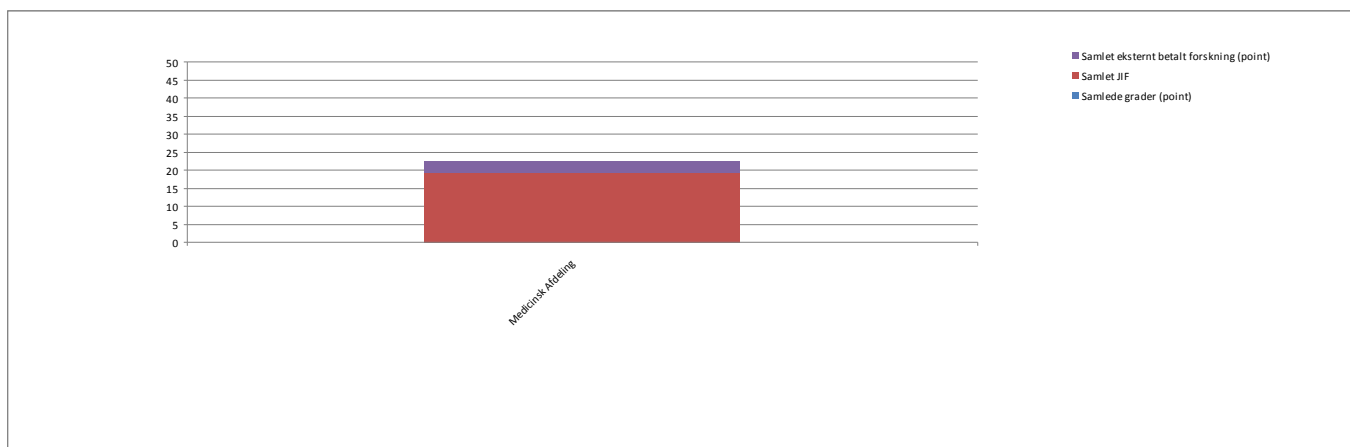
Samlet blev der i 2011 publiceret omkring 3.000 videnskabelige artikler. Regionen har i 2011 nu 40 afdelinger med over 200 point, som betragtes at være et højt forskningsniveau, hvor tallet i 2008 var 29. Samtidigt er der også i 2011 14 afdelinger på rigtigt højt niveau med point over 400 mod 8 afdelinger i 2008. Evalueringen tydeliggør, at der er meget stærke forskningsmiljøer på fleste af regionens hospitaler og i psykiatrien, hvor Rigshospitalet stadig er regionens forskningsmæssige flagskib med flest afdelinger på både over 200 og over 400 point.

Opgørelsen over ressourceforbruget til regionens forskningsindsats (se side 22-23) viser, at der i 2011 blev brugt i alt 1,7 mia. kr. – hvoraf knap halvdelen er betalt af eksterne parter (såsom fonde og erhvervsvirksomheder), og resten er internt betalt. Der er således registreret en pæn stigning fra 2010, hvor der blev brugt knap 1,4 mia. kr. Der er i alt 3.318 aktive forskere og 760 teknisk & administrativt hjælpepersonale. Der ses en stigning i antallet af professorer, post doc.s og øvrige forskere med kandidatuddannelse. I alt var der pr. 31. december 2011 88 udenlandske forskere ansat på hospitalerne.

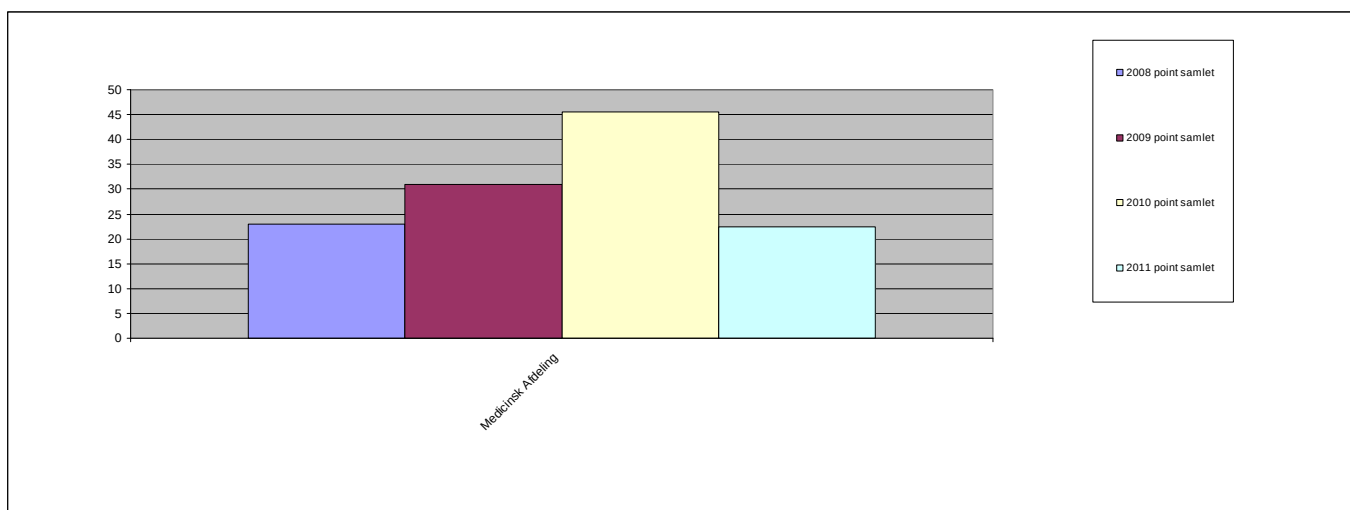
Forskningsevaluering 2012 viser en generelt stigende opmærksomhed på registrering af forskningen og de anvendte forskningsressourcer på hospitalerne og afdelingerne. Samtidig har både den regionale og lokale administration fortsat fokus på udvikling af datakvalitet og registreringsproces, således at implementeringen af PURE (regionens forskningsregistreringssystem) yderligere kan understøtte den fremtidige indsamling af data til brug i både forskningsevalueringen, såvel som den regionale ledelsesinformation og synliggørelse af regionens forskning.

Amager Hospital

Resultat af 2011-data

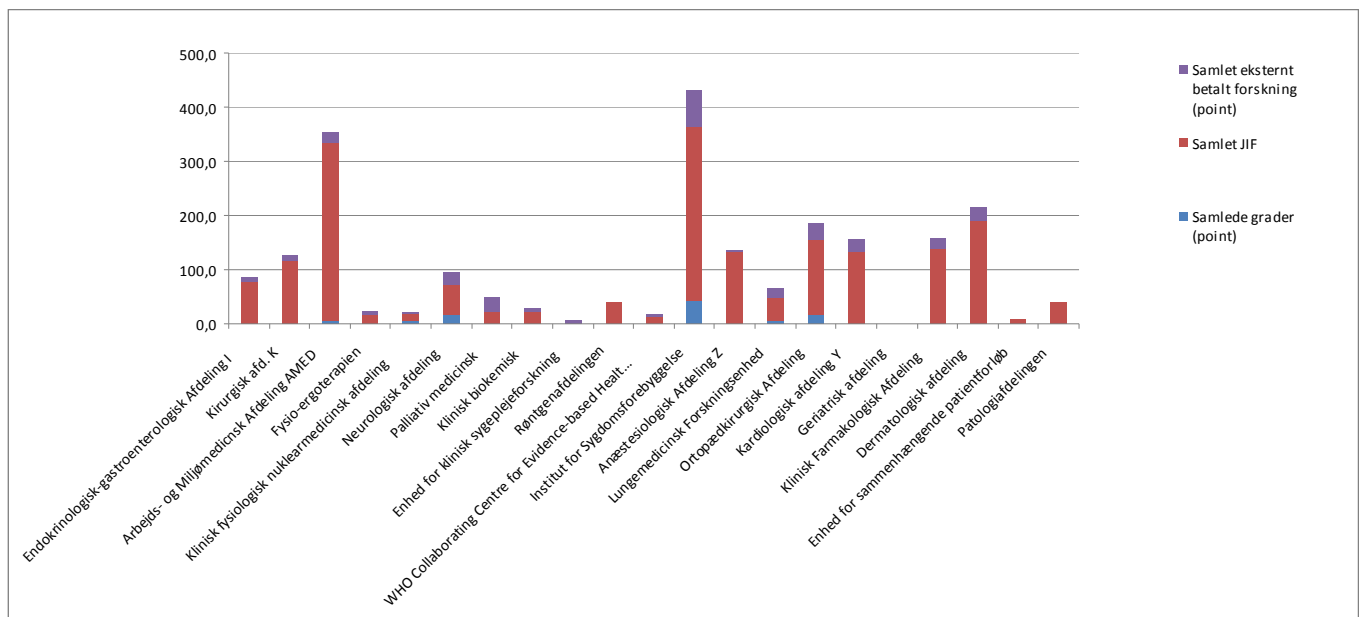


Udvikling frem til 2011

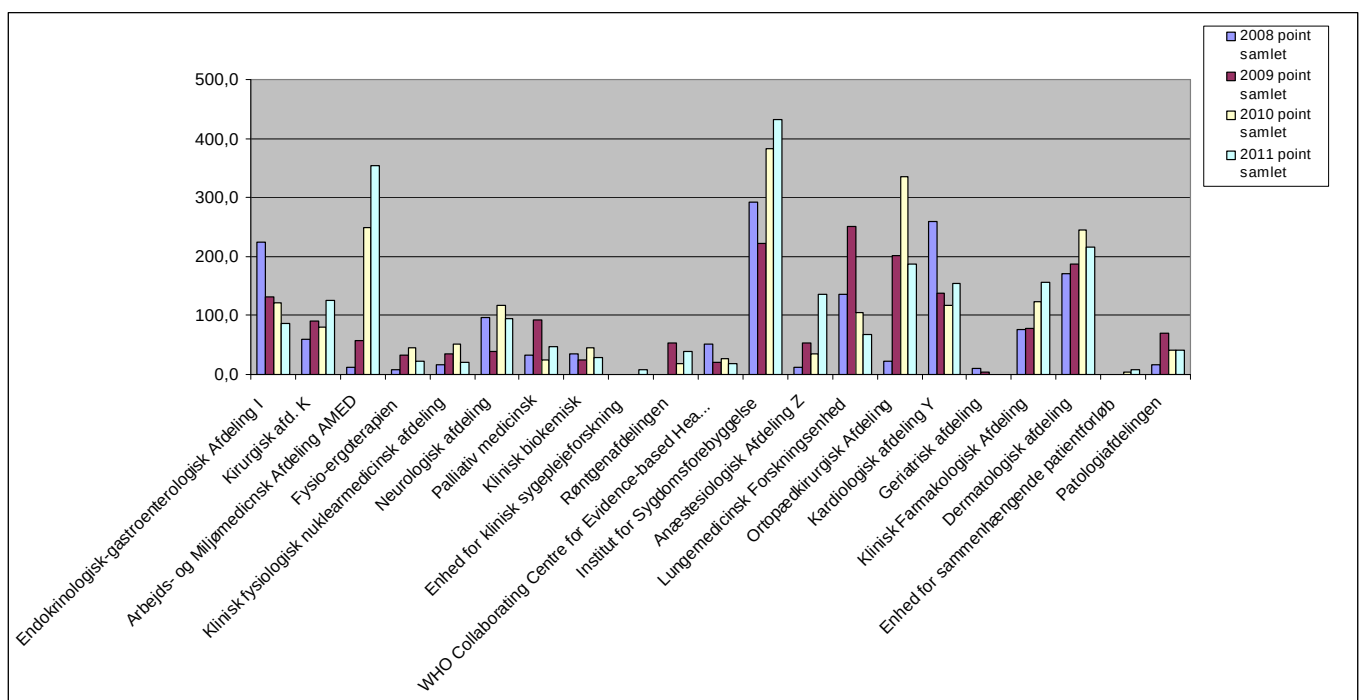


Bispebjerg Hospital

Resultat af 2011-data

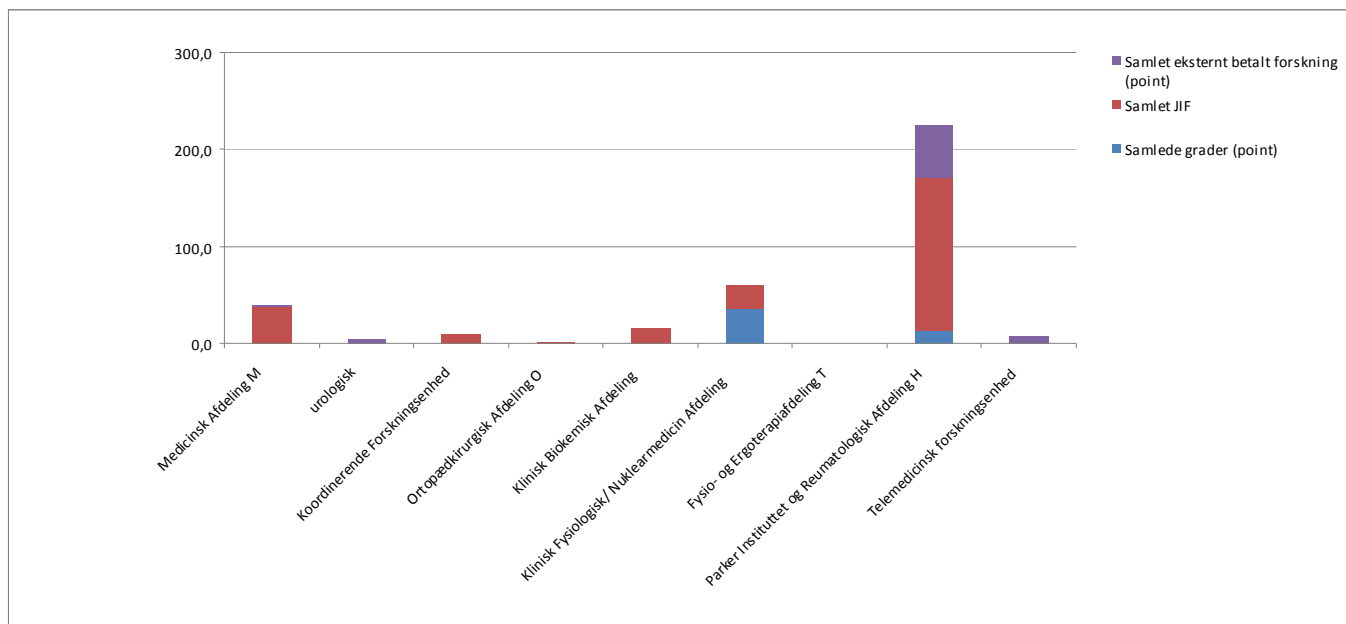


Udvikling frem til 2011

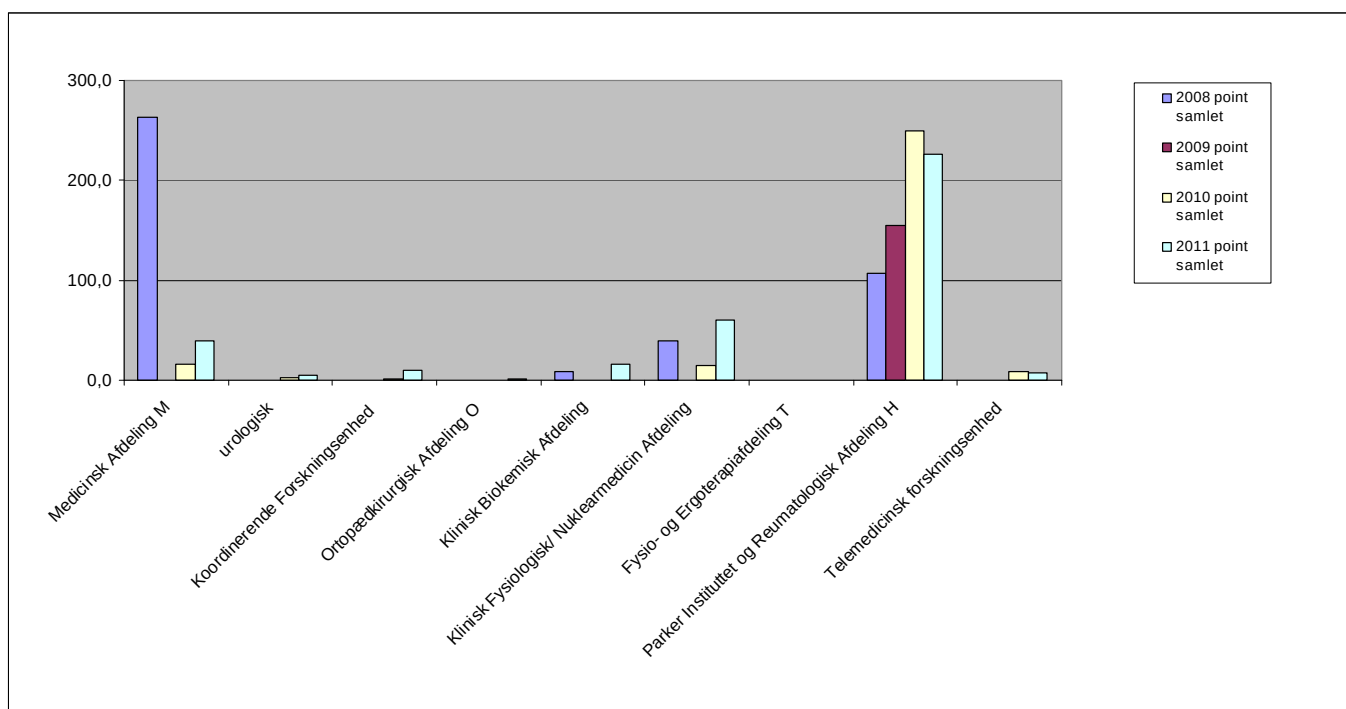


Frederiksberg Hospital

Resultat af 2011-data

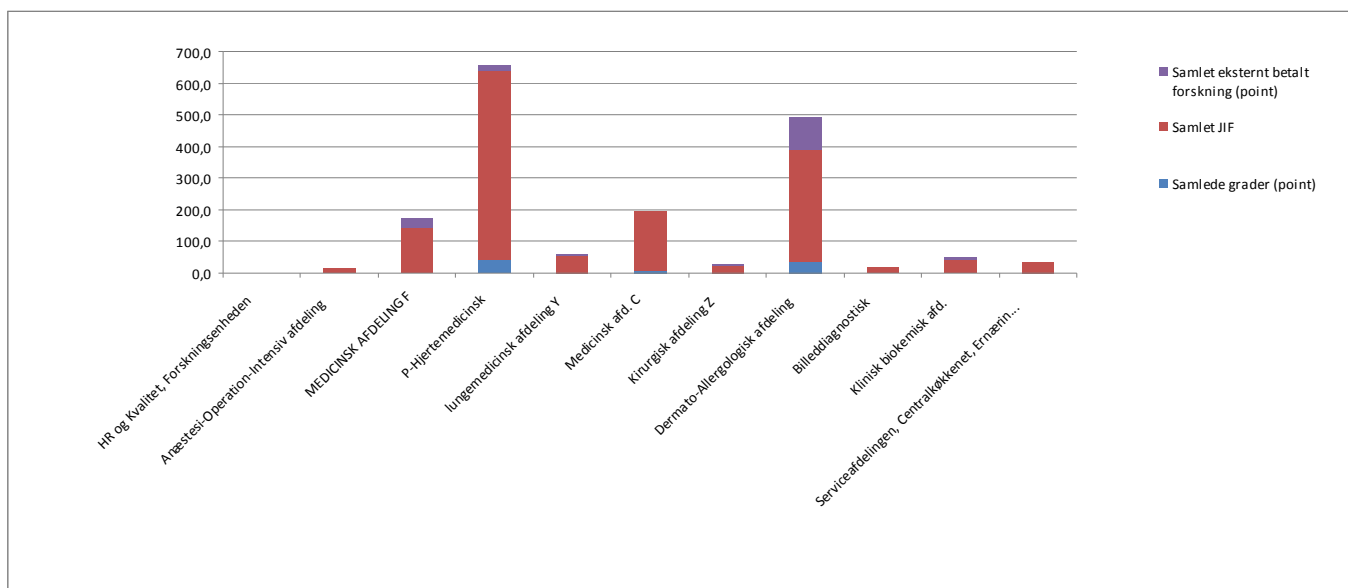


Udvikling frem til 2011

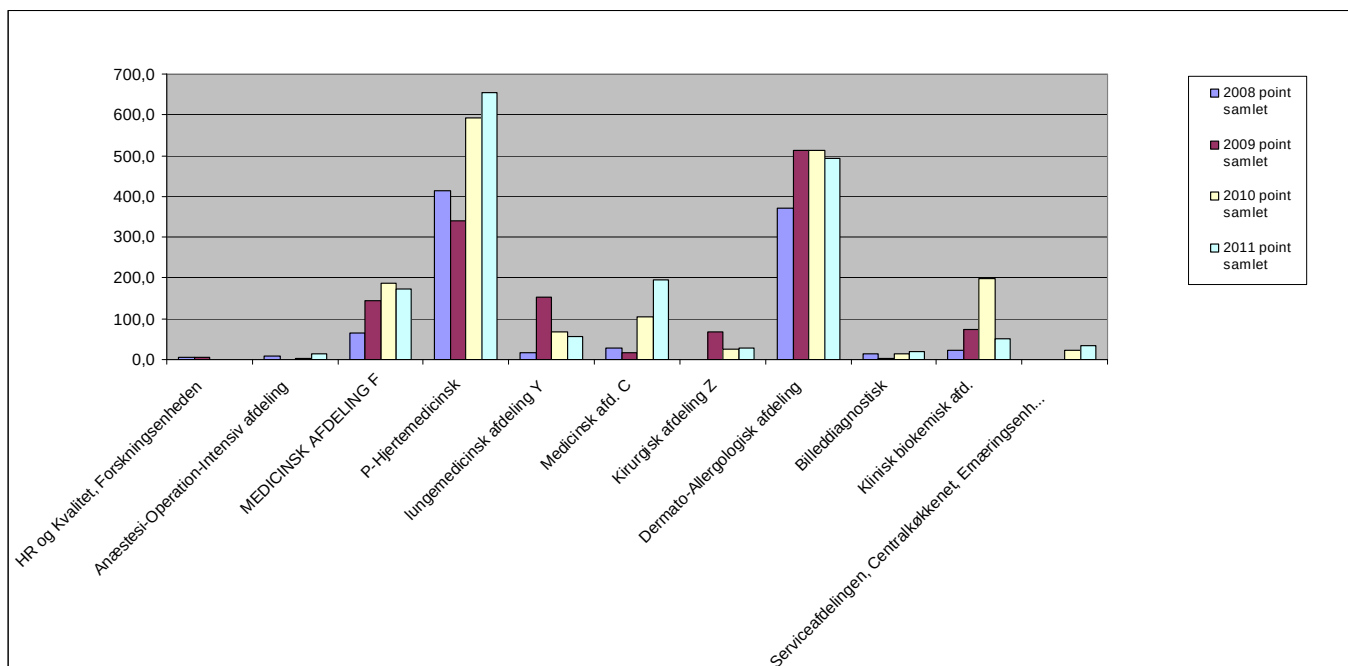


Gentofte Hospital

Resultat af 2011-data

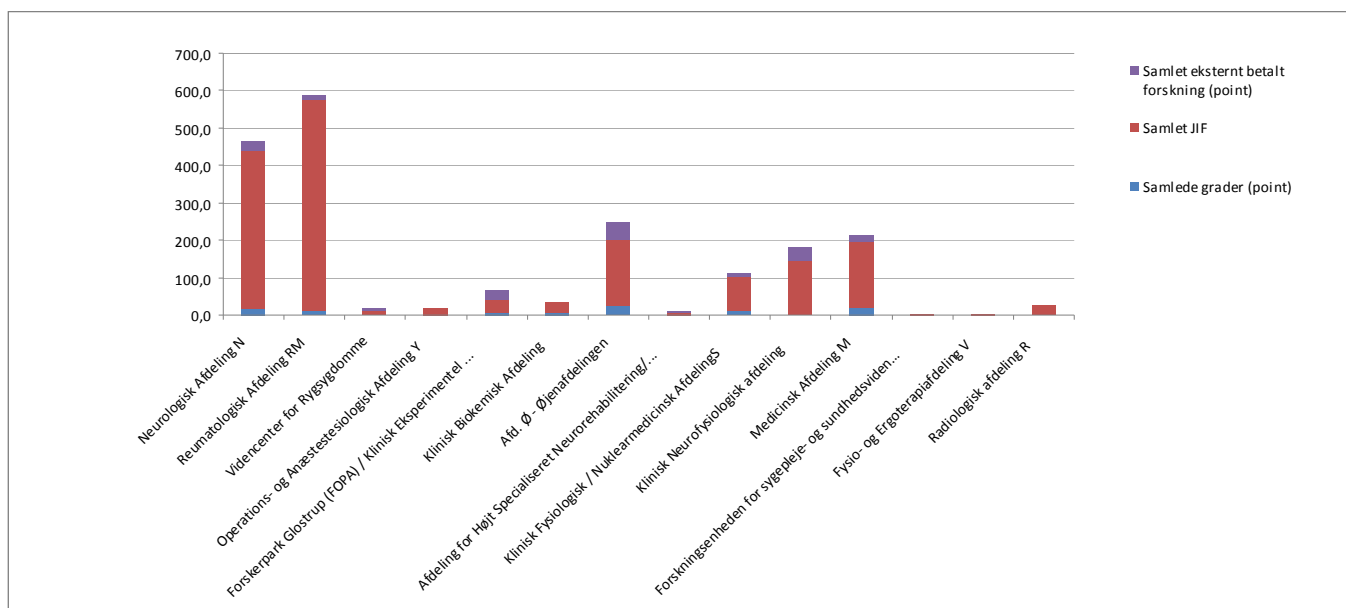


Udvikling frem til 2011

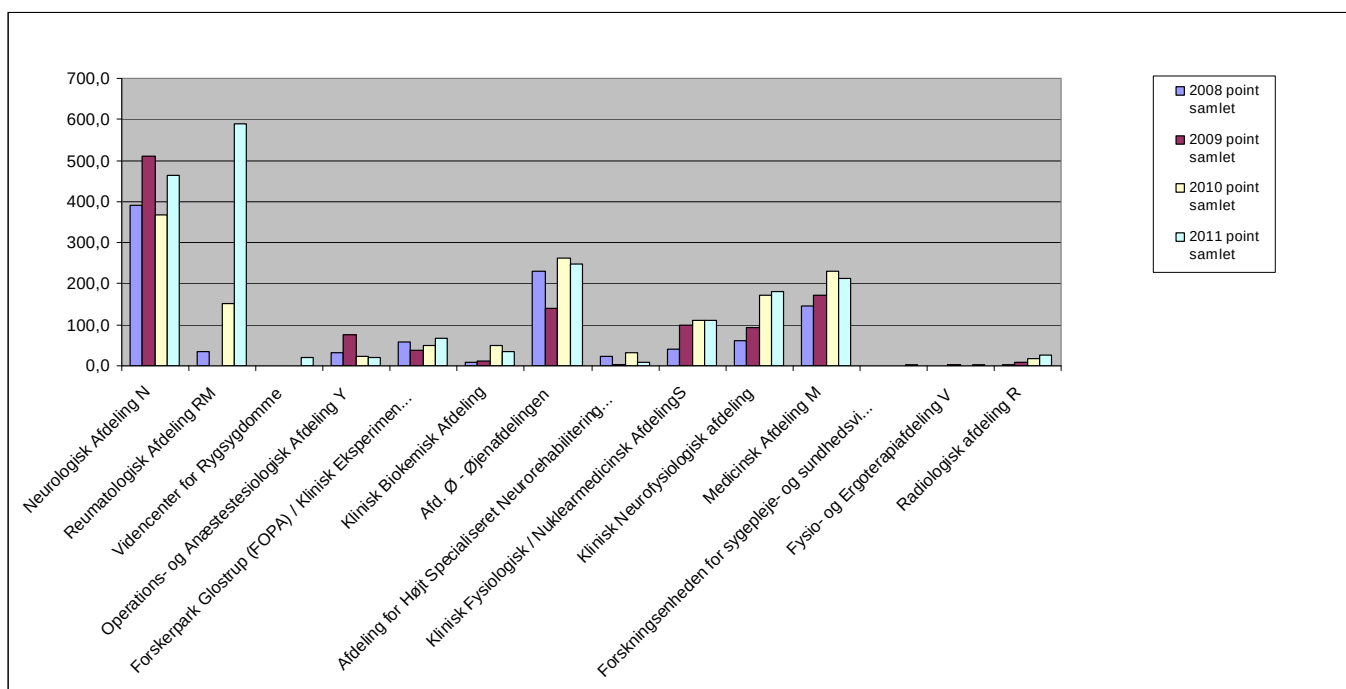


Glostrup Hospital

Resultat af 2011-data

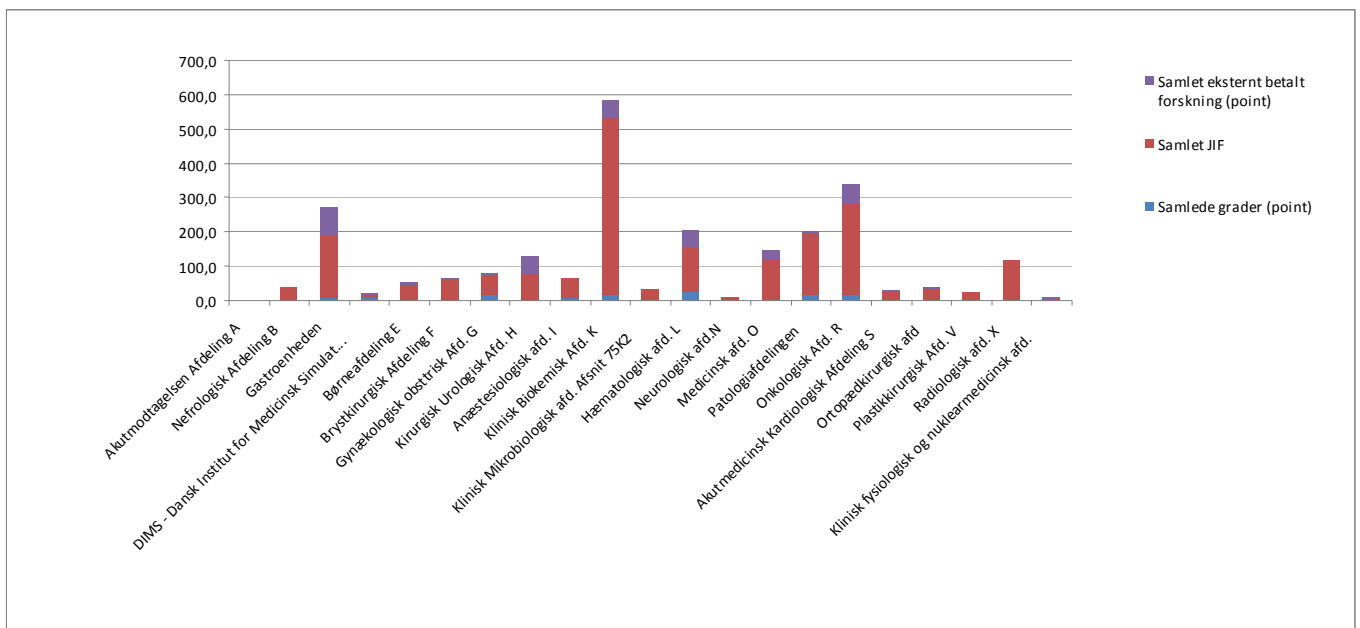


Udvikling frem til 2011

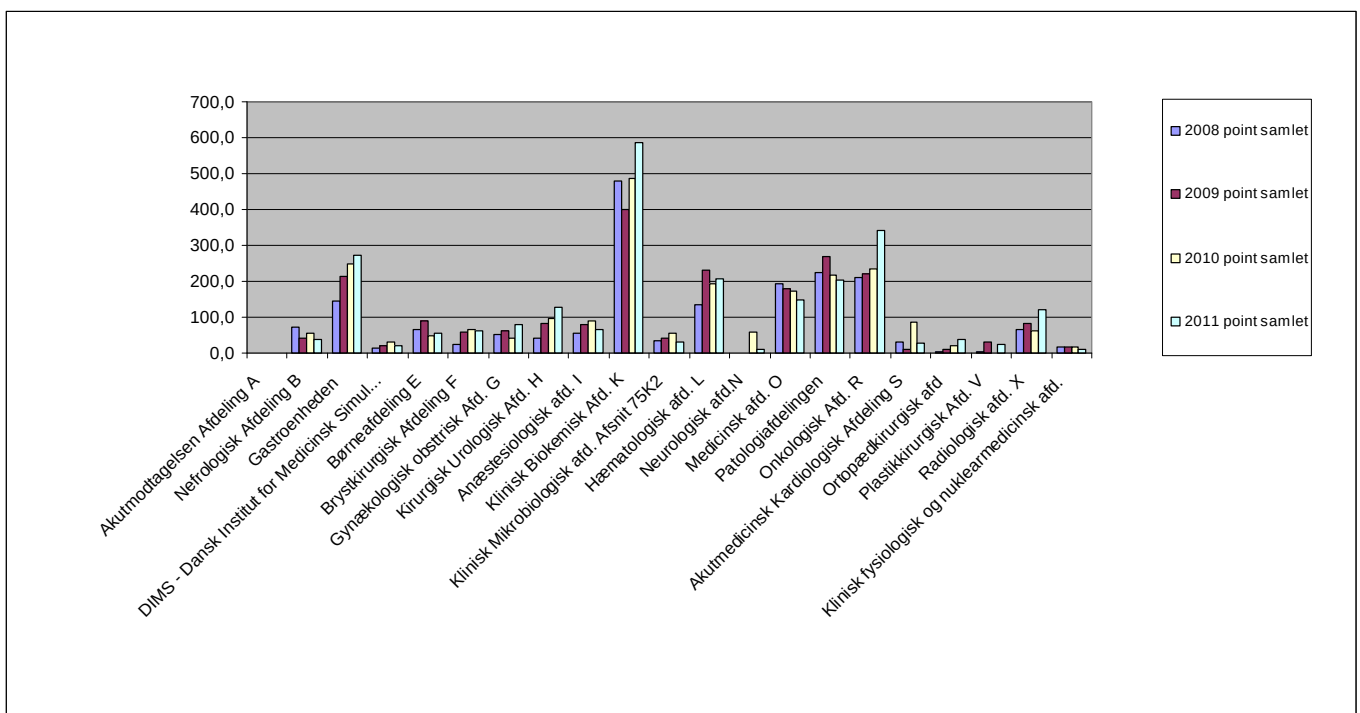


Herlev Hospital

Resultat af 2011-data

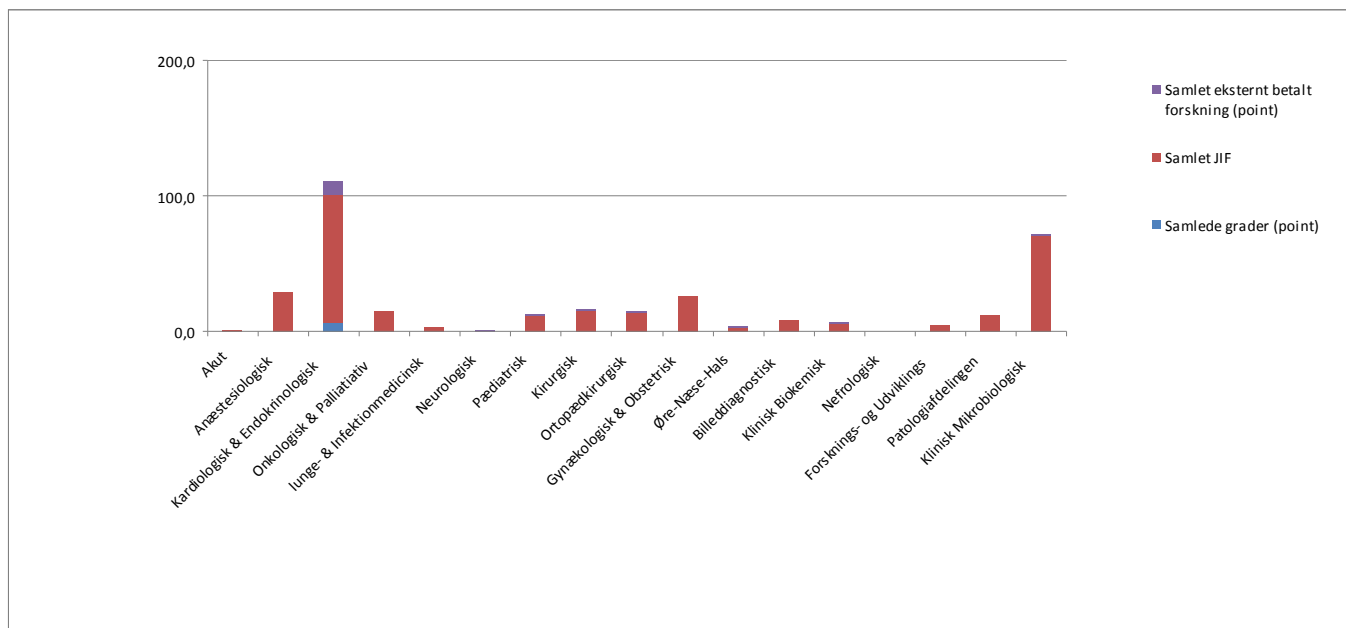


Udvikling frem til 2011

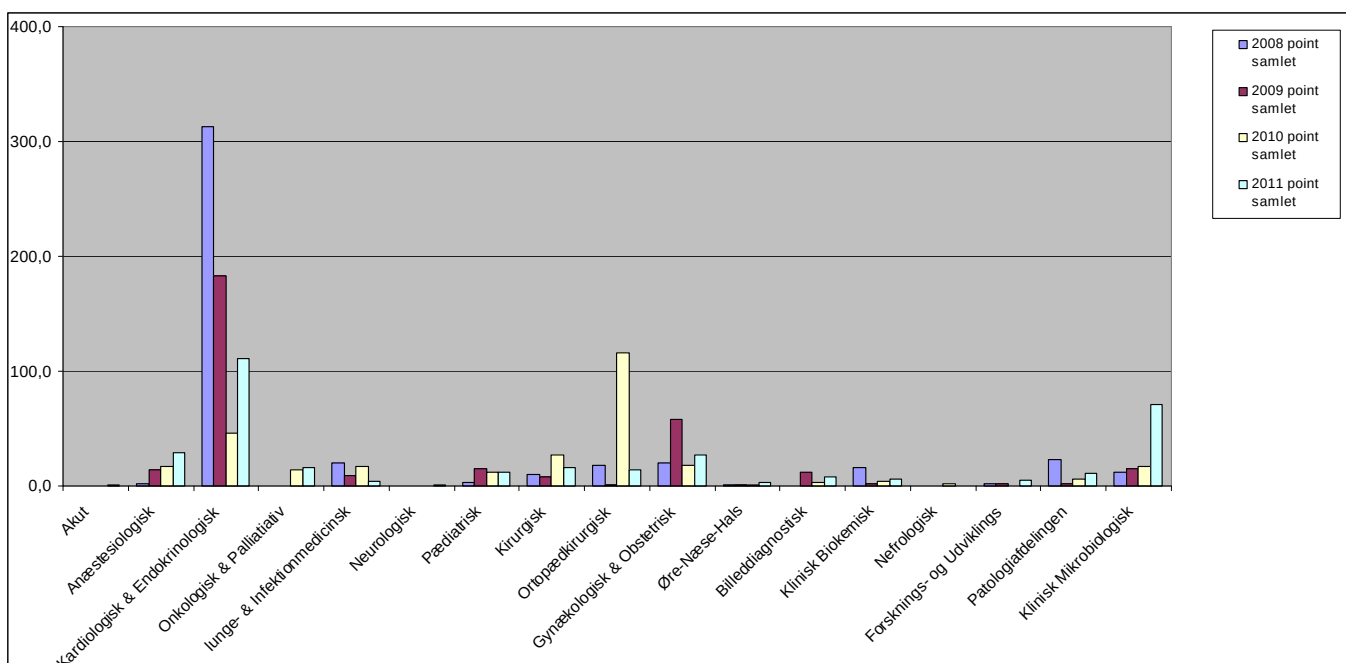


Hillerød Hospital

Resultat af 2011-data

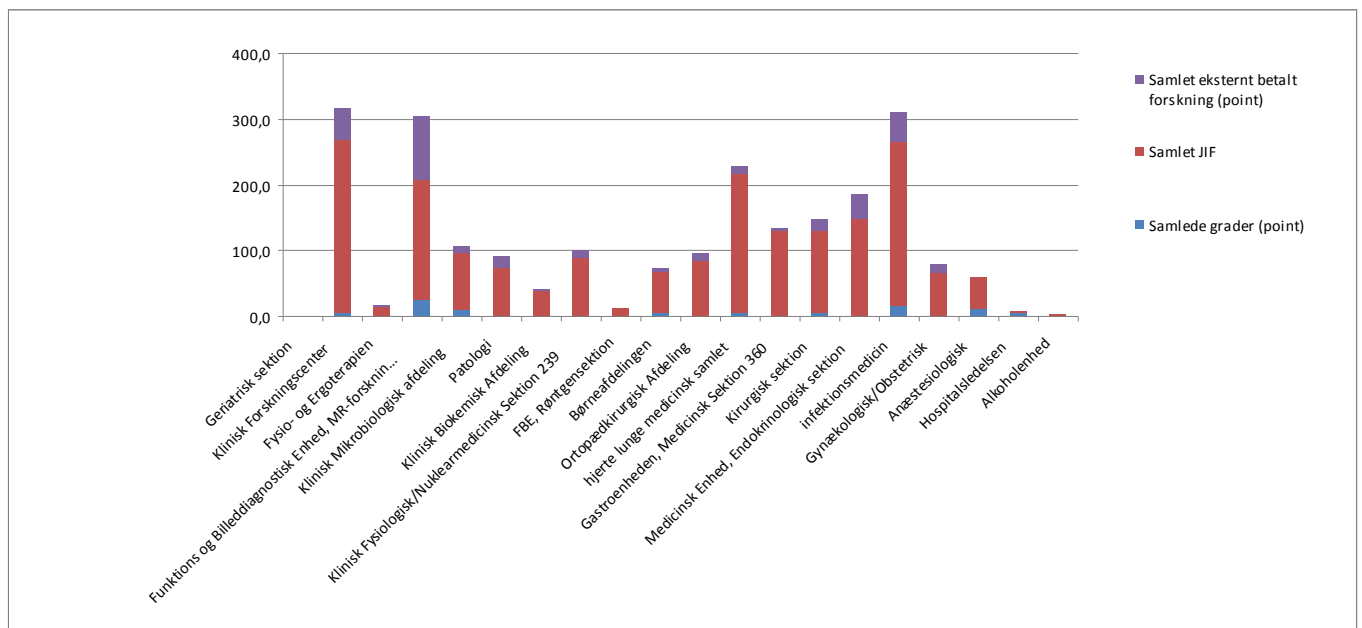


Udvikling frem til 2011

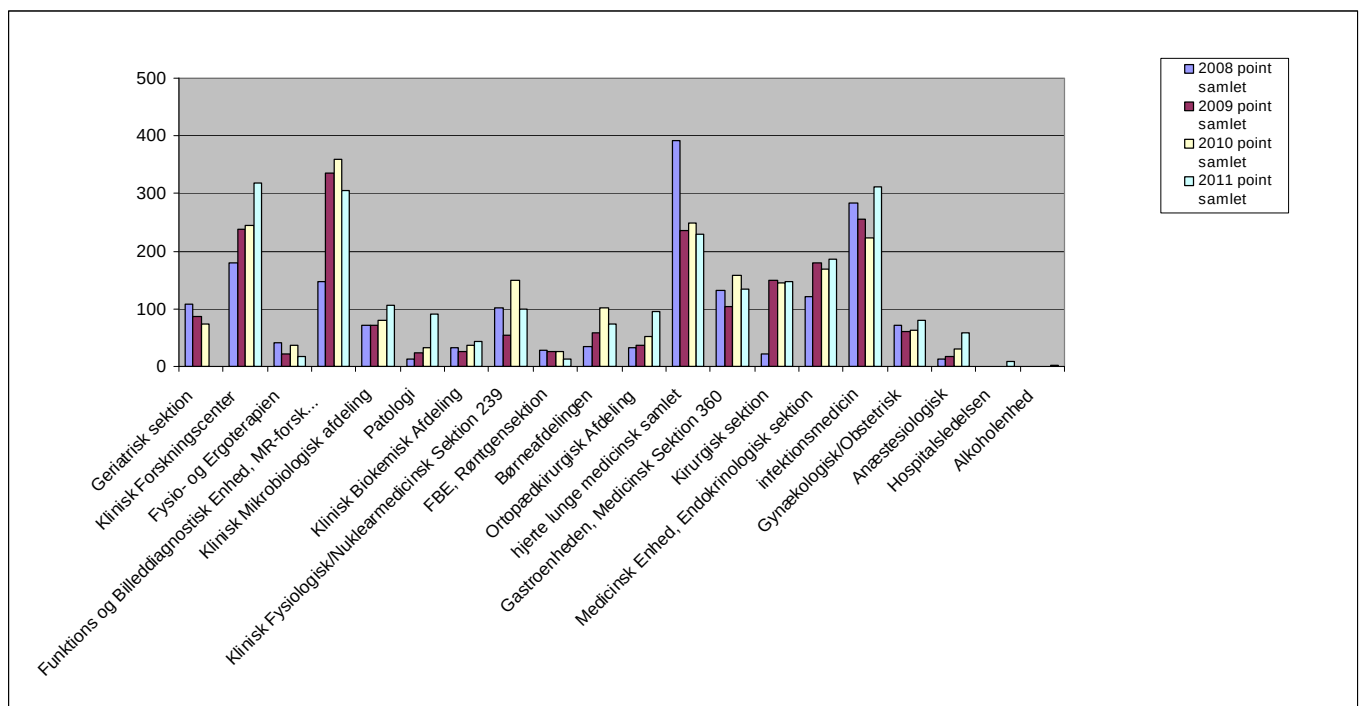


Hvidovre Hospital

Resultat af 2011-data

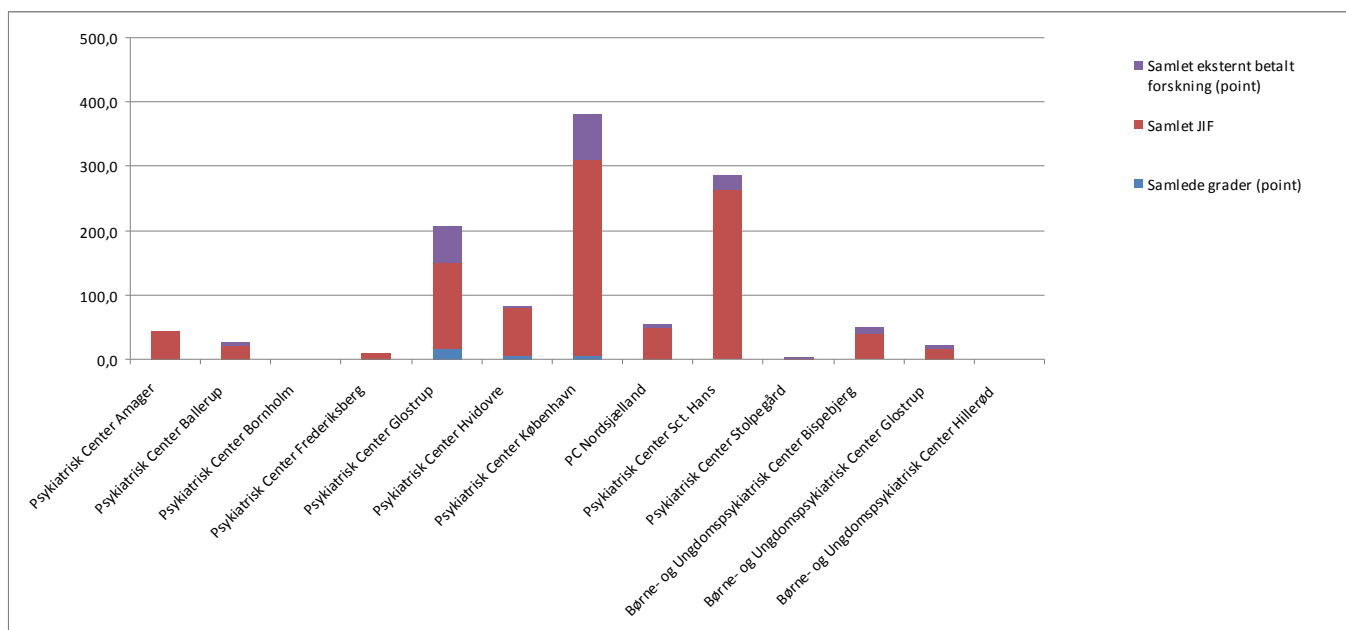


Udvikling frem til 2011

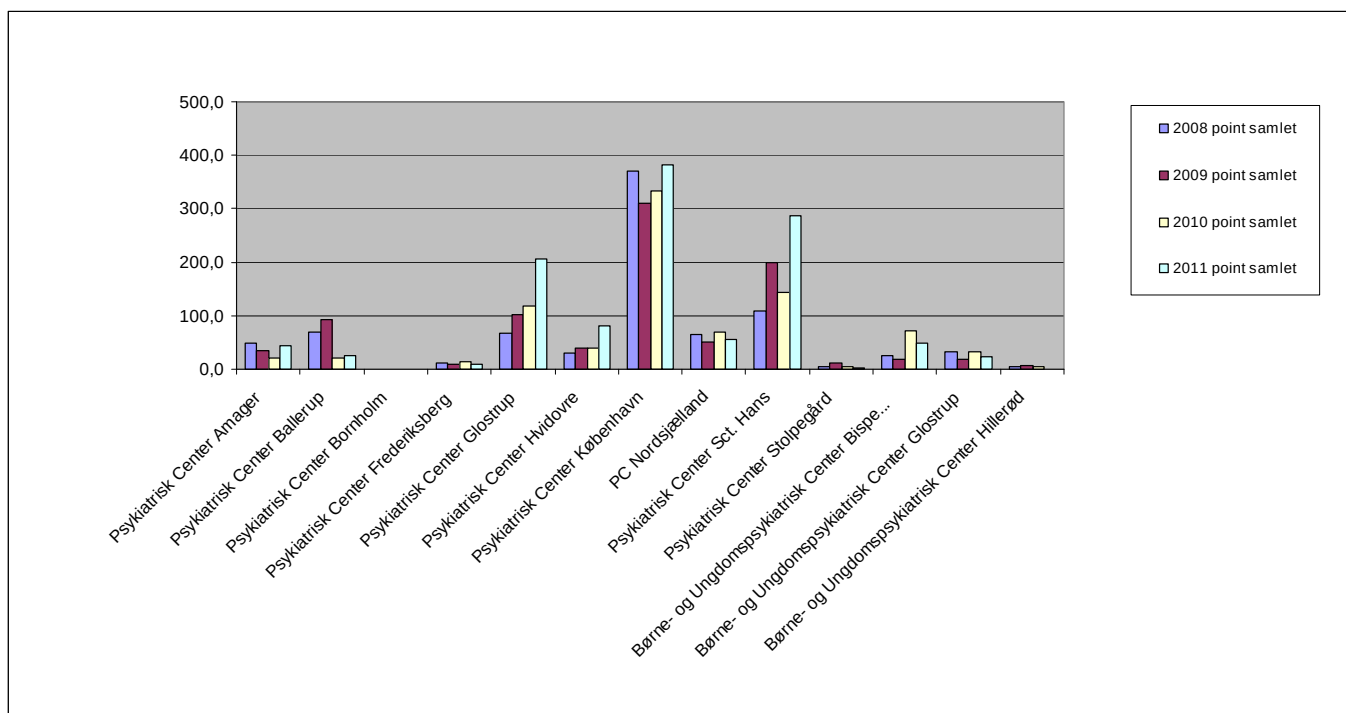


Region Hovedstadens Psykiatri

Resultat af 2011-data

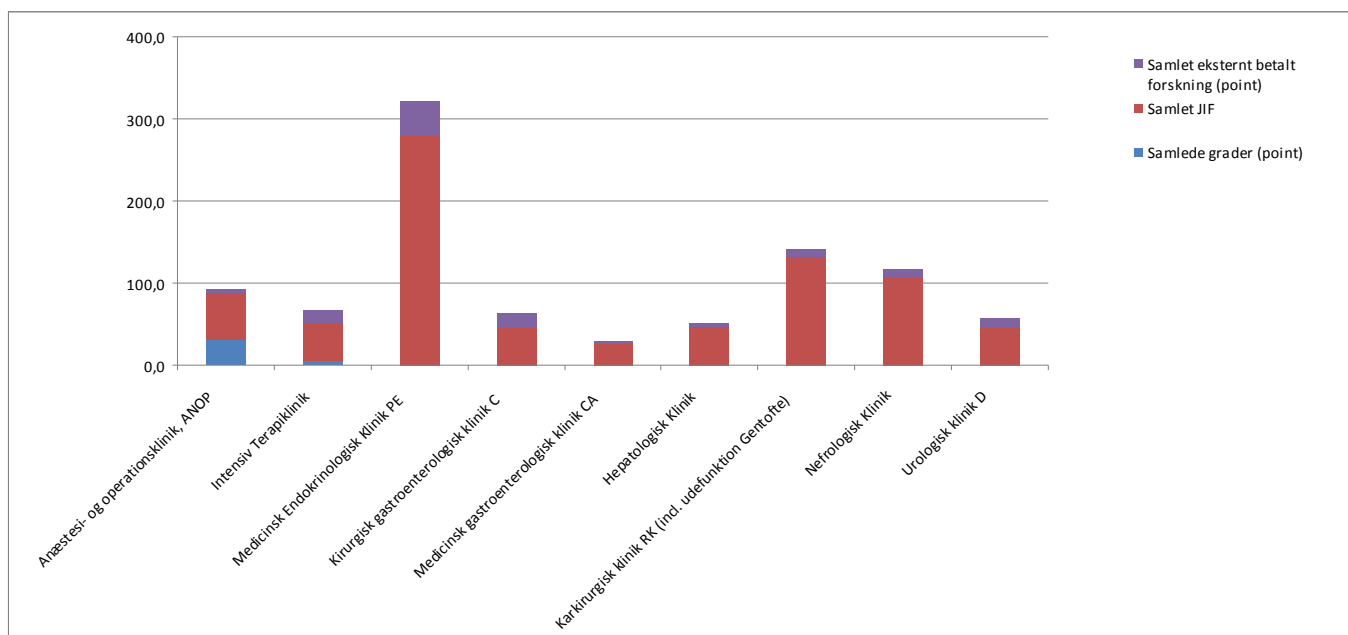


Udvikling frem til 2011

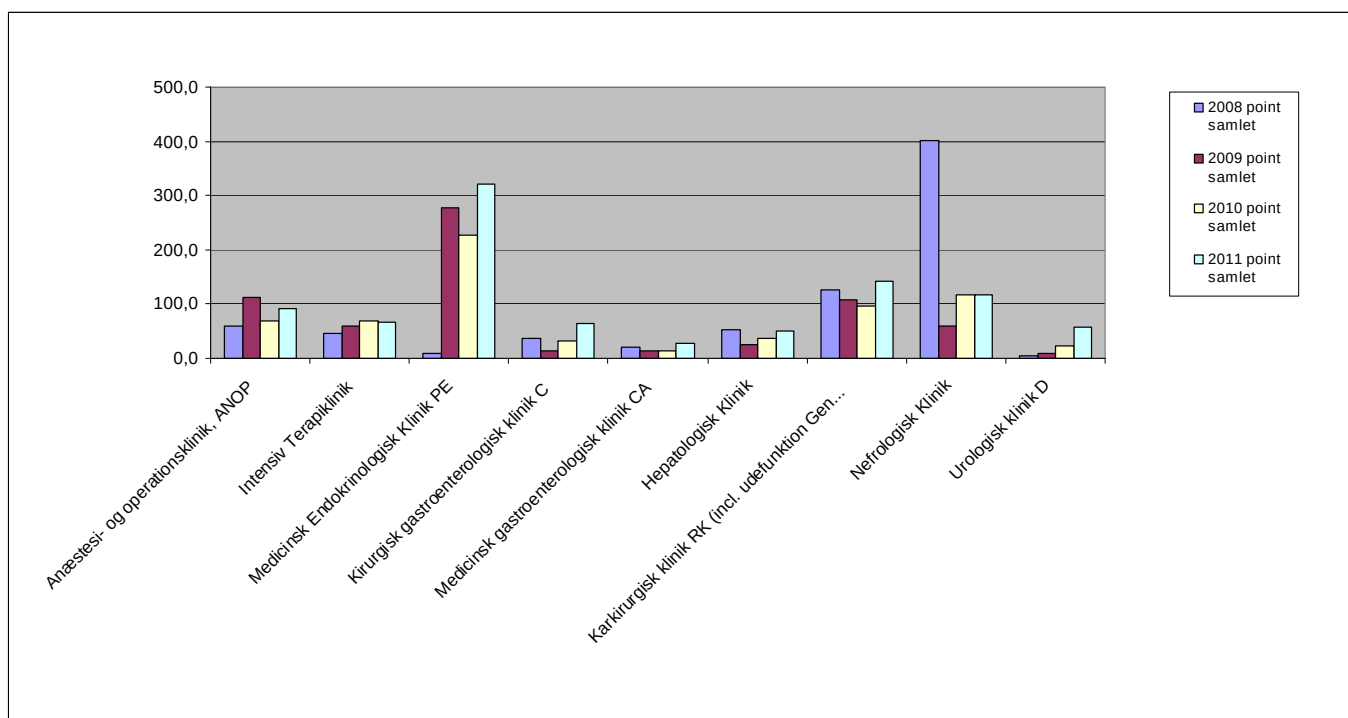


Rigshospitalet Abdominal Center

Resultat af 2011-data

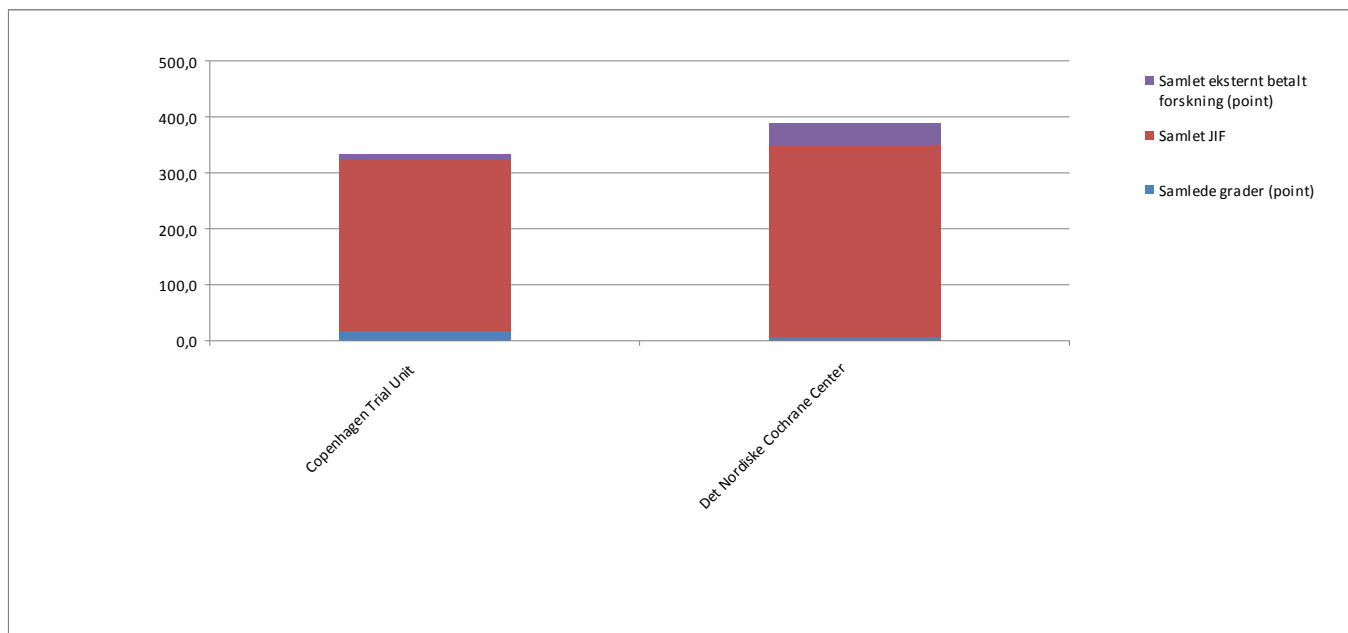


Udvikling frem til 2011

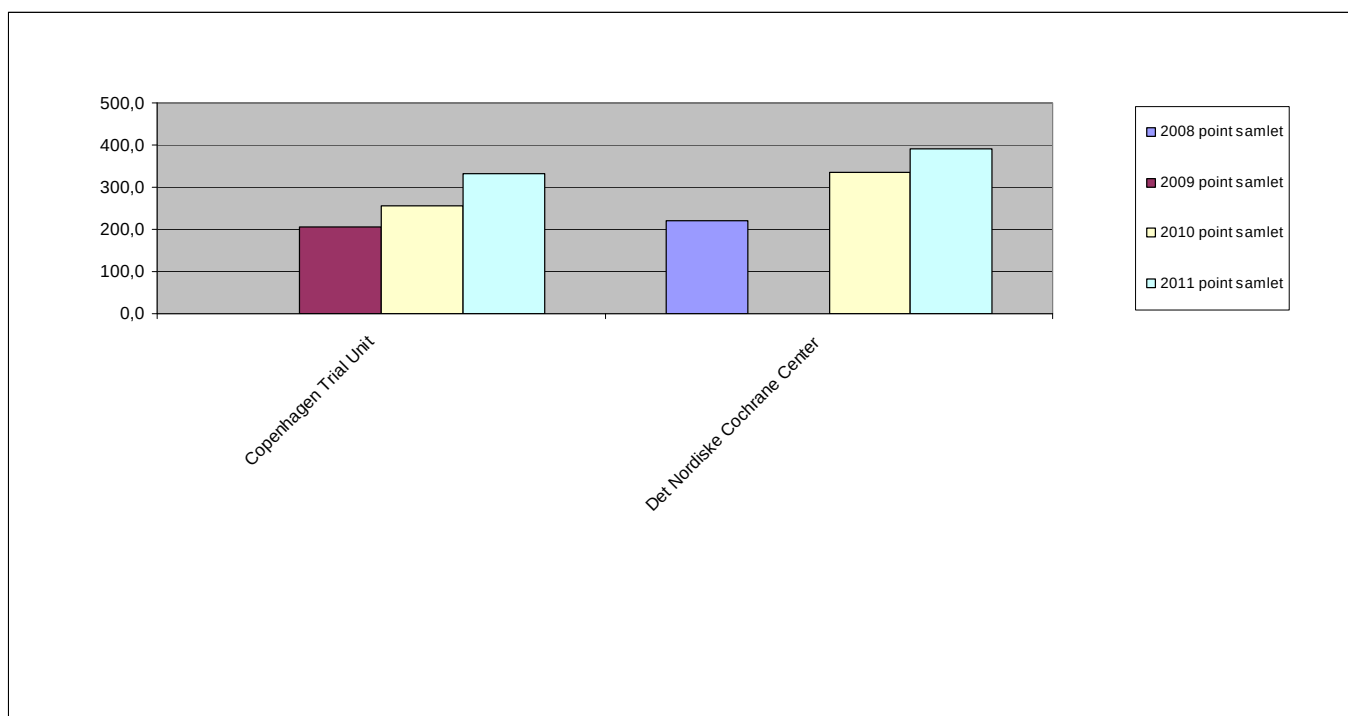


Rigshospitalet CochraneCentret

Resultat af 2011-data

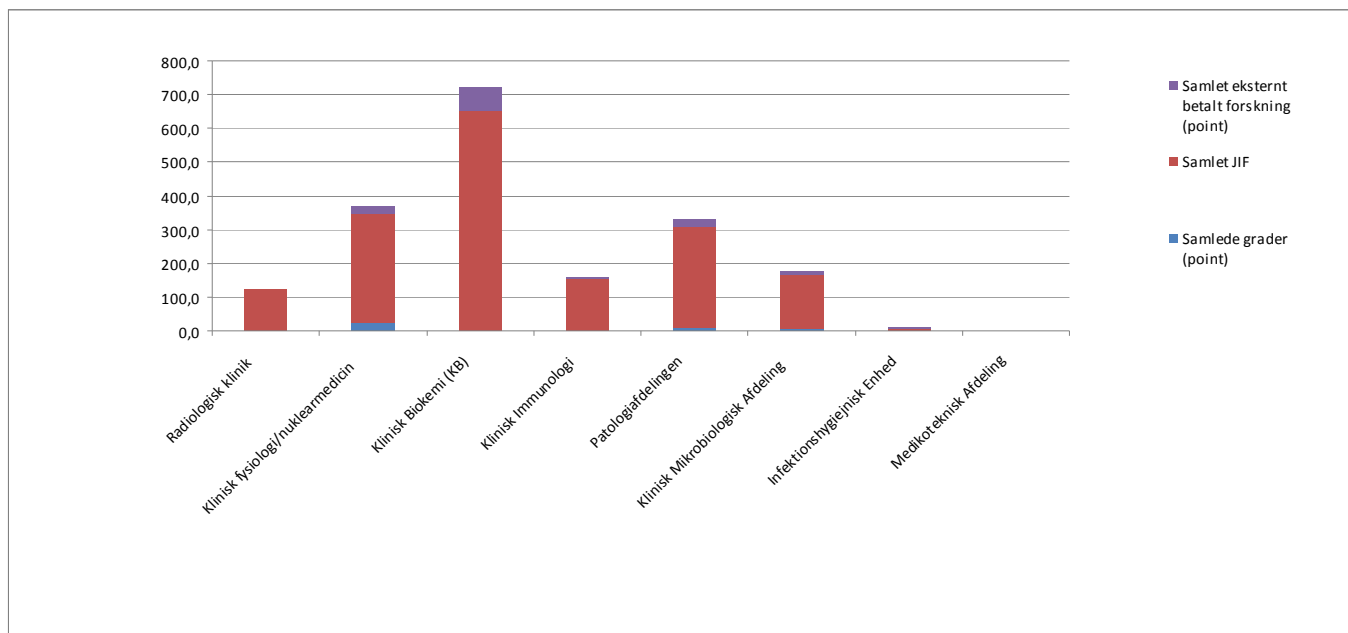


Udvikling frem til 2011

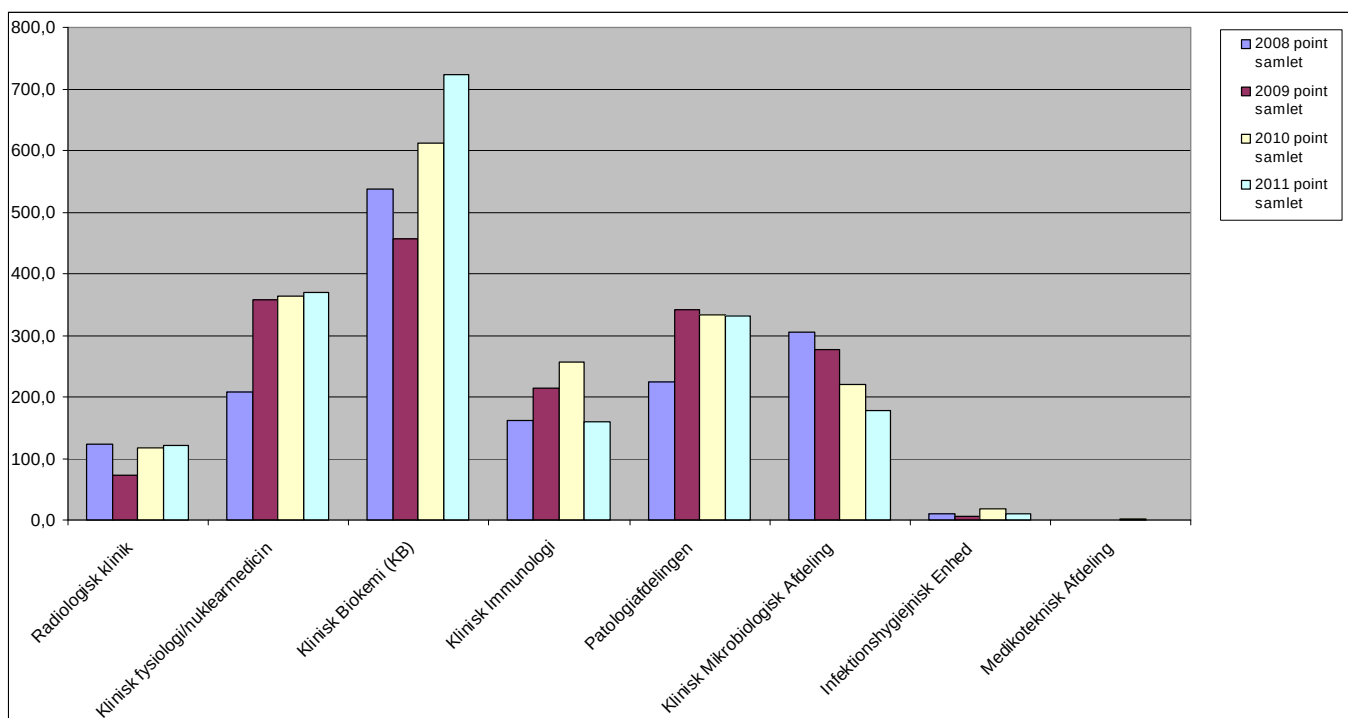


Rigshospitalet Diagnostisk Center

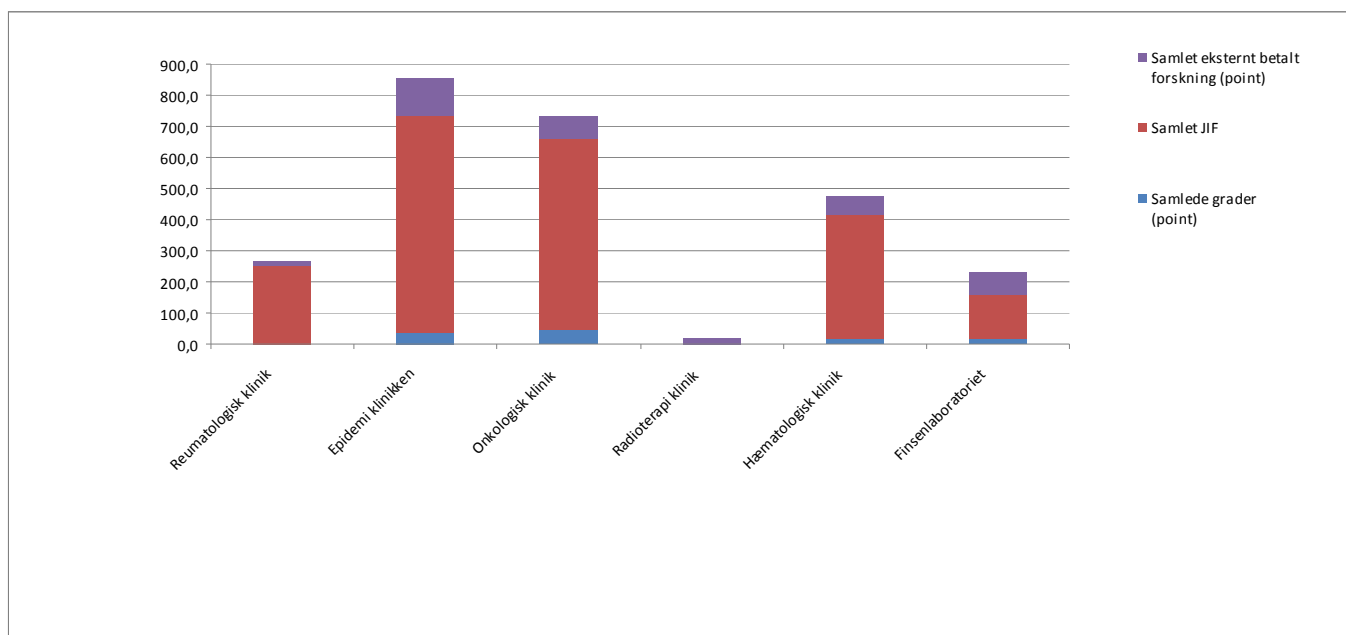
Resultat af 2011-data



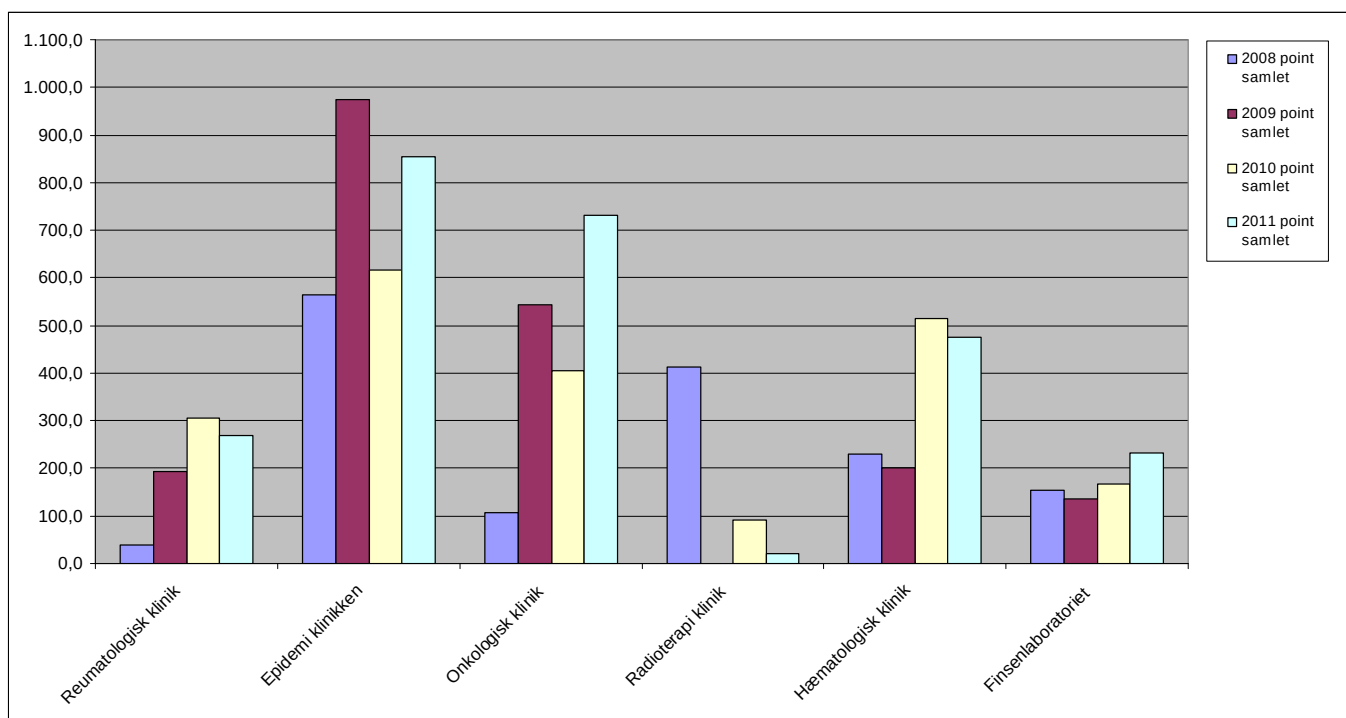
Udvikling frem til 2011



Resultat af 2011-data

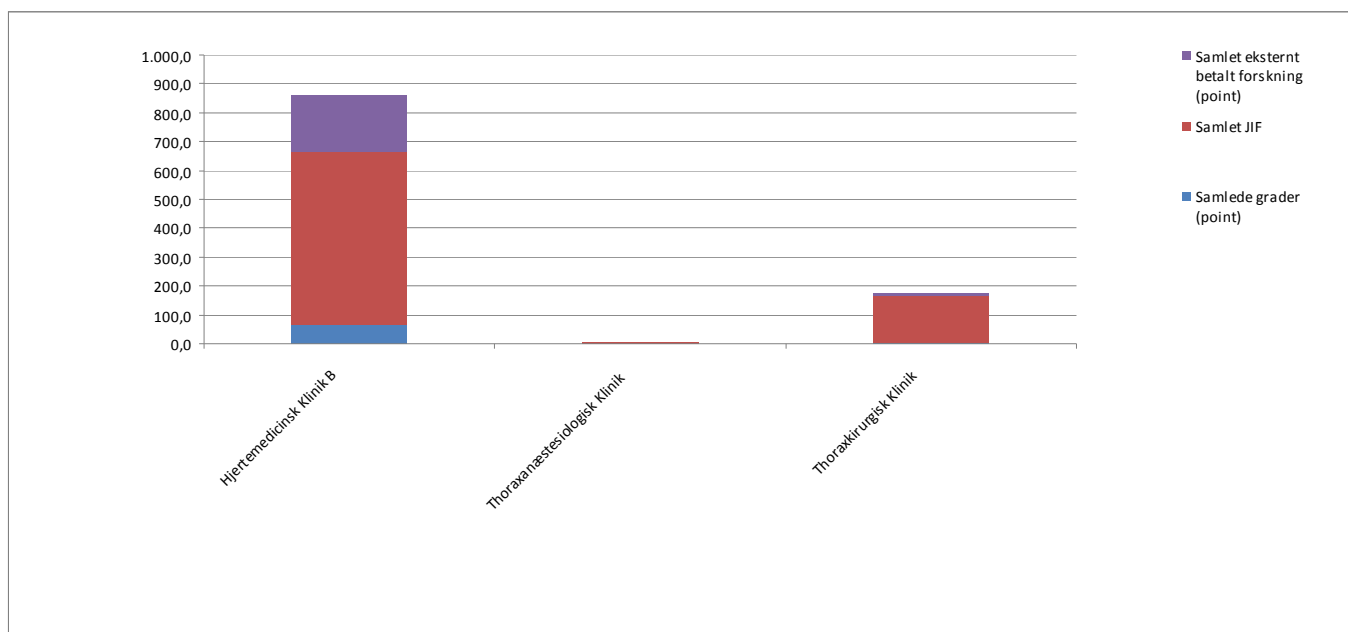


Udvikling frem til 2011

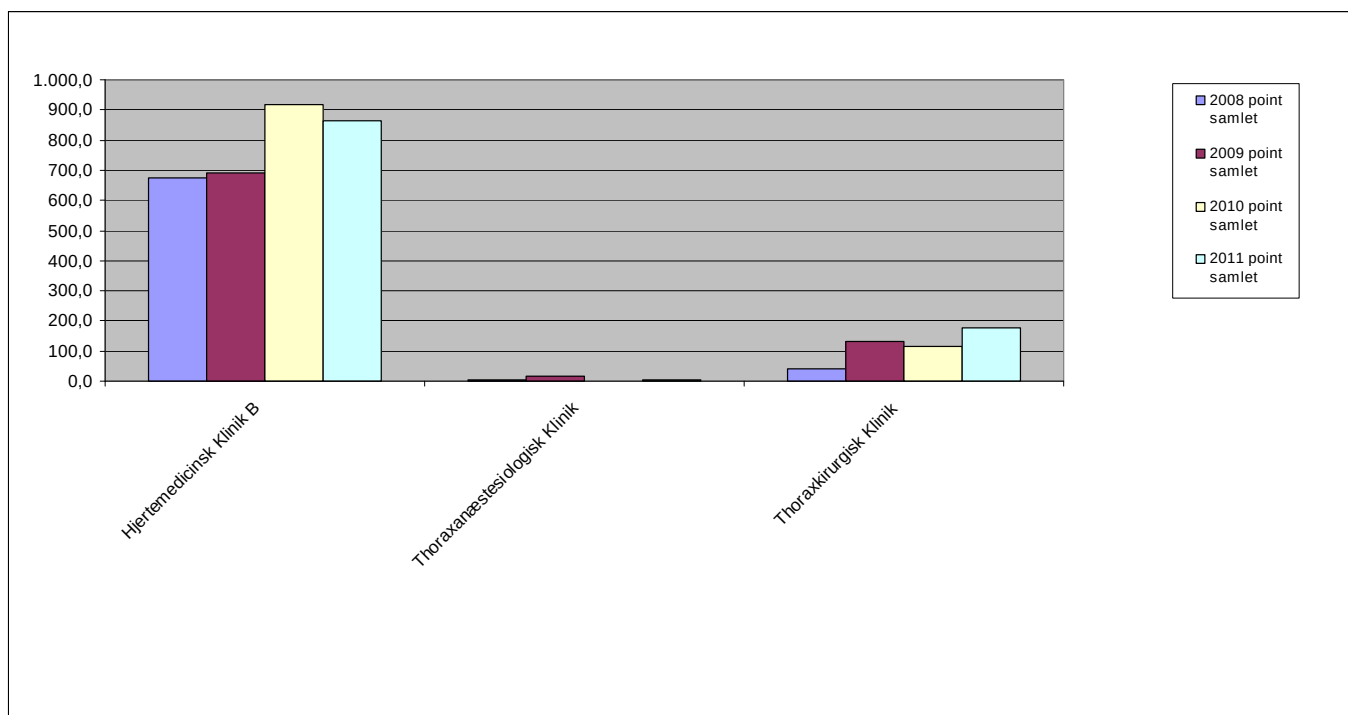


Rigshospitalet Hjertecentret

Resultat af 2011-data

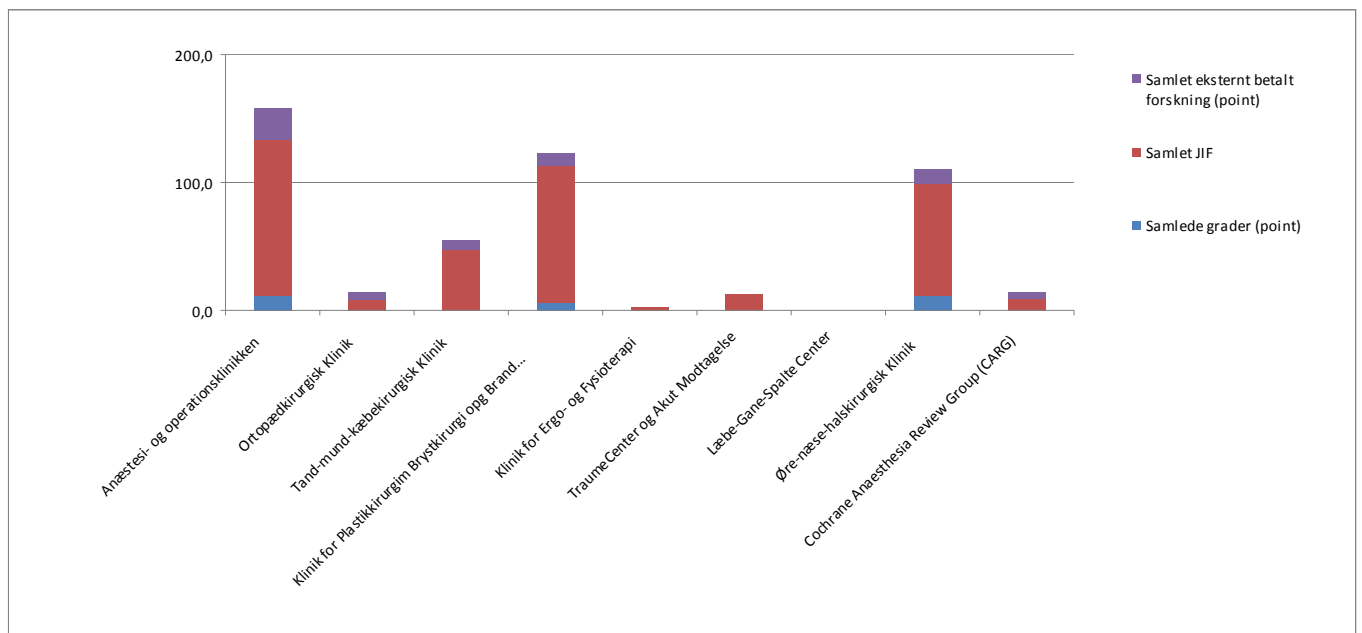


Udvikling frem til 2011

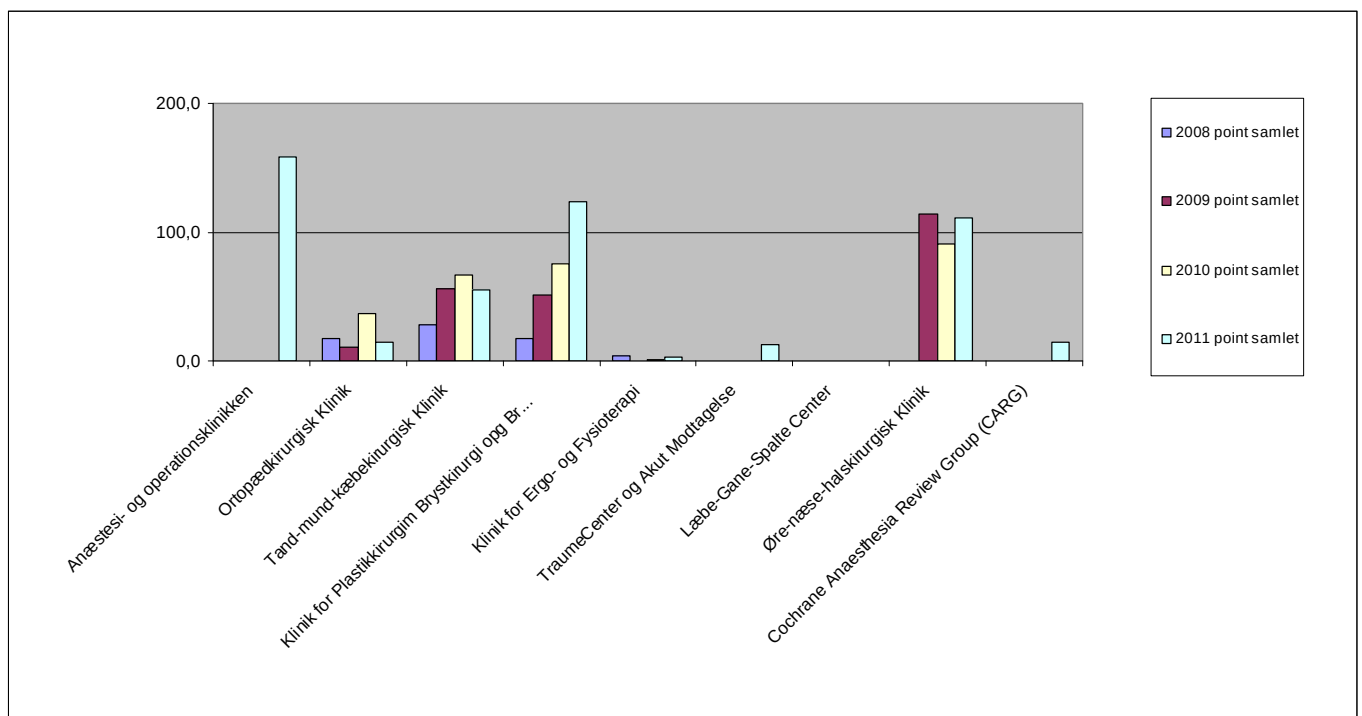


Rigshospitalet Hovedortocentret

Resultat af 2011-data

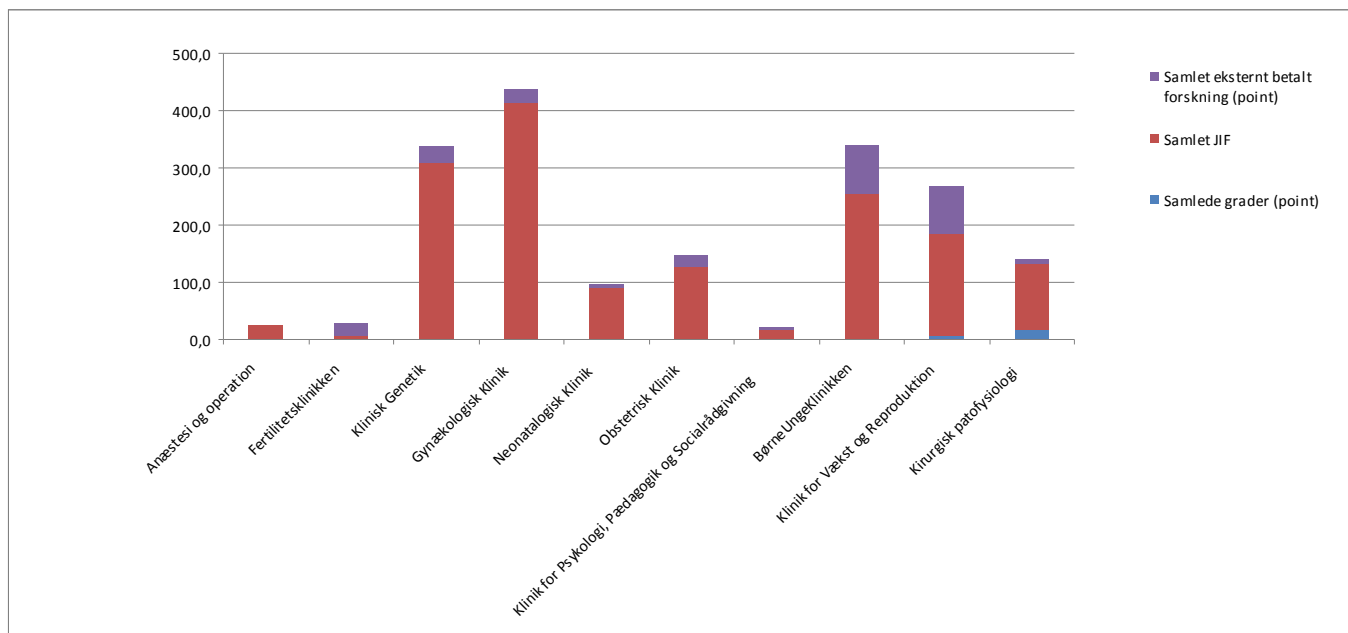


Udvikling frem til 2011

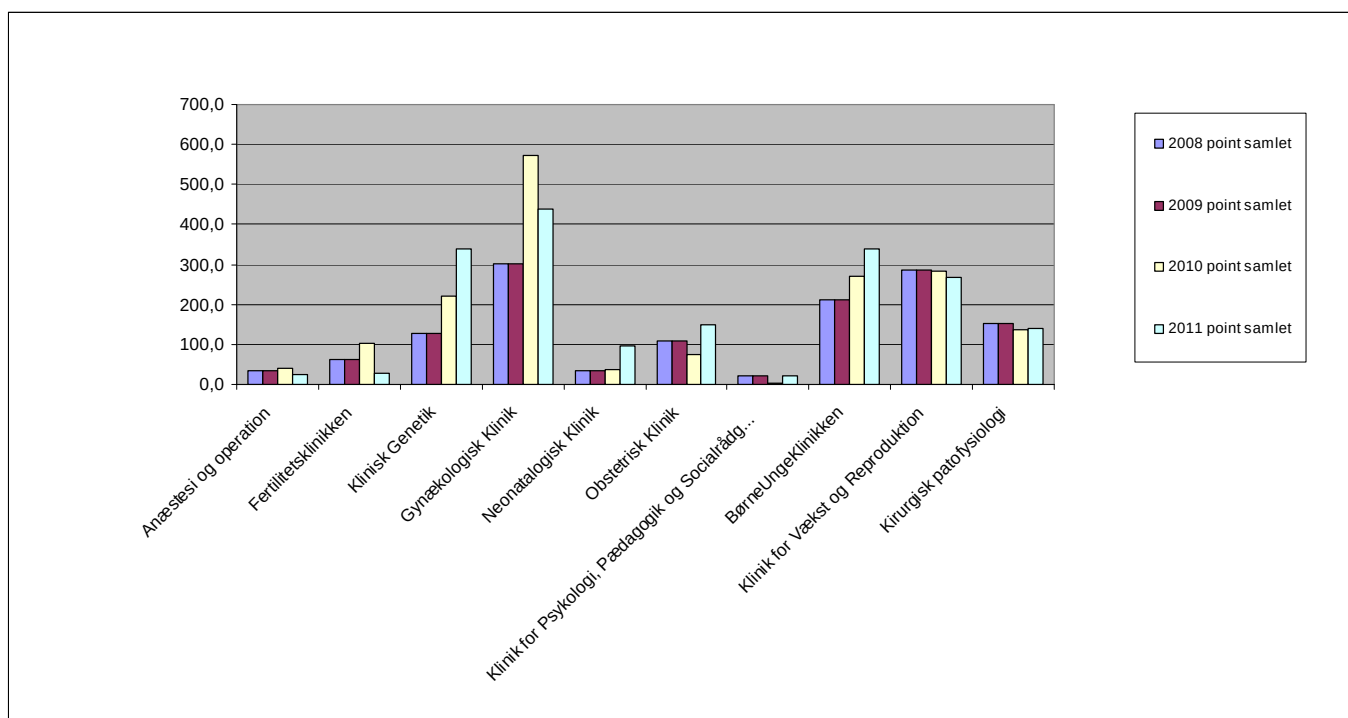


Rigshospitalet Juliane Marie Centret

Resultat af 2011-data

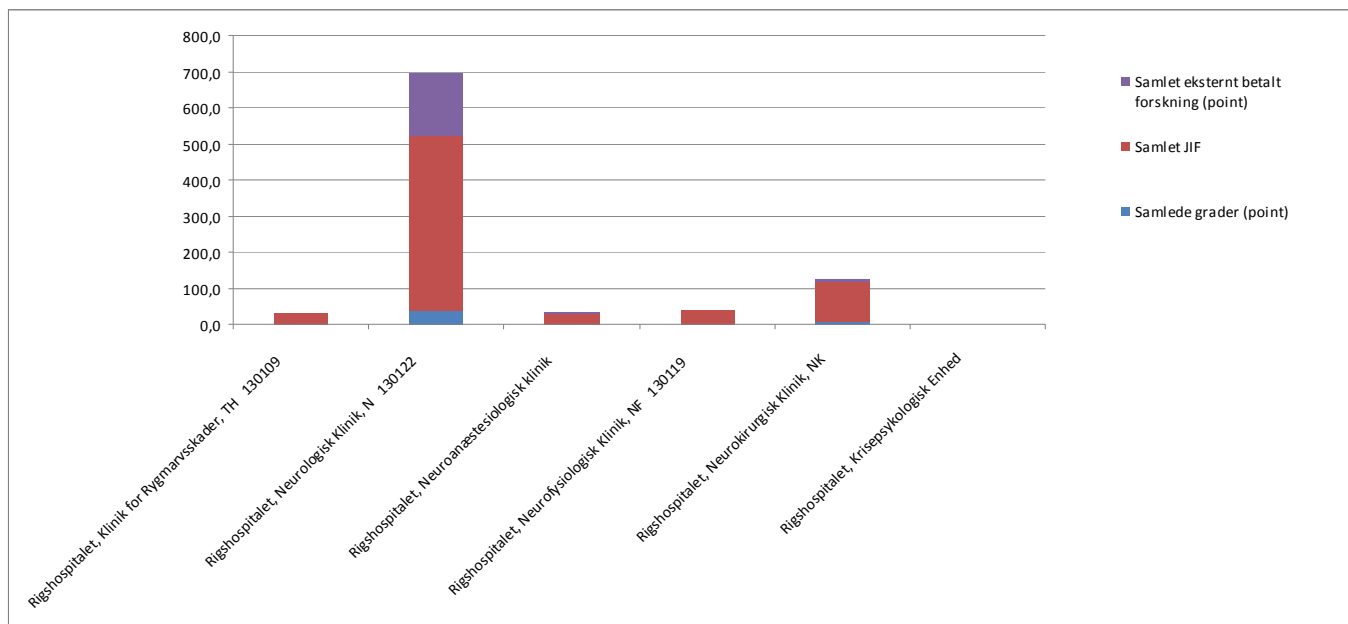


Udvikling frem til 2011

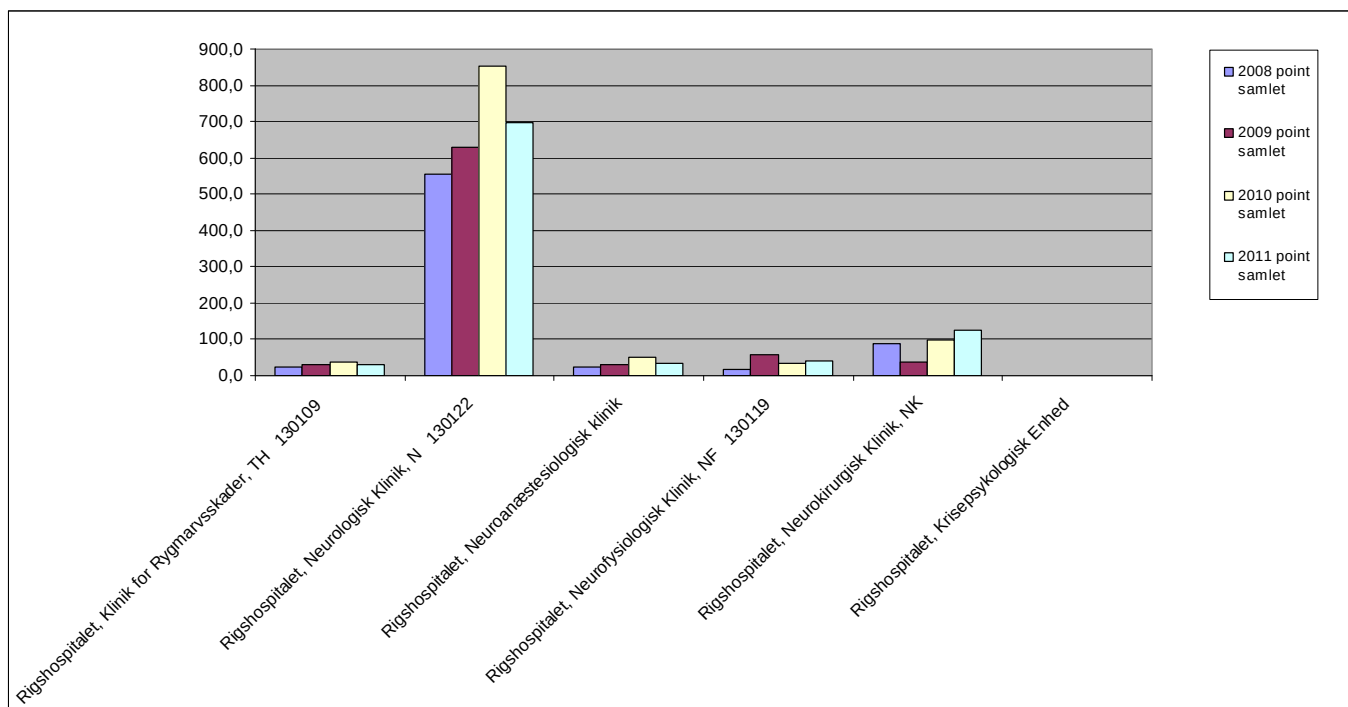


Rigshospitalet Neurocentret

Resultat af 2011-data

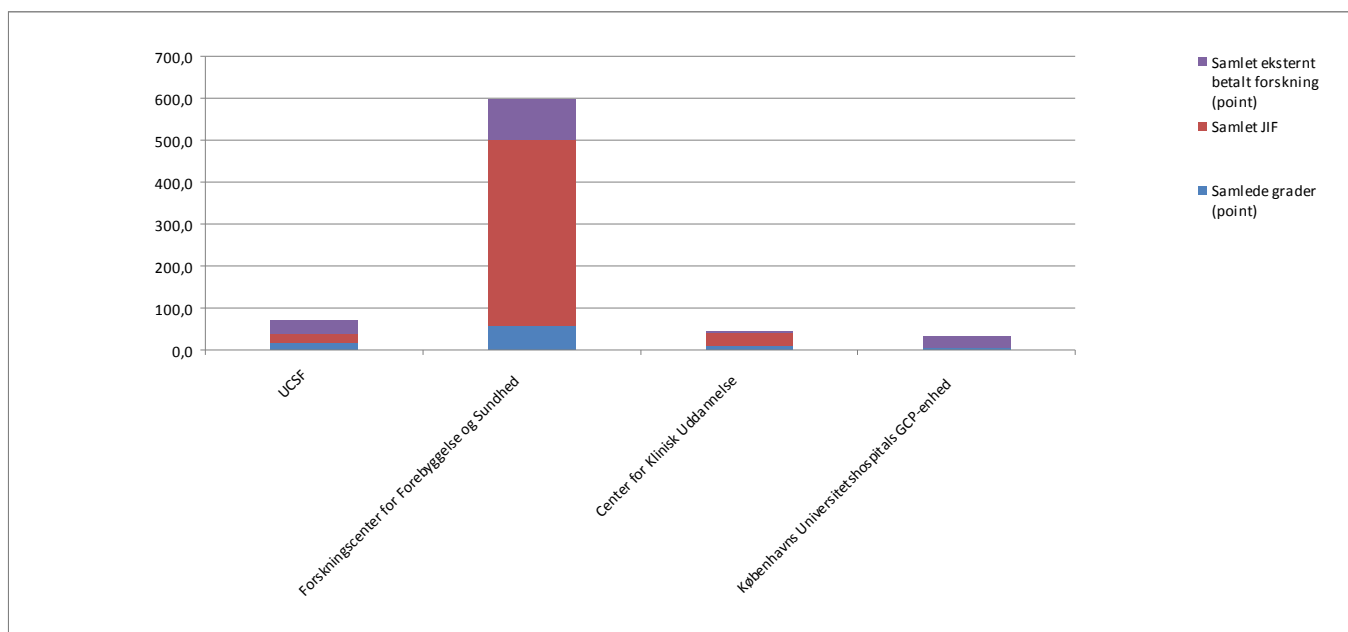


Udvikling frem til 2011

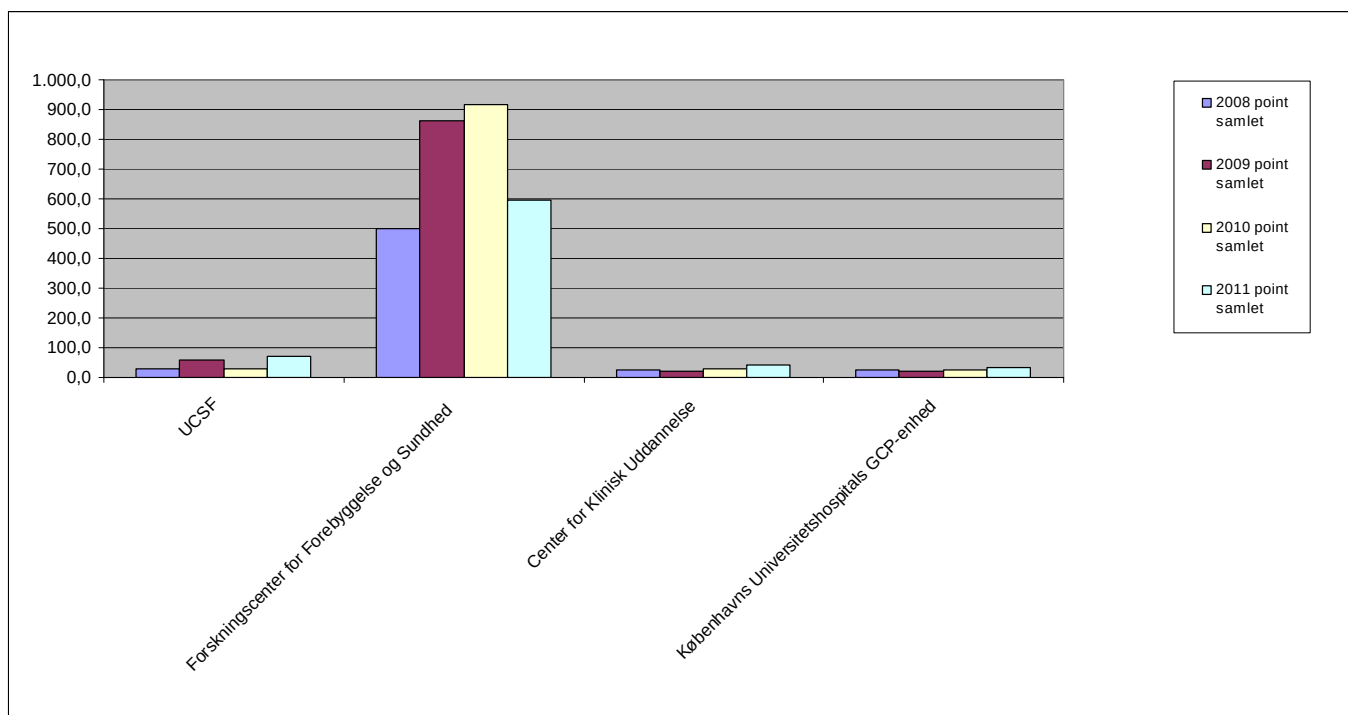


Enkeltenheder - FCFS – UCSF – GCP - CEKU

Resultat af 2011-data



Udvikling frem til 2011



Midler brugt til forskning i 2011 – angivet i 1.000 kr.

Hospital	Drift i alt	Investeringer i alt	Del af fælles i alt	Totalt forbrugt på F&U	Totale eksterne midler	Internt betalte udgifter til F&U
Amager Hospital	1.430	0	0	1.430	825	605
Bispebjerg Hospital	136.371	682	29.527	166.580	82.399	84.181
Frederiksberg Hospital	29.167	6.507	6.283	41.957	27.837	14.120
Gentofte Hospital	93.102	848	20.969	114.919	61.446	53.473
Glostrup Hospital	102.625	130	17.731	120.487	47.137	73.350
Herlev Hospital	213.473	10.915	27.774	252.162	91.562	160.600
Hillerød Hospital	37.153	2.522	8.209	47.883	6.302	41.581
Hvidovre Hospital	146.579	2.074	27.952	176.605	84.481	92.124
Region Hovedstadens Psykiatri	71.839	280	5.889	78.007	45.416	32.591
Rigshospitalet samlet	523.922	224	164.661	688.807	348.462	340.345
UCSF	7.900	0	0	7.900	7.900	0
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed	25.822	0	0	25.822	25.822	0
Center for Klinisk Uddannelse	2.942	0	0	2.942	600	2.342
Københavns Universitetshospitals GCP-enhed	7.828	0	0	7.828	7.912	-84
Region Hovedstaden i alt	1.400.154	24.182	308.993	1.733.329	838.100	895.228

Af tabellen kan det ses, at Region Hovedstaden i 2011 afholdt forskningsudgifter for i alt omkring 1,7 mia. kr. – af disse var de 838 mio. kr. betalt af eksterne parter og de 895 mio. kr. internt betalt. Den fortsatte stigning i internt betalt forskning er et udtryk for en øget bevidsthed om at registrere også de internt finansierede forskningsudgifter.

Samlet oversigt over udvalgte forskningsaktive personalegrupper på hospitalerne i 2011

	Pro- fessor antal	Post doc antal	Øvrige kand.- uddann. antal	MVU antal	Ph.d & kandidat- stipendiater antal	Scholar- ship antal		Antal aktive forskere Inklusiv ikke viste grupper	Antal aktive forsker- støtte Inklusiv ikke viste grupper
Amager Hospital	0	1	0	0	1	0		4	0
Bispebjerg Hospital	18 (3)	35 (12)	32	12	82 (7)	18		319	93
Frederiksberg Hospital	3 (1)	1	10	5	7 (3)	0		47	28
Gentofte Hospital	10	12	17	31	47 (5)	17		222	50
Glostrup Hospital	14	22	22	4	51 (2)	2		233	46
Herlev Hospital	20	5	25	26	81 (4)	11		403	118
Hillerød Hospital	1	0	5	13	6	4		89	31
Hvidovre Hospital	18	34	24	3	65 (2)	17		303	74
Region Hovedstadens Psykiatri	7	20	9	10	35	5		140	36
Rigshospitalet samlet	87 (4)	86 (7)	123	77	192 (12)	26		1498	246
UCSF	1	6	1	2	6	0		16	3
Forsknings- center for Forebyggelse og Sundhed	2	6	9	1	8	0		34	18
Center for Klinisk Uddannelse	1	0	4	0	0	0		9	2
Københavns Universitets- hospitals GCP-enhed	0	0	0	0	1	0		1	15
Region Hovedstaden i alt	182	228	281	184	582	100		3318	760

=> Blandt de i alt 3318 aktive forskere i Region Hovedstaden er der 88 udenlandske personer. Og ud af de i alt 760 personer med teknisk og administrativ baggrund, der aktivt deltager i forskning, er der 11 udenlandske.

=> Tallene i parentes angiver de forskere af den pågældende gruppe, der er helt eller delvist betalt af erhvervsvirksomheder. Det er nyt for 2011-data at have denne kategori med, hvorfor ikke alle endnu har svaret på spørgsmålet.

=> Udover de i kategorien "ph.d & kandidat-stipendiater" angivne ph.d.-stipendiater er der omkring 57 ph.d. i alt i Region Hovedstaden ansat i kliniske assistentstillinger.

MODEL FOR FORSKNINGSEVALUERING I REGION HOVEDSTADEN

Dato: 23. februar 2009

1. Indledning

Visionen i Politik for Sundhedsforskning er, at Region Hovedstaden skal have forskning i verdensklasse på prioriterede områder – specielt inden for klinisk forskning. Samtidig skal forskningen generelt styrkes. Initiativ A5 omhandler udvikling af værktøj til forsknings-evaluering. Evalueringsmodellen skal kunne sammenkæde forskningsresultater og ressourceforbrug. Det skal medvirke til at skabe et overblik over virksomhedernes forskning bl.a. til brug for udvikling og profilering af forskningen på regionens hospitaler.

2. Formål

Regionens evalueringsværktøj skal bruges til at:

- Følge udviklingen inden for de enkelte forskningsområder, herunder særligt de prioriterede forskningsområder
- Skabe overblik og gennemsigtighed i forhold til regionens forskningsområder
- Sammenligne forskningsområder på tværs af regionens virksomheder samt nationalt og internationalt
- Synliggøre og profilere regionens forskning, herunder forskningsstyrkerne
- Understøtte strategisk udvalgte forskningsområder, herunder styrke udvikling af flere excellente og spirende forskningsmiljøer

3. Indhold

Forslag til regionens evalueringsmodel er inspireret af dels den nationale bibliometriske indikator¹ dels Rigshospitalets erfaringer med evaluering. Samtidig er der lagt vægt på at udvikle en enkel og gennemskelig model, der kan anvendes til dels at følge udviklingen og resultaterne inden for det enkelte forskningsområde over tid dels at sammenligne forskningsområder på tværs af regionens virksomheder samt nationalt og internationalt. Samlet notat om den nationale bibliometriske forskningsindikator er vedlagt i bilag.

3. 1. Evaluering på udvalgte indikatorer

Det foreslås, at følgende mål/indikatorer, der er baseret på en form for fagfællebedømmelse, indgår i evalueringen på baggrund af en vægtning:

- Videnskabelige publikationer (impact-factor)
- Produktion af akademiske grader
- Indtægter fra eksterne fonds- og forskningsbevillinger
- Udstedte patenter
- Indtægter fra forskningskontrakter med erhvervslivet

Der indgår ikke Journal Impact Factor (JIF) i den nationale model. Det er valgt at anvende JIF i regionens interne model, fordi det er med til at give en mere nuanceret beskrivelse af forskningsaktiviteterne. Samtidig er der tradition for at bruge JIF til at belyse forskningsaktivitet- og kvalitet på det sundhedsvidenskabelige område. Der er dog særlige problemstillinger knyttet til brug af JIF som mål: Fx korrigeres der ikke for selvcitationer, en høj JIF kan ofte være baseret på få ”big hit”-artikler, mens mange artikler ikke citeres eller citeres meget få gange, hvilket ikke har en direkte sammenhæng med forskningens kvalitet.

Der er endvidere forskellige publiceringstraditioner inden for de enkelte specialer. Det indebærer, at nogle områder vil få en lavere score på de forskellige evalueringsindikatorer og dermed ligge resultatmæssigt på et lavere niveau i forskningsopgørelserne. Resultaterne for de forskellige specialer skal derfor vurderes med varsomhed, idet en lav indikator/score inden for et

¹ Regionens indikator følger den nationale bibliometriske forskningsindikator autoritetslister over publikationskanaler og -former, mens pointgivning for forskningsaktiviteter er besluttet i regionens strategiske forskningsråd.
d. 29. oktober 2012

speciale relativt set kan tilsvare en højere score/indikator inden for et andet speciale. I forbindelse med den årlige forskningsopgørelse og - evaluering skal de forskellige publiceringstraditioner inden for de forskellige specialer fremgå specifikt. Konsekvenserne af anvendelse af JIF vil blive vurderet løbende.

Forslag til vægtning af forskningsaktiviteter

I tabel 1 angives de fastlagte vægte til opgørelse af forskningsaktiviteter, der er baseret på dels Rigshospitalets erfaringer dels overvejelser om hvilken forskningsmæssig indsats, de forskellige indikatorer afspejler:

Tabel 1: Pointgivende forskningsaktiviteter mv

Forskningsaktivitet	Point
Doktorgrad	12
Ph.d.-grad	6
Patent, udstedt	6
Artikler i tidsskrifter med referee	Impact factor
Indtægter: Eksterne fonds- og forskningsbevillinger	1 mio. kr. = 4 point
Indtægter: Forskningskontrakter med erhvervslivet (Indtægter fra lægemiddelafprøvninger og rekvireret forskning medregnes ikke)	1 mio. kr.= 4 point

Første-, sidste- og medforfatterskaber tæller med artiklens impact factor.

En artikel tæller én gang ved flere forfattere fra samme afdeling. Ved medforfatterskab fra flere afdelinger på samme hospital, tæller artiklen én gang for hver disse afdelinger. Det skal sikres, at der i forbindelse med aggregering på hospitalsniveau tages højde for ”dubletter”, således at den samme publikation kun tæller én gang på virksomhedsniveau².

I den nationale indikator anvendes fraktionering ved flerforfatterskaber i forbindelse med tildeling af publikationspoint på organisationsniveau. I regionens indikator anvendes der ikke fraktionering, idet tværfaglige arbejder mellem flere afdelinger ønskes fremmet. På sigt skal det overvejes, om regionen vil belønne samarbejdsprojekter på tværs af organisationer både nationalt og internationalt. I den nationale model belønnes dette, idet publikationer med forfattere fra forskellige universiteter multipliceres med 1,25 inden fraktionering foretages.

Flerårige bevillinger medregnes i det år, hvor midlerne bruges. Evalueringen gennemføres således, at de enkelte delmål/-indikatorer fremgår selvstændigt af opgørelsen, og der sker efterfølgende en sammenlægning i én forskningsindikator. I forbindelse med evalueringen redegøres der for, hvilken betydning det har, om der er tale om en stor henholdsvis en lille institution. Den samlede indikator skal bruges til at følge udviklingen på afdelings-, virksomheds- og regionalt niveau frem for sammenligning på tværs af afdelinger og hospitaler.

I tabel 2 beskrives, hvilke publikationer, der hhv. medregnes og ikke medregnes i forskningsopgørelsen (jf. regionens/den nationale model for publikationsopgørelser).

Der er fastsat ”kunstige” impact factors for udvalgte danske tidsskrifter, der ikke har en impact factor.

De kunstigt fastsatte impact factors er hentet fra Rigshospitalets model. Indhentning af oplysninger om tidsskrifternes impact factor sker i forbindelse med udarbejdelse af den årlige publikationsopgørelse.

Tabel 2. Publikationer, der hhv. medregnes og ikke medregnes i forskningsopgørelsen

Publikationer medregnes:	Publikationer medregnes ikke:
Artikler publiceret i internationale tidsskrifter med Referee	Indlæg i supplement til tidsskrifter
Research letters i Lancet og tilsvarende videnskabelige tidsskrifter med fagfællebedømmelse	Posters, abstracts, indlæg i elektroniske medier
Proceedings og bogkapitler i videnskabelige værker	Kompendier
Ugeskrift for læger & Tandlægebladet. Impact factor = 0,25	
Sygeplejersken: Artikler under Videnskab & Sygepleje. Impact factor = 0,25	
Peer review artikler i videnskabelige tidsskrifter, der kun publiceres on line	

Årlig forskningsopgørelse

Der udarbejdes en årlig forskningsopgørelse på afdelings-/klinikniveau, som danner basis for evalueringen. Opgørelsen udarbejdes det første år på baggrund af virksomhedernes indrapportering til den samlede publikationsopgørelse for Københavns Universitetshospital, nøgletal om afdelingernes/klinikkernes driftsomkostninger til F&U, der pt. hentes fra: Den Nationale Statistik for Sundhedsforskning, virksomhedernes årlige forskningsregnskab samt interne data fra f.eks. økonomisystem, videnskabelige årsrapporter mv. Det skal undersøges nærmere, om der evt. er regnskabstekniske begrænsninger i forhold til fremskaffelse af ensartede data fra regionens virksomheder pt. Når den elektroniske forskningsregistrering er implementeret, vil data kunne hentes fra dette system.

På sigt kan der ske opgørelse over klinikkernes/afdelingernes videnskabelige produktion i de forudgående 5 år. Ved at se på en 5-årig periode kan der tages højde for perioder med en lav videnskabelig produktion, hvor en forskergruppe indsamler data, forsker og forbereder artikler med henblik på senere publicering og tilsvarende høj videnskabelig produktion efterfølgende.

3.2. Internationale ekspertpanel-evalueringer af udvalgte områder

Derudover kan ekspertevalueringer og yderligere bibliometriske analyser bruges ad hoc på særligt prioriterede områder, herunder til at belyse rising stars. Hvis det besluttet at ud-vælge 1 – 2 forskningsområder (pr. år) på tværs af regionens virksomheder, fastlægger Det Strategiske Forskningsråd i Region Hovedstadens i forbindelse med udarbejdelse af den årlige handlingsplan de nærmere kriterier for udvælgelse af områderne til ekspertevaluering bla. på baggrund af drøftelser i bestyrelsen for Københavns Universitetshospital om tvær-gående forskningsclustre mv.

Den overordnede planlægning og brug af internationale ekspertpaneler sker i samarbejde med KU Sund og DTU. Grundlaget for at etablere et internationalt advisory board til brug for regionens strategiske forskningsråd mv. vil samtidig blive undersøgt.

Ekspertpanel- evalueringen vil primært bruges til at belyse de udvalgte forskningsområders styrker og svagheder mhp. sparring og rådgivning om udvikling af området.

Det skal løbende vurderes, om resultaterne står mål med udgifterne.

4. Forslag til proces- og tidsplan for evaluering af regionens forskning

Der vil ske en faseopdeling af brugen af evalueringsmodellens metoder, så der bliver mulighed for at udvikle og justere modellen på baggrund af de opnåede erfaringer - herunder skal anvendelsen af Journal Impact Factor følges nøje.

I fase 1 (2009) sker evaluering ud fra udvalgte videnskabelige indikatorer i forbindelse med udarbejdelse af Handlingsplan for Sundhedsforskning 2010.

I fase 2 (2010) kan evaluering ske både ud fra udvalgte videnskabelige indikatorer og eventuel brug af ekspertpanel-evalueringer samt evt. yderligere bibliometriske analyser.

Evalueringsindikatorer fastlægges i forbindelse med udarbejdelse af Handlingsplan for Sundhedsforskning 2011 – bla. på baggrund af både nationale og regionale erfaringer i 2009.

Fase 1 (2009): Evaluering baseret på udvalgte videnskabelige indikatorer

Den første fælles evaluering af forskningen på regionens virksomheder sker på baggrund af 2008 forskningsdata i forbindelse med udarbejdelse af Handlingsplan for Sundhedsforskning 2010. (Der udarbejdes detaljeret tidsplan senere).

Fase 2 (2010): Evaluering baseret på udvalgte videnskabelige indikatorer og eventuel brug af ekspertpanel-evalueringer samt evt. citationsanalyser

I fase 2 sker den fælles evaluering af forskningen på regionens virksomheder på baggrund af 2009 forskningsdata i forbindelse med udarbejdelse af Handlingsplan for Sundhedsforskning 2011. (Detaljeret plan udarbejdes senere).

Regionens Strategiske Forskningsråd og koncerndirektionen er ansvarlig for gennemførelse af den årlige evaluering. Forskningssekretariatet fungerer som sekretariat for evalueringen og samler resultaterne på regionalt plan.

Status for ”Straksplanen” for 2012	Status pr. september 2012 med fokus på resultater og output	Forventede aktiviteter (og output) i 2013
<i>Forskningsfond – uddeling og kriterier:</i> Forskningsfondens kriterier for uddeling til de strategiske forskningsprojekter og ph.d.-studieafgifterne videreudvikles for at sikre, at fondens uddelinger understøtter politikken mål og indsatsområder. Der vil i 2012 blive uddelt 25 mio. kr. til nye forskningsprojekter, herunder fem mio. kr. til fremme af forskning på et af politikken strategiske temaområder, samt brugt op til 18 mio. kr. til ph.d.-projekter i form af bidrag til studieafgifter.	I 2012 uddeler Region Hovedstadens Forskningsfond til Sundhedsforskning 20 mio. kr. som frie midler og 5 mio. kr. til særlige strategiske satsninger, hvor formålet er at fremme udvikling af ny viden på områder, som kan medvirke til at løse sundhedsvæsenets udfordringer. For første gang er opslaget delt i to, og temaerne for de særlige strategiske satsninger er i år: 1. Sundhedstjenesteforskning – herunder forskning vedr. sammenhængende patientforløb og kronikerindsats 2. Velfærdsforskning forstået som anvendelsesorienteret og praksisnær forskning på regionens og kommunernes ansvarsområder – herunder forskning vedrørende velfærdsteknologi og sundhedsfremme. Regionen modtog 122 ansøgninger til puljen med de frie midler og 22 til puljen for de strategiske satsninger. I alt blev der ansøgt om cirka 200 + 40 mio. kr. Bedømmelsen af ansøgningerne er i gang, og bedømmelsesudvalgets indstilling forventes for KD den 24. oktober 2012. Arbejdet med 2013-opslaget påbegyndes derefter. I foråret 2012 indførtes en ny ordning vedr. støtte til dækning af ph.d.-studieafgift - efter aftale med regionens tidligere strategiske forskningsråd. De to årlige uddelingsrunder bortfaldt til fordel for mulighed for løbende at søge om støtte. Fremover dækkes studieafgiften med max 20.000 kr. pr. år i op til 3 år. Til rådighed for bevilling er op til 6 mio. kr. til nye 2012-ansøgninger. Pt. har Regionen modtaget 180 ansøgninger.	At Region Hovedstadens Forskningsfond til Sundhedsforskning opslås så tidligt på året som muligt, og hvor der atter vil være 25 mio. kr. til uddeling fordelt på frie midler og særlige strategiske satsninger. Der skal vælges nye temaer til sidstnævnte pulje. At forskningsfonden fortsætter med at uddele midler til støtte til dækning af ph.d.-studieafgift - evt. med en justering af støttebeløbet.

Status for "Straksplanen" for 2012	Status pr. september 2012 med fokus på resultater og output	Forventede aktiviteter (og output) i 2013
<i>Copenhagen Spin-out:</i> Det er et centralt mål i forskningspolitikken at styrke kommercialisering af forskningsresultater via fremme af spin-outs. Dette vil bl.a. ske via Copenhagen Spin-out, som er et helt nyt Vækstforum-finansieret projekt med deltagelse af Region Hovedstaden, Københavns Universitet og Danmarks Tekniske Universitet. Projektet med et budget på 40 mio. kr.	Copenhagen Spin-out er nu etableret, og status pr. september 2012 er, at foreløbig tre projekter er lagt ind i et forløb, samt at yderligere tre er identificeret til anden bølge, der netop er ved at gå i gang.	Copenhagen Spin-out forsætter i 2013, og det forventes at der vil blive lagt 6-9 projekter ind i projektet fra Region Hovedstadens side, med henblik på etablering af spin-out selskaber.
<i>Branding og synliggørelse:</i> I sammenhæng med regionens overordnede kommunikationsstrategi udvikles aktiviteter, som fremmer en styrket national og international profilering af regionens forskningsindsats i samarbejde med hospitalerne, virksomhederne, universiteterne og centrale uddannelsesinstitutioner.	Regionsrådet har med Budget 2013 besluttet at afsætte midler til international branding af sundhedsforskningen i Region Hovedstaden og synliggørelse af Global Excellence miljøerne fra og med 2013. Indsatsen skal ses i sammenhæng med den handlingsplan for forskningskommunikation, som er under udarbejdelse i forlængelse af regionens nye kommunikationspolitik. Der er samtidig igangsat udvikling af ny proces med uddeling af to årlige priser samt proces for genudpegning i 2014.	▪ Dialog med Global Excellence miljøerne om deres behov for hjælp til synliggørelse ▪ Udvikling og implementering af af kommunikationsstrategi for Global Excellenc samt udarbejdelse af international markedsføringsmateriale ▪ Opdatering + internationalisering af hjemmeside om Global Ex og forskning ▪ Kortlægning af og kontakt til internationale aktører i forhold til branding/synliggørelse.
<i>PURE og ledelsesinformation:</i> Forskningsregistreringssystemet PURE videreudvikles, så systemet understøtter aktiv profilering af miljøerne og kan bidrage til at identificere forskningsområder med potentiale for større strategiske nationale og internationale forskningssamarbejder. PURE skal endvidere kobles til økonomisystemet og ledelsesinformations-systemet, så det understøtter den løbende opfølgning, herunder den årlige forskningsevaluering.	Der er igangsat et arbejde med opdatering af PURE-systemets portal og indkøbt et udvidet CV-modul, således at den ønskede profilering af regionens forskning både nationalt og internationalt understøttes. PURE-systemet er benyttet til forskningsevalueringen for 2011-data. Der er igangsat et arbejde vedr. etablering af projektgruppe mellem IMT, KØK og VIF med integrering af økonomidata fra Reflex (regionens økonomisystem) og PURE, således at den efterspurgte ledelsesinformation kan leveres	Den nye portal og CV-modulet er ibrugtaget. Projektarbejdet vedr. integration af forskningsdata og økonomidata er igangsat og selve udviklingsarbejdet planlægges afsluttet i 2013 mhp. at aflevering af data til national forskningsstatistik samt forskningsevaluering vedr. 2013-data understøttes. 2012 data planlægges brugt som pilotdata.

Status for "Straksplanen" for 2012	Status pr. september 2012 med fokus på resultater og output	Forventede aktiviteter (og output) i 2013
<i>Internationale relationer/alliancer:</i> Der skal etableres strategiske alliancer med internationale regioner, som står stærkt inden for life science. Region Hovedstaden har sammen med Region Skåne og Region Sjælland indgået aftale med Commonwealth of Massachusetts i USA med fokus på bl.a. forskning, udveksling af forskere og studerende samt erhvervssamarbejder. Der er igangsat udarbejdelse af en handlingsplan. Næste skridt vil være at overveje muligheder i BRIK-landene og Sydøstasien.	Massachusetts og Øresundsregionerne udarbejder i 2012 en handlingsplan med konkrete satsninger rettet mod fremme af større forskningssamarbejder, udveksling af forskere og erhvervsudvikling. Der er i Budgetforlig 2013 afsat 1,5 mio. kr. til udmøntning af aftalen. Derudover er der afsat 1 mio. kr. under Regional Udvikling til forberedelse af en aftale med Jiangsu (en provins i Kina), hvor forskning er et muligt emne.	Implementering af handlingsplanen og de konkrete satsninger forventes igangsat. Evt. besøg af guvernøren for Massachusetts i foråret 2013. Forberedelse rettet mod en samarbejdsaftale med Jiangsu forventes igangsat og afsluttet medio 2013.
<i>Implementering af forskningsresultater:</i> Der igangsættes et forprojekt med fokus på identifikation af nye veje og metoder til styrket og effektiv implementering af ny forskningsviden. Forprojektet kan skabe grundlag for konkrete projekter, som understøtter bedre og hurtigere implementering af ny forskningsbaseret viden.	Der er foretaget flere interviews om nuværende implementeringsveje af forskningsresultater. Der udarbejdes projektbeskrivelse for forprojektet.	Medio 2013 afsluttes forprojektet. På baggrund af forprojektets resultater prioriteres og udarbejdes konkrete udviklingsprojekter som kan understøtte bedre og hurtigere implementering af forskningsresultater. Konkrete udviklingsprojekt(er) planlægges og opstartes inden udgangen af 2013
<i>Strategiske forskningssamarbejder:</i> Der er igangsat udvikling af en handlingsplan for tiltrækning af flere forskningsmidler fra EU og NIH til store forskningssatsninger inden for regionale styrkeområder. Indgår endvidere som specifikt fokusområde drøftelserne med Massachusetts. Samtidigt er der løbende fokus på fremme af EU- og NIH-finansierede projekter i forhold til finansieringsstøtte og indsatsen overfor EU-kommissionen via EU-kontoret i Bruxelles, creoDK.	Drøftelserne med Massachusetts vil blive udmøntet i udviklingen af forskellige udvekslings-programmer, rettet mod både erfarne og mindre erfarne forskere. Disse er aktuelt under udvikling. Også ift EU er der fremdrift i antal af ansøgninger af strategisk interesse, herunder et stigende antal ansøgninger, med en koordinator fra Region Hovedstaden.	I løbet af 2013 vil handlingsplanen blive udmøntet i konkrete initiativer, herunder allokering af puljer for særligt strategiske vigtige samarbejder, puljer ift tiltrækning af koordinator-rolle under EU, samt iværksat arbejdet med at udvikle en såkaldt post-award model.

Status for ”Straksplanen” for 2012	Status pr. september 2012 med fokus på resultater og output	Forventede aktiviteter (og output) i 2013
<i>Forskningsledelse:</i> Styrket forskningsledelse på alle niveauer skal understøtte mere og bedre forskning i regionen. Koordineret med den interne uddannelsesstrategi søges der skabt grundlag for udvikling af regionale uddannelsesforløb i samspil med HR-U og eksterne aktører. Indsatsen koordineres med indsatsen på regionens hospitaler, bl.a. via udviklingsaftalerne.	Projektet igangsat i september 2012 • Der nedsættes en arbejdsgruppe med HR-U, som gennemfører en foranalyse med inddragelse af forskere og ledere fra hospitalerne samt involverer drøftelser med mulige samarbejdspartnere – formen kan være fokusgrupper suppleret med individuelle dybdeinterviews	• Nyt koncept for forskerlederuddannelser udarbejdes og implementeres med henblik på styrkelse af kompetencer for f.eks.: - o Forsøgsledere - o Forskningsansvarlige - o Afdelings- og centerledelser • Erfaringer fra hospitalernes indsatser på området indarbejdes
<i>Tværasektorielt forskningssamarbejde:</i> I forlængelse af sundhedsaftalen med kommunerne er enighed om etablering af en fælles ramme for forskningssamarbejdet. Målet er at etablere et grundlag for etablering af flere større tværasektorielle forskningsprojekter med særlig fokus på sundhedstjenesteforskning..	Det fremgår af Sundhedsaftale 2011-2014, at der skal udvikles og implementeres en ramme for organisering og finansiering af forsknings- og evalueringssamarbejdet mellem hospitaler, forskningsinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for sundhedsaftalens område. Det er aftalt med kommunerne, at samarbejdet bygges op gennem ”forskningscirkler” understøttet af en tværasektoriel forsknings- og implementeringsenhed. I afdeling for sammenhængende patientforløb på BBH etableres den organisatoriske enhed, der skal understøtte forskningssamarbejdet. Der er i regionens budget for 2013 afsat midler til finansieringen af enheden. Egentlige forskningsaktiviteter forudsættes primært fonds- og projektfinsieret.	Der er endnu ikke lavet konkrete mål for 2013, men målsætningen er overordnet at få etableret og idriftsat forsknings- og implementeringsenheden, og derpå få begyndt arbejdet med etablering af forskningscirkler. Der vil i opstartsperioden være et særligt fokus på forskningsprojekter i forhold til borgere med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient.
<i>Rekruttering af internationale forskere:</i> I forlængelse af en tidligere kortlægning af barrierer for rekruttering af internationale forskere afdækkes forskellige løsningsmodeller for yderligere rekruttering i samarbejde med relevante parter (Talent Bridge-projektet).	VækstFonden og EU’s Socialfond yder i 2012-2014 støtte til projektet Copenhagen Talent Bridge, hvor Copenhagen Capacity samler regionens centrale aktører om at udvikle den praktiske indsats for at tiltrække udenlandske forskere og videnarbejdere. Der er igangsat aktiviteter indenfor 6 arbejdsplaner.	Samarbejdsaftale mellem partnere, etablering af projektsekretariat, aktiviteter vedr. gearing af SMV’eres modtagelse af international arbejdskraft, danskkurser, job- og kompetencepakke for forskere og spouses, fastholdelse af udvalgte talentgrupper samt arrangementer for expat’s og HR-personale.

Status for "Straksplanen" for 2012	Status pr. september 2012 med fokus på resultater og output	Forventede aktiviteter (og output) i 2013
<i>Samspil med Københavns Universitet.</i> Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Københavns Universitet og regionen er i gang med at implementere en ny klinisk institutstruktur, som skal sikre et stærkere grundlag for samarbejdet om forskning og uddannelse. Samtidig arbejdes med implementering af den nye professorplan, der skal sikre sammenhæng mellem fordeling af professorer og regionens specialeplan, dels sikre fødekæden af dygtige forskere.	KU Sund og Region H har besluttet at etablere en ny funktion med hospitalskoordinatorer på regionens hospitaler. Hospitalskoordinatorernes skal bl.a. fungere som universitets indfaldsport på hospitalerne i forhold til medicinstuderendes uddannelse på hospitalerne. Den præcise rolle skal klarlægges nærmere i en til formålet nedsat task force. Med henblik på at sikre fødekæden af dygtige forskere er det mellem KU Sund og Region H i august 2012 indgået aftale om etablering af 20 stillinger som kliniske forskningslektorer i 2012/2013.	Funktion med Hospitalskoordinatorer på plads på regionens hospitaler i 2013. Ansættelse af i alt 20 forskningslektorer gennemført.
<i>Etablering af Videntcenter for Innovation og Forskning (VIF).</i> VIF har bl.a. til formål at etablere "én-indgang" til rådgivning og støtte om forskning og innovation. Herudover skal VIF bidrage til en sammenhængende forskerstøtte på tværs af regionen, herunder samspillet om kliniske forsøg med De Videnskabsetiske Komiteer og GCP-enheden, samt med tilsvarende støtteenheder under Københavns Universitet.	VIF blev på baggrund af budgetaftale 2012 etableret med opstart pr. 1. januar 2012 ved sammenlægning af det nu forhenværende FIE, Tectra samt medarbejdere på regionsgården, der arbejder strategisk med forskning og innovation. Hertil kommer EU-repræsentationen creoDK. Med indgåelser af Budget 2013 er det ligeledes besluttet at etablere en permanent innovationsstøtte- og idéklinikfunktion i tilknytning til de allerede eksisterende støttefunktioner i VIF.	Der er sat en række udviklingsspor i gang, der skal videreudvikle hele støtteindsatsen i VIF, således at VIF i endnu højere grad end nu kan tilbyde en effektiv, sammenhængende og specialiseret rådgivning inden for forskning og innovation rettet mod ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet samt fungere som én-indgang for eksterne parter, som ønsker at samarbejde med regionen.
<i>Videreudvikling af administrative regler og vejledninger:</i> Vejledninger og retningslinjer vedrørende forskningsprojekter (fx den regionale forskningsvejledning) gennemgås for at sikre understøttelse af de overordnede mål med politikken. Håndbog for opfindelser revideres og videreudvikles, herunder i forhold til offentlig-privat innovation.	Arbejdet med revidering af den regionale forskningsvejledning er påbegyndt mhp. at indføre de vedtagne regler for EU og NIH compliance. Arbejdet færdiggøres i 2012. Processen vedr. udvikling og implementering af ny værktøjskasse, nye arbejdsgange og organisationsmodel for forsknings- og innovationsstøtte på COBIS er igangsat.	Eventuelle konsekvensrettelser pba. den nærmere beskrivelse af de forskningsansvarliges rolle og den kommende indsats vedr. udvikling af forskningslederkompetencer forventes igangsat ultimo 2013. Nye værktøjer omkring fremme af samspil med erhvervslivet og kommerialisering forventes færdig og implementeret i løbet første halvår 2013

Status for ”Straksplanen” for 2012	Status pr. september 2012 med fokus på resultater og output	Forventede aktiviteter (og output) i 2013
<i>Videreudvikling af samarbejdet med professionsbacheloruddannelsesinstitutionerne.</i> Region Hovedstaden vil udvikle kurser i forskningsforståelse i samspil med relevante institutioner målrettet faggrupperne, og som start på projekt afholdes workshop med flere interne og eksterne parter. Formålet med workshoppen var at identificere emner & konkrete oplæg til tværgående udviklingsprojekter i tilknytning til implementering af Politik for Sundhedsforskning 2020.	Der er afholdt en opstartsworkshop den 23. august 2012. I december afholdes en opfølgende workshop med formålet om at definere et konkret samarbejdsprojekt, som kan igangsættes i starten af 2013	Planlægning og opstart af konkret samarbejdsprojekt om udviklingssamarbejder på professionsbachelorområdet.

Region Hovedstaden

Videncenter for Innovation og Forskning

REGION



**Handlingsplan 2013-2014
for
Politik for Sundhedsforskning 2020**

Oktober 2012

Indledning

På regionsrådets møde den 31. januar 2012 blev Politik for Sundhedsforskning 2020 endeligt vedtaget med henblik på efterfølgende implementering, som gik straks i gang med aktiviteter i 2012. Samtidig blev det besluttet, at der inden årets udgang skulle fremlægges et forslag til en handlingsplan for årene 2013-2014 til politisk behandling. Med henblik på at kunne følge udviklingen af forskningen i Region Hovedstaden samt effekten af arbejdet med implementering af regionens forskningspolitik fremlægges samtidig den fjerde årlige forskningsevaluering baseret på 2011-data.

Administrationen har sideløbende med implementeringen af de første aktiviteter i politikken udarbejdet et forslag til Handlingsplan 2013-2014 i dialog med ledelser og forskere på regionens hospitaler og virksomheder. Det forslag som fremlægges indeholder både forslag til konkrete udviklingsaktiviteter, som er blevet konkretiseret i løbet af dialogen i løbet af 2012, samt forslag til nye temaer og initiativer med afsæt i forskningspolitikken, der på lignende måde skal konkretiseres yderligere i 2013. Handlingsplanen skal samtidig ses i sammenhæng med de nye initiativer, som regionsrådet har besluttet via Budget 2013.

Forskningsevaluering 2012 er den fjerde forskningsevaluering og baserer sig på resultaterne fra 2011. Den regionale forskningsevaluering er baseret på data om videnskabelige publikationer (JIF), produktion af akademiske grader, indtægter fra eksterne fonds- og forskningsbevillinger, udstedte patenter samt indtægter fra forskningskontrakter med erhvervslivet. Med den seneste evaluering gives en aktuel samlet status på forskningen samt et billede af udviklingen på de enkelte hospitaler og afdelinger i regionens sundhedsvæsen.

Med Forskningsevaluering 2012 begynder man at se klare tendenser i udviklingen af regionens sundhedsforskning. Overordnet viser evalueringen, at regionens forskning er i fortsat fremgang. I forhold til den første evaluering fra 2008 dokumenteres en tydelig fremgang af forskningsindsatsen på trods af store organisatoriske ændringer og økonomiske udfordringer.

Forskningsevaluering 2012 viser en generelt stigende opmærksomhed på registrering af forskningen og de anvendte forskningsressourcer på hospitalerne og afdelingerne. Samtidig har både den regionale og lokale administration fortsat fokus på udvikling af datakvalitet og registreringsproces, således at implementeringen af PURE (regionens forskningsregistreringssystem) yderligere kan understøtte den fremtidige indsamling af data til brug i både forskningsevalueringen, såvel som den regionale ledelsesinformation og synliggørelse af regionens forskning.

Handlingsplan 2013-2014

Med Politik for Sundhedsforskning har regionsrådet skabt en ambitiøs ramme for yderligere styrkelse af sundhedsforskningen, som forudsætter en målrettet implementeringsindsats. På den baggrund har administrationen 2012 igangsat og gennemført en række konkrete udviklingsaktiviteter, hvor et

overblik og status fremgår af bilag 2. En række af initiativerne er allerede under implementering; men andre aktiviteter har dannet grundlag for forslag til konkrete udviklingsinitiativer, som igangsættes i 2013 som led i Handlingsplan 2013-2014

Udvalget for Fremtidens Uddannelse og Forskning har på mødet i juni drøftet mulige temaer for den første 2-årige handlingsplan for 2013-2014, som er baseret på forskningspolitikken. Efterfølgende har administrationen udarbejdet forslag til temaer og konkrete udviklingsaktiviteter med den nynedsatte vicedirektørkreds for Forskning og Innovation og det forskningsfaglige Advisory Board, som har bidraget med input og forslag til såvel konkrete initiativer, emner og temaer til handlingsplanen.

Udvalget for Fremtidens Uddannelse og Forskning har drøftet handlingsplanen den 31. oktober 2012 og udtaler følgende:

”Udvalget for Fremtidens Uddannelse og Forskning tilslutter sig de fire overordnede temaer og de underliggende initiativforslag, og betoner samtidig vigtigheden af indsatsen for tiltrækning af flere internationale forskningsmidler, bl.a. fra EU. Udvalget finder samtidig, at en tydelig fokusering og prioritering under de enkelte temaer er nødvendig for at sikre, at de nye indsatser får effekt og gennemslagskraft i organisationen. Dette bør ske ved at prioritere de seks konkrete projektforslag i handlingsplanen, før der udvikles og igangsættes nye initiativer. Udvalget bakker i den forbindelse op om, at den tætte dialog med ledere og forskere på hospitaler, virksomheder og stabe om udvikling og implementering af de nye initiativer fastholdes, så indsatsen for udvikling af sundhedsforskning forankres så bredt som muligt i organisationen. På den baggrund anbefaler udvalget forslag til Handlingsplan 2013-2014 til behandling i forretningsudvalget og regionsrådet”.

Temaer i Handlingsplan 2013-2014

Tema 1. Udvikling af strategiske samarbejder og erhvervssamarbejder

- o Videreudvikling af strategiske alliancer & internationale relationer, herunder implementering af aftale med Commonwealth of Massachusetts, jf. Budgetaftale 2013
- o Fremme af flere strategiske alliancer med førende internationale storbyer, regioner, universitetshospitaler og virksomheder inden for forskning og innovation.
- o Forstærke indsatsen for tiltrækning af internationale forskningsmidler og international interessevaretagelse særligt i forhold til EU og NIH.
- o Styrket synliggørelse af regionens styrkepositioner inden for forskning og innovation og branding af Region Hovedstaden internationalt. Indsatsen skal ses i tæt sammenhæng med igangværende og nye initiativer som forskningsregistrerings-systemet PURE, udvikling af regionens hjemmeside, markedsføring af Global Excellence samt øvrige aktiviteter, som fx ”forskningsdage”, matchmaking-møder, konferencer, informationspjecer m.m.
- o Udvikling af fælles Øresundspris med Region Skåne, jævnfør budget 2013,
- o Styrket administration af internationale forsknings- og innovationsmidler, såvel regionalt som i den lokale administration på hospitaler og i virksomheder.

- o Rekruttering af højt kvalificerede udenlandske forskere, herunder implementering af Talent Bridge.
- o Fortsat udvikling af regionens støtteindsats og etablering af Én indgang til forskning, innovation og kliniske forsøg i Videncenter for Innovation og Forskning.
- o Udvikling af koncepter for tiltrækning af erhvervssamarbejder – både i forhold til forskning, innovation og kliniske forsøg.
- o Etablering af flere erhvervsforskere, erhvervsph.d.'ere og erhvervsph.d.'ere
- o Videreudvikling af det tværsektorielle forskningssamarbejde.
- o Styrkelse af infrastruktur for klinisk kræftforskning i sammenhæng med anbefalingerne i den regionale kræftplan, hvor indsatsen skal bidrage til at udbygge de kliniske kræftforskningsenheder (KFE'er) og fremme kliniske forsøg på det onkologiske område, herunder i samarbejde med industrien.

Tema 2. Udvikling af processer for implementering

- o Videreudvikling af initiativer vedrørende implementering af forskningsresultater på baggrund af resultaterne fra pilotprojektet i 2012.
- o Udvikling af procedure for vurdering af udviklings- og implementeringspotentialer på ideer og ny viden vedrørende sundheds- og velfærdsteknologi. Dette skal ses i sammenhæng med implementering af den kommende innovationspolitik og udvikling af forsknings- og innovationsstøtteindsatsen i Videncenter for Innovation og Forskning.
- o Region Hovedstaden vil i samarbejde med eksterne parter på relevante områder afklare muligheder og igangsætte udvikling af værktøjer, skabeloner mv., som kan fremme implementeringsprocesser under hensyntagen til de forskellige typer af forskning og forskningsresultater - og også under hensyntagen til de forskellige sektors organisering. Samtidig skal patienternes rolle i processen overvejes.

Tema 3. Udvikling af forskningsledelse og forskningskompetencer

- o Fortsat udvikling af forskningsledelsesstruktur og -strategier i tæt samspil med de enkelte hospitaler.
- o Udvikling af uddannelser, hvor der indgår fokus på forskningsforståelse og forskertræning – i et tæt samspil med såvel uddannelsesinstitutionerne, som med regionens HR-U-virksomhed og den interne uddannelsesstrategi.
- o HRU-samarbejde om forskningslederkurser, hvor der skabes overblik over eksisterende forskerlederruddannelser og –kurser samt udvikles og udbydes nye forskerlederkurser på områder, som mangler, fx i forhold til unge forskere, forskningsansvarlige samt kurser i ledelse af forskere rettet mod ledere på højt niveau.

Tema 4. Udvikling af forskningskarriereforløb for alle relevante personalegrupper

- o Kortlægge og udvikle rammer for forskerkarriereforløb for alle typer af akademikere i sundhedsvæsenet - i et tæt samarbejde med regionens hospitaler og virksomheder og også med eksterne parter.
- o Region Hovedstaden vil i samspil med de relevante parter iværksætte en analyse af det nuværende niveau og behov for henholdsvis forskningsforståelse og forskningstræning for relevante faggrupper.
- o Region Hovedstaden vil i samarbejde med regionens hospitaler og virksomheder og relevante uddannelsesinstitutioner etablere mulighed for deltagelse i forskningsprojekter for studerende i forbindelse med bachelor- og kandidatprojekter.
- o Region Hovedstadens HR-U-virksomhed videreudvikler indsatsen for at lette rekruttering af højt kvalificerede udenlandske forskere. Initiativet skal ses i sammenhæng med det strategiske samarbejde mellem regionen, Københavns Universitet og Danmarks Tekniske Universitet omkring tiltrækning, rekruttering, integration og fastholdelse af udenlandske forskere.
- o Samarbejde med professionsbacheloruddannelsesinstitutioner. Region Hovedstaden vil i samspil med relevante institutioner målrettet faggrupperne, fx Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning (UCSF), de to professionshøjskoler, hospitaler og universiteterne, søge at udvikle initiativer målrettet disse faggrupper.

Udviklingsprojekter under Handlingsplan 2013-14 udviklet i 2012

Tema 1: Udvikling af strategiske samarbejder og erhvervssamarbejder

Handlingsplan for internationalisering

Med afsæt i Politik for Sundhedsforskning, regionens nye politik for internationalisering samt Budget 2013 igangsættes en række konkrete internationaliseringsaktiviteter, som tilsammen skal fremmere regionens internationale aktiviteter på forskningsområdet. Indsatse tager afsæt i fire tematiske områder med følgende mål:

1. Over de næste 2 år gennemføres i samarbejde med forskningsmiljøer og støtte fra deres hospitaler en strategisk indsats, som skal positionere 2-3 forskningsmæssige styrkeområder i forhold at kunne søge markante forskningsmidler i det kommende Horizon 2020. Der afsættes 1,0 mio. kr., som foreslås finansieres via forskningspuljens frie midler på Budget 2012, hvilket forudsætter overførsel via 4. økonomirapport.
2. Implementering af aftale med Massachusetts med fokus på fremme af nye forskningssamarbejder, som har potentiale for finansiering via NIH (National Institute of Health) og EU samt udveksling af forskere og forskerstuderende, i samarbejde med Region Skåne og Region Sjælland. Der afsættes 1,5 mio. kr. til implementering, som finansieres via Budget 2013.

3. Udvikling af en incitamentspulje til udvikling og gennemførsel af markante internationale forskningsprojekter med EU- eller NIH-finansiering, som kan søges af forskningsmiljøer i Region Hovedstaden. Der afsættes 2,0 mio. kr., som foreslås finansieret via forskningspuljens frie midler på Budget 2012, hvilket forudsætter overførsel via 4. økonomirapport.
4. Udvikling og implementering af model for støtte til post award baseret på indtægtsdækket virksomheder rettet mod forskningsmiljøer i Region Hovedstaden, som opnår markant støtte fra EU eller NIH, og som ønsker bistand til administration af projektet (post award). Modellen udarbejdes og implementeres i tæt dialog med hospitalerne

Profilering af regionens forskning, særlig international indsats m.m.

Region Hovedstaden vil i sammenhæng med regionens overordnede kommunikationsstrategi satse på en styrket national og international profilering af regionens forskningsindsats i samarbejde med hospitalerne, virksomhederne og universiteterne. Som led i implementering af Politik for Sundhedsforskning og Region Hovedstadens nye kommunikationsstrategi er der igangsat udvikling af en handlingsplan for forskningskommunikation, som lægger op til en styrket kommunikationsindsats baseret på et styrket samarbejde og koordination på tværs mellem hospitalerne og det regionale niveau.

Handlingsplanen udvikles i dialog med kommunikationsafdelingerne på hospitalerne og vil skulle implementeres i tæt samarbejde og med aktiv støtte fra både de lokale og regionale kommunikationsafdelinger. Der afsættes 0,5 mio. kr. til implementering af handlingsplanen for forskningskommunikation, som foreslås finansieret via forskningspuljens frie midler på Budget 2012, hvilket forudsætter overførsel via 4. økonomirapport.

Indsatsen skal derudover ses i tæt sammenhæng med igangværende og nye initiativer som forskningsregistreringssystemet PURE, udvikling af regionens hjemmeside, markedsføring af Global Excellence samt øvrige aktiviteter, som fx ”forskningsdage”, matchmaking-møder, konferencer, informationspjecer m.m.

Forskningsregistreringssystemet PURE videreudvikles, så systemet dels understøtter aktiv profilering af miljøerne, dels bidrager til at identificere forskningsområder med potentiale for etablering af større strategiske nationale og internationale forskningssamarbejder. PURE skal endvidere kobles til økonomisystemet, REFLEKS og ledelsesinformationssystemet, FLIS så det understøtter den løbende opfølgning, herunder den årlige forskningsevaluering.

Styrkelse af infrastrukturen for klinisk kræftforskning.

Der igangsættes en proces med relevante hospitaler for fremme af klinisk kræftforskning og kliniske forsøg, herunder i samspil med erhvervslivet, som ses i sammenhæng med anbefalingerne i den

regionale kræftplan og relevante initiativer i politik for sundhedsforskning 2020. Det overordnede mål med indsatsen er bl.a. at understøtte:

- o én indgang til kliniske forsøg på det onkologiske område
- o etablering af flere strategisk samarbejde med industrien om forskning, f.eks. om personalized medicine på kræftområdet og
- o styrket implementering af nye forskningsresultater på kræftområdet såvel regionalt som tværsektorielt

Der afsættes 5,94 mio. kr. til satsningen, som finansieres via midler afsat under forskningspuljen, som er øremærkede midler til området. Midlerne er dels afsat via økonomiaftalen mellem regionerne og regeringen i 2009, hvor Region Hovedstaden har 1,14 mio. kr. til disposition fra RIKK-midlerne, som efter aftale med Danske Regioner skal bruges til Kliniske KræftforskningsEnheder (KFE'er). Derudover er der på regionens budget årligt afsat 1,6 mio. kr. fra budget 2010 og årene frem til at støtte infrastrukturen for kræftforskning. Pengene er blevet overført mellem budgetårene, idet man afventede vedtagelsen af den regionale kræftplan, og beløber sig i dag til i alt 4,8 mio. kr., som alene kan anvendes efter særlig og begrundet ansøgning. Samlet set er der 5,94 mio. kr. til forskningsområdet, som forudsat overførsel til 2013 foreslås udmøntet som en engangsbevilling til etablering af infrastrukturer indenfor kræftforskning og fremme af et styrket samarbejde mellem de centrale aktører i regionen på kræftområdet.

Tema 2: Udvikling af processer for implementering

Udvikling af implementeringsmodeller m.m.

I følge Politik for Sundhedsforskning skal Region Hovedstaden sikre, at forskningsresultaternes vej til implementering afdækkes, benchmarkes og at best practice nationalt og internationalt identificeres – det gælder blandt andet i forhold til grundforskning, klinisk forskning, forebyggelsesforskning og sundhedstjenesteforskning. På baggrund heraf skal der udvikles metoder og værktøjer, som kan understøtte hurtigere og mere effektiv implementering. Region Hovedstaden skal derudover sikre rammer for organisering af implementeringssamarbejdet mellem hospitaler, forsknings- og videninstitutioner, relevante uddannelsesinstitutioner, praksissektoren og kommunerne i regionen, der understøtter det sammenhængende patientforløb.

Region Hovedstaden vil således i samarbejde med eksterne parter på relevante områder udvikle en skabelon for implementeringsprocesser under hensyntagen til de forskellige typer af forskning og forskningsresultater - og også under hensyntagen til de forskellige sektors organisering. Samtidig skal patienternes rolle i processen overvejes. Disse initiativer bringes ind i overvejelserne om konkrete samarbejder med professionsbacheloruddannelsesinstitutionerne ved den ovennævnte workshop og ved den videre udvikling af samarbejdet med disse. Der afsættes 0,5 mio. kr., som foreslås finansieret via forskningspuljens frie midler på Budget 2012, hvilket forudsætter overførsel via 4. økonomirapport.

Tema 3: Udvikling af forskningsledelse og forskningskompetencer

HRU-samarbejde om forskningslederkurser

I henhold til Politik for Sundhedsforskning skal der sættes på styrket forskningsledelse på alle niveauer, som skal understøtte mere og bedre forskning i regionen. Indsatsen skal koordineres med den interne uddannelsesstrategi og dermed skabes grundlag for udvikling af regionale uddannelsesforløb i tæt samspil med regionens uddannelsesvirksomhed og relevante eksterne aktører. Indsatsen koordineres med den lokale indsats på regionens hospitaler, bl.a. via udviklingsaftalerne.

Der er igangsat en dialog med HRU med henblik på udvikling og igangsættelse af et udviklingsprojekt, som har til hensigt at:

- o Skabe overblik over eksisterende forskerlederuddannelser og –kurser
- o Sikre at eksisterende kurser indeholder de emner, som er centrale for at drive god forskningsledelse i Region Hovedstaden, fx i GCP, videnskabsetiske krav, fundraising mv.
- o Udvikle og udbyde nye forskerlederkurser på områder, som mangler, fx i forhold til unge forskere, forskningsansvarlige samt kurser i ledelse af forskere rettet mod ledere på højt niveau.

Der afsættes 1,0 mio. kr., som foreslås finansieres via forskningspuljens frie midler på Budget 2012, hvilket forudsætter overførsel via 4. økonomirapport.

Tema 4: Udvikling af forskningskarriereforløb for alle relevante personalegrupper

Samarbejde med professionsbacheloruddannelsesinstitutioner

I Politik for Sundhedsforskning er der fokus på forskningsindsatsen og fremme af forskningsforståelsen på professionsbachelorområdet. Dette er i god overensstemmelse med flere af hospitalerne, som har dette som indsatsområde i deres udviklingsaftaler. Region Hovedstaden vil i samspil med relevante institutioner målrettet faggrupperne, fx Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning, UCSF de to professionshøjskoler, hospitaler og universiteterne, søge at udvikle initiativer målrettet disse faggrupper.

Første skridt er en netop afholdt workshop med repræsentanter fra Professionshøjskolen Metropol, Professionshøjskolen UCC, Dansk Sygeplejeråd og Region Hovedstaden og herunder fra hospitalerne, UCSF, Koncern Planlægning, Udvikling og Kvalitet, HR & Uddannelse samt Videntcenter for Innovation og Forskning. Formålet med workshoppen var at identificere emner & konkrete oplæg til tværgående udviklingsprojekter i tilknytning til implementering af Politik for Sundhedsforskning 2020. Workshoppen havde specielt fokus på forskningsforståelse, implementering af forskning og patientinvolvering i sygeplejerskeuddannelser og -videreuddannelser.

Der afsættes 1,0 mio. kr., som foreslås finansieret via forskningspuljens frie midler på Budget 2012, hvilket forudsætter overførsel via 4. økonomirapport.

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 7

Emne: Tidsplan for regnskabsaflæggelse 2013 og årsregnskab 2012

1 bilag

POLITISK TIDSPLAN FOR REGNSKABSAFLÆGGELSEN 2012

Måned	Dato i 2013	Handling
Januar	Torsdag 31.	Supplementsperioden udløber
Februar	Ultimo	Regnskabsopgørelse foretages
Marts	Tirsdag 5.	Formandsmeddelelse om regnskabsresultatet 2012 omkostningsbaseret – FU
April	Mandag 1.	Specifikationer (inklusive balancen) indsendes til Danmarks Statistik Genbevillingsgrundlag 2013 ud fra foreløbigt regnskab 2012 (indarbejdes i 1. økonomirapport 2013) - FU
	Tirsdag 9.	
	Tirsdag 16.	Genbevillingsgrundlag 2013 ud fra foreløbigt regnskab 2012 (indarbejdes i 1. økonomirapport 2013) - RR
Maj	Tirsdag 7.	Forelæggelse af samlet regnskab 2012 for FU
	Tirsdag 14.	Forelæggelse af samlet regnskab 2012 for RR
	Fredag 31.	Årsregnskabet afgives af regionsrådet inden den 1. juni til revisionen og indsendes elektronisk til Økonomi- og indenrigsministeriet.
Juni		
Juli		
August	Senest 15.	Revisionen afgiver endelig beretning om revision af årsregnskabet til regionsrådet.
September	Tirsdag 17.	Endeligt regnskab 2012 og revisionsberetning samt godkendelse af investeringsregnskaber forelægges FU.
	Tirsdag 17.	Redegørelse vedrørende indberettet aktivitet, aktivitetsbestemte tilskud m.v. 2012 forelægges FU.
	Tirsdag 24.	Endeligt regnskab 2012 og revisionsberetning samt godkendelse af investeringsregnskaber forelægges RR.
	Mandag 30.	Årsregnskab, revisionsberetning og de afgørelser, regionsrådet har truffet i forbindelse hermed, sendes til tilsynsmyndigheden.

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 8

Emne: Implementering af aftale om akutjob i Region Hovedstaden

2 bilag

Til forretningsudvalget

Telefon 3866 5000
Direkte 3866 6357

Dato: 7. november 2012

Notat om implementering af aftale om akutjob i Region Hovedstaden**Indledning og baggrund**

Den politiske aftale om akutjob af 24. oktober mellem regeringen og de offentlige og de private arbejdsgivere medfører nogle politiske forventninger og administrative forpligtelser for regionerne i forhold til opslag af ledige stillinger og stillingsbesættelse fra november 2012 og frem til medio 2013.

Dette notat gennemgår de opgaver, der er forbundet med at skulle etablere 256 akutjob på regionens arbejdspladser i perioden 15. november 2012 til 1. juli 2013.

Aftalen betyder, at private og offentlige arbejdsgivere kan opslå ordinære stillinger af mindst 13 ugers varighed som akutjob ved registrering i Beskæftigelsesministeriets jobbank, Jobnet.dk. Det skal fremgå tydeligt af opslaget, at stillingen opslås med henblik på at ledige, der er i risiko for at opbruge eller opbruger dagpengereetten, kan søge stillingen. Stillingerne er på sædvanlige løn- og arbejdsvilkår og kan være både permanente og midlertidige.

Ledige i målgruppen for akutjob er medlemmer af anerkendte a-kasser, der står til at miste dagpengereetten inden for højst 13 uger i perioden fra 1. oktober til og med udgangen af uge 26 i 2013.

Akutjob-modellen er i korte træk, at offentlige arbejdsgivere i den kommende tid (15. november 2012 til 1. juli 2013) kan give kvalificerede ledige omfattet af fortrinsadgang til stillinger, der opslås som akutjob, således at gruppen sikres lettest mulig adgang til beskæftigelse.

Det ventes, at der i folketinget i uge 45 vedtages lovgivning, der betyder, at offentlige arbejdsgivere, der opslår et akutjob, får mulighed for at fravige kravet om alene at lægge vægt på en ansøgers faglige kvalifikationer ved i stedet at give ledige i målgruppen fortrinsadgang ved besættelse af stillinger.

Akutjob og beskæftigelsesforhold i regionen

Opgaven med indførelse af akutjob i regionen medfører særlige udfordringer set i forhold til de aktuelle beskæftigelsesmæssige konjunkturer og regionens personalesammensætning.

Set med regionen som udgangspunkt er der en ubalance mellem fag- og uddannelsesprofilen af de ledige i målgruppen for akutjob set i forhold til regionens personalemæssige sammensætning. De store personalegrupper i regionen – sygeplejersker, sosu-personale og lægepersonale - er meget begrænset repræsenteret i målgruppen af ledige.

Det estimeres af Beskæftigelsesministeriet, at op til 16.000 i a-kasserne i hele landet står til at miste deres dagpengeret frem til udgangen af 2013. Regionerne har anmodet Arbejdsmarkedsstyrelsen om en nærmere opdeling af målgruppen på faggrupper, men en sådan foreligger endnu ikke.

På landsplan er langt hovedparten af de ledige, der står til at miste dagpengene (formentlig ca. 70%) medlemmer under LO-områdets a-kasser. Hovedparten af disse er fra Forbundet 3F. 3F har alene for 40-45% af alle i målgruppen af ledige, mens FOA og HK-området har hver godt 10% i målgruppen.

Der er heller ikke detaljerede tal for FTF-området og AC-området. Men disse to hovedområder står for ca. 25% af samtlige i ledige målgruppen (altså ca. 4000 ledige på landsplan). Hovedparten af disse ledige er - skønnes det - fra AC-området og har uddannelser inden for det humanistiske og samfundsfaglige område.

FTF-området, herunder især de sundhedsfaglige professioner, vurderes ikke at have særligt mange i målgruppen (et tidligere skøn er 4%), ligesom der heller ikke ventes at være mange med en sundhedsfaglig akademisk uddannelse i målgruppen.

Jobåbninger i regionen

Det skønnes, at der i regionen aktuelt er mellem 5-6000 jobåbninger/jobopslag om året. Halvdelen af disse stillinger besættes gennem interne jobskift. Og langt hovedparten af disse stillinger er annoncering efter personale med en sundhedsfaglig uddannelse og baggrund, og ofte er der krav om autorisation.

Hovedgrupperne personalemæssigt i regionen ser således ud (primo 2012):

- Sundhedsfagligt plejepersonale, 41%
- Læge- og tandlægepersonale, 15%
- Andet sundhedspersonale (fys, ergo, jordemødre, bioanalytikere m.v.), 12%
- Administrativt personale (lægesekretær, it, vagtpersonale, HK, AC m.v.), 17%
- Drift- og servicepersonale (service, rengøring, portører, køkken, teknisk m.v.), 12%
- Pædagogisk personale, 3%.

En del af disse stillingsskift er også knyttet til uddannelsesforløb for faggrupper, bl.a. i lægegruppen.

Omkring 70-75% af regionens ansatte (faggrupper) er dermed kun repræsenteret i målgruppen af ledige med ganske få procenter.

En foreløbig vurdering er, at de bedste muligheder for match mellem jobåbninger i regionen og ledige i målgruppen, vil være i stillinger inden for drifts og serviceområder, kontoradministrative stillinger og visse typer af administrative akademiske job.

Implementering af akutjob i regionen

Følgende emner er vigtige i forhold til regionens håndtering af akutjob:

1. Opslag af stillinger som akutjob
2. Sammenspil mellem tryghedsordning og akutjob
3. Opslag og opslagstekster
4. Udvælgelse af ansøgere til samtale og fortrinsret
5. Dokumentation af indsats
6. Ansættelsesvilkår
7. Administration

1. Opslag af stillinger som ”akutjob”

Efter 15. november 2012 vil alle stillinger som udgangspunkt blive opslået som akutjob.

Akutjob og ’akut-annoncering’ er således job, hvor ordet ”akutjob” indgår, og hver der følges en særlig procedure ved udvælgelse og fortrinsret for ansøgere, der er ledige i målgruppen.

Spørgsmålet om alle stillinger i regioner skal opslås som akutjob drøftes aktuelt i Danske Regioner. Nogle regioner overvejer at undtage visse sundhedsfaglige specialiststillinger for akutjobopslag. Den linje der anbefales i Region Hovedstaden er, at alle stillinger opslås som akutjob, således at mulighederne for akutjobansøgere er de bedst tænkelige i forhold til aftalens intentioner.

2. Sammenspil mellem tryghedsordning og opslag af akutjob

Regionens nuværende tryghedsordning kan fortsat fungere sammen med akutjobordningen.

Den nuværende tryghedsordning løber frem til udgangen af 2012. I denne periode gælder de aftalte procedurer for afsøgning af behov for/mulighed for intern omplacering af eventuelle medarbejdere, forud for eventuelt eksternt opslag. Besættes en ledig stilling ikke internt (ved omplacering gennem tryghedsordning) kan der ske eksternt opslag - og dermed opslag som akutjob.

Efter den 1. januar 2013, hvor den nye RegionH Match ordning opstarter, følges en lignende procedure.

Hvis der er overtallige medarbejdere, undersøger man først internt på hospital eller virksomhed, og derefter i hele regionen af HRU, om der er ledige stillinger, der matcher overtallige medarbejder m.h.t. profil og kvalifikationer. I opsigelsesperioden har en opsagt medarbejder fortrinsret til at komme til en samtale på en ledig stilling, men ikke til at få tilbudt stillingen.

Hvis stillingen ikke besættes af en intern ansøger frigives den til eksternt opslag, og stillingen kan opslås som akutjob.

3. Opslag og opslagstekster

Arbejdsmarkedsstyrelsen har i en vejledning udsendt i oktober præciseret hvilken formulering, der anbefales ved opslag som akutjob. Alle stillingsopslag forsynes med teksten ”akutjob” samt med en tekst eksempelvis nederst på annoncen:

”Der er tale om et akutjob. Ledige medlemmer af en arbejdsløshedskasse, hvis dagpengeret udløber inden for højst 13 uger i perioden 1. oktober 2012 til 1. april 2013 og senest ved udgangen af uge 26 i 2013, opfordres særligt til at søge stillingen”.

4. Udvalgelse af ansøgere til samtale og fortrinsret til en stilling

Hovedprincippet ved offentlige ansættelser er, at man skal vælge den ansøger, der har de bedste kvalifikationer i forhold til stillingen. Folketinget ventes i uge 45 at vedtage lovgivning, der midlertidigt suspenderer denne norm i ansættelsessager. Der vil dog ikke være en lovbestemt forpligtelse til at tage akutjobansøgere til samtale blandt ansøgerne til en stilling.

I lovudkastet (fremsat 30. oktober) er det anført, at *”offentlige arbejdsgivere kan give kvalificerede ledige omfattet af (målgruppen for akutjob) fortrinsadgang til stillinger, der opslås som akutjob”.*

Der er ikke givet en nærmere definition af *”fortrinsadgang”* til stillinger. I lovudkastet hedder det, *at en offentlig arbejdsgiver kan lade hensyn til, at der er tale om personer, der er i risiko for at opbruge deres dagpengeret, indgå, og hvis den pågældende arbejdsgiver ønsker det, være afgørende for, hvem arbejdsgiveren indkalder til samtale eller ansætter i akutjob”*

Spørgsmål om ’fortrinsadgang’ har også været drøftet mellem regionerne og Arbejdsmarkedsstyrelsen, hvor konklusionen er, at regionerne anbefales at tage akutjob-kandidater til samtale, hvis de har en relevant fagprofil og tilstrækkelige med kvalifikationer i forhold til den søgte stilling.

Med henblik på at udmøntes hensigtserklæringen i aftalen om akutjob bedst muligt lægges der op til følgende fremgangsmåde ved udvælgelse af ansøgere til samtale om besættelse.

- Ved gennemgang af ansøgerfeltet afsøges akutjob-kandidaterne først
- Hvis der blandt disse vurderes at være ansøgere, der har en relevant fagprofil og tilstrækkelige med kvalifikationer gennemføres samtaler med den eller disse ansøgere først
- Er der ved samtalen en akutjob-ansøger der har tilstrækkelige med kvalifikationer, tilbydes jobbet til vedkommende
- Hvis der ikke er en relevant akutjob-kandidat med tilstrækkelige kvalifikationer, går man videre efter den normale ansættelsesprocedure.

Forudsætningen for denne procedure er, at der i nærmeste fremtid vedtages den nødvendige lovgivning.

Såfremt stillingen besættes med en akutjobansøger, anføres der i afslaget til den øvrige ansøgerkreds, at der har været gennemført jobudvælgelsen efter retningslinjerne for opslag af akutjob samt, at stillingen er besat med en ansøger, der havde en relevant fagprofil og tilstrækkelige med kvalifikationer.

Er der mange akutjob-kandidater blandt ansøgerne anbefales en øvre grænse for, hvor mange der tages til samtale. Her foreslås en øvre grænse på maks 5 personer.

Det er den ansættende ledelse, der afgør, hvilken kandidat der har de tilstrækkelige kvalifikationer til jobbet.

5. Dokumentation for indsats

Der gennemføres en løbende dokumentation af regionens indsats og omfanget af ansøgninger, samtaler og jobplaceringer.

Der foreslås følgende dokumentation af regionens indsats:

- Antal akutjobopslag eller jobåbninger i regionen (via HR-Manager og jobnet.dk)
- Antal ansøgninger og baggrundsprofil (via de kommunale jobcentre m.v.)
- Antal akutkandidater til samtale (via intern registrering)
- Antal akutkandidater i job (via HR-Manager/Silkeborg løn).

Ultimo januar 2013 udarbejdes første status over, hvordan regionen samt hospitaler og virksomheder står i forhold til målsætningen om at besætte 256 stillinger som akutjob.

Arbejdspladsens opgave i forbindelse med dokumentation er, at afgive rapport til HRU i de tilfælde, hvor der er akutjobansøgere til en ledige stilling, og hvor mange der eventuelt har været til samtale.

6. Ansættelsesvilkår og varighed

Udgangspunkt er at ansættelse akutjob er ansættelse i ordinære stillinger - tidsbegrænset eller som fast ansættelse. Arbejdspladsen skal derfor forhandle som ved enhver anden ansættelse, hvor der afhængig af jobkategori og overenskomstområde, sker forhandling med den forhandlingsberettigede organisation ud fra erfaring, anciennitet og kvalifikationer.

Ansættelse i mindst 3 måneder medfører, at ansættelsen kan tælles med i regionens kvote af akutjobstillinger, men først ved ansættelse i mindst 6 måneder udbetales første præmie på 12.500 kr. til arbejdspladsen. Efter ansættelse i mindst 12 måneder kan der ske udbetaling af den fulde præmie på 25.000 kr. Præmien tilfalder arbejdspladsen.

7. Administration og økonomi

Det er Sektion for rekruttering og beskæftigelsesfremme i HRU, der vil stå for kontakten og administrationen vedr. akutjob i regionen.

Kontakt til kommunale jobcentre, opslag via jobnet.dk m.v. håndteres af sektionen. Indhentning af præmie efter 6 måneder og 12 måneders ansættelse sker også gennem sektionen.

Drøftelse af personaleprocedurer i RegionH MED-udvalget

Akutjob indebærer en midlertidig ændring i de personalepolitiske principper for opslag og ansættelser. Ordningen skal derfor i medfør af MED-aftalen drøftes med RegionH MED-udvalget.

Politisk opfølgning

Der er aftalt en løbende politisk opfølgning mellem aftaleparterne på, hvordan arbejdsgiverne - i staten, kommuner, regioner og det private område - formår at opstarte og anvende akutjob. Der forventes en særlig opmærksomhed på, hvordan private og offentlige arbejdsgivere anvender ordningen, og hvilke bestræbelser, der gøres for at realisere intentionerne med aftalen.

Aftale om akutjob

24. oktober 2012

Overgangen til den vedtagne dagpengereform, herunder den 2-årige dagpengeperiode, den midlertidige periodeforlængelse med FL12 samt de svage konjunkturer betyder, at der i 1. halvår 2013 er risiko for et relativt højt udfald af dagpengesystemet.

Det indebærer en særskilt udfordring i forbindelse med implementeringen af dagpengereformen, som regeringen og arbejdsgivere i den private og offentlige sektor træder sammen for at løse. Det skal ses i sammenhæng med en fælles interesse i at opretholde beskæftigelsen og gøre en særlig indsats for at modvirke lediges udfald af dagpengesystemet.

Baggrunden for udfordringen er blandt andet, at den internationale økonomiske krise siden 2008 har medført et betydeligt fald i både den private og offentlige beskæftigelse. Det hænger sammen med, at private virksomheder er under pres i disse år, og at det samtidig er nødvendigt at konsolidere de offentlige finanser.

Det har isoleret set svækket lediges muligheder for at finde ordinær beskæftigelse, men på trods af lavkonjunkturen er der omkring 350.000 jobåbninger halvårligt, som giver muligheder for beskæftigelse – også for ledige, der står til at opbruge dagpengeretten.

Regeringen har med afsæt i regeringsgrundlaget og *Danmark i arbejde – Udfordringer for dansk økonomi mod 2020* taget en række initiativer, som holder hånden under dansk økonomi og beskæftigelsen. Det overordnede hensyn er at føre en sund og holdbar finanspolitik, som i sidste ende også bidrager til lave renter og dermed understøtter aktiviteten i dansk økonomi.

Regeringen har derudover senest med LO, DA, AC, FTF, KL og A-kassernes Samvirke iværksat en akutpakke til i alt ca. 330 mio. kr., som betyder, at jobcentre og a-kasser sætter ind med en ekstraordinær indsats for at hjælpe de forsikrede ledige, der risikerer at opbruge deres samlede dagpengeret, tilbage i job frem til og med 1. halvår 2013.

Den ekstraordinære indsats har fokus på jobformidling og jobsøgningsstøtte, og ledige i risikogruppen har ret til et intensivt forløb med en personlig jobformidler, som hjælper den enkelte i alle led af jobsøgningen. Samtidig får ledige i risikogruppen med akutpakken blandt andet ret til at få et tilskud med sig til opkvalificering, hvis de bliver ansat i et job uden løntilskud.

Akutjob målrettet ledige sidst i dagpengeperioden

I forlængelse af akutpakken iværksættes en helt ekstraordinær, midlertidig og massiv indsats frem til 1. juli 2013 for at understøtte gode jobmuligheder for de ledige, der er i risiko for at opbruge eller opbruger deres samlede dagpengeret.

Arbejdsgiverrepræsentanter i den private sektor (DA) og den offentlige sektor (KL, Danske Regioner og Finansministeriet) er enige om at arbejde for at tilvejebringe et antal ledige akutjob frem til 1. juli 2013 målrettet dagpengemodtagere, der er i risiko for at opbruge eller opbruger dagpengeretten. Jobbene er på sædvanlige løn- og arbejdsvilkår og kan være både permanente og midlertidige.

Det understreges, at en række virksomheder og offentlige institutioner aktuelt må nedbringe antallet af ansatte på grund af den økonomiske situation. Disse vil derfor have vanskeligere ved at bidrage til tilvejebringelsen af ledige akutjob.

For at øge arbejdsgivernes tilskyndelse til at finde job til målgruppen (akutjob) indføres der som en midlertidig foranstaltning en præmieringsordning for arbejdsgivere, der ansætter dagpengemodtagere, der står til at opbruge dagpengeretten. Præmien udgør op til 25.000 kr. pr. ansættelsesforhold. For at understøtte tilvejebringelsen af ledige stillinger for målgruppen kan præmien også udløses til virksomheder uden for DA-området.

Det er afgørende, at de ledige i målgruppen fuldt ud står til rådighed for arbejdsmarkedet efter de gældende rådighedsregler. Det indebærer blandt andet, at de ledige skal være tilmeldt som arbejdssøgende hos jobcenteret og have et godkendt CV på jobnet.dk, være aktivt jobsøgende og tage job, som jobcenteret eller a-kassen henviser dem til, samt deltage i aktivering og samtaler mv. i jobcenteret og a-kassen.

Målgruppen for akutjob

Målgruppen for stillingerne omfatter ledige, der i perioden 1. oktober 2012 til 1. april 2013 har 3 måneder eller mindre tilbage af dagpengeperioden, samt personer, der frem til 1. juli 2013 opbruger den samlede dagpengeperiode og fortsat er ledige. Ordningen med akutjob gælder frem til 1. juli 2013.

Det vurderes, at i alt 20.000 ledige i perioden oktober 2012 til april 2013 vil komme ind i denne målgruppe. Hovedparten af målgruppen er i risiko for at opbruge dagpengeretten i begyndelsen af 2013.

En del af de ledige i målgruppen vil erfaringsmæssigt finde job på egen hånd inden for den tilbageværende periode med ret til dagpenge eller umiddelbart herefter. Det indebærer, at det reelle behov for akutjob for ledige i målgruppen vil være mindre end den samlede målgruppe.

Der fastsættes på den baggrund et samlet måltal på i alt 12.500 akutjob i den samlede periode, hvoraf en væsentlig del af jobåbningerne skal findes inden årsskiftet, *jf. tabel 1.*

Tabel 1**Målgruppen fordelt på akutjob samt anden beskæftigelse mv.**

	Andel af samlet måltal, pct.	Stillinger
Private arbejdsgivere, i alt	60	7.500
- heraf på DA-området	40	5.000
- heraf øvrige private arbejdsgivere (<i>skøn</i>)	20	2.500
Offentlige arbejdsgivere, i alt	40	5.000
- heraf statslige arbejdsgivere	10	1.200
- heraf regionale arbejdsgivere	6	800
- heraf kommunale arbejdsgivere	24	3.000
Måltal for akutjob, i alt		12.500
Øvrig afgang til anden beskæftigelse mv.		7.500
Afgang fra målgruppen, i alt		20.000

Den konkrete fordeling af måltallet mellem arbejdsgiverne på DA-området og de offentlige arbejdsgivere tager afsæt i de respektive andele af den samlede beskæftigelse, som aftaleparterne beskæftiger. DA-området dækker omkring en tredjedel af den samlede beskæftigelse. Tilsvarende dækker den offentlige sektor omkring en tredjedel af den samlede beskæftigelse. Det indebærer, at de private og offentlige arbejdsgivere bag aftalen skal tilvejebringe lige mange akutjob. Måltallet for både arbejdsgiverne på DA-området og de offentlige arbejdsgivere fastsættes til 5.000 akutjob. Fordelingen af det samlede måltal for den offentlige sektor på stat, regioner og kommuner afspejler sektorernes respektive beskæftigelsesandele.

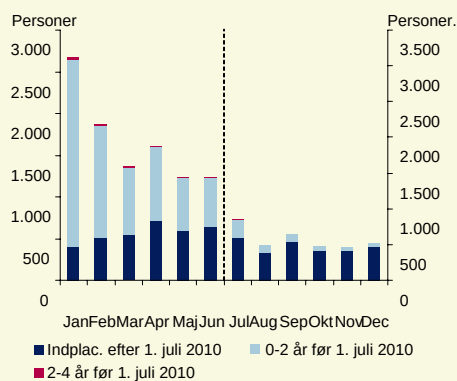
Herudover kan private virksomheder uden for DA-området, som dækker omkring den resterende tredjedel af den samlede beskæftigelse, bidrage med akutjob. Bidraget fra disse virksomheder skønnes at udgøre 2.500 job svarende til halvdelen af måltallet for arbejdsgiverne på DA-området. Det skal blandt andet ses i lyset af, at disse virksomheder også er omfattet af præmieringsordningen for arbejdsgiverne, hvilket skaber et ekstra incitament til at ansætte ledige fra målgruppen.

Der tages løbende stilling til, om det samlede måltal afspejler behovet for akutjob for målgruppen, *jf. nedenfor*. Behovet afhænger blandt andet af, hvor mange ledige i målgruppen der på egen hånd finder et andet arbejde end et akutjob, trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet eller overgår til andre ordninger samt antallet af stillinger, private virksomheder uden for DA-området bidrager med.

Boks 2**Skønnet udfald af dagpengesystemet i 2013 og sammensætning af risikogruppen**

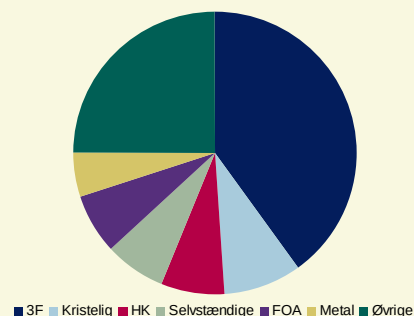
Det skønnes, at 9-16.000 personer vil opbruge dagpengereetten i 2013. Hovedparten forventes at opbruge dagpengereetten i de første 2-3 måneder af året, *jf. figur 1*. Det stiller krav om, at der hurtigt findes stillinger til målgruppen af en vis volumen.

Blandt forsikrede ledige med forhøjet risiko for at opbruge dagpengereetten i 2013 er mænd over 50 år væsentligt overrepræsenteret. På tværs af a-kasser udgør medlemmer af 3F, HK, Kristelig a-kasse, FOA, selvstændige og Metal en relativ stor andel af den forventede målgruppe set i forhold til a-kassernes størrelse, *jf. figur 2*. Endelig forventes målgruppen at være særlig stor i en række kommuner på Københavns vestegn, Fyn og i nogle nordjyske kommuner.

Figur 1**Simuleret udfald i 2013**

Anm.: Den faktiske udfaldsgruppe i figur 1 simuleres ved fremskrivning af dagpengepopulationen i juni 2012 efter dagpengeanciennitet samt indplaceringsdato med de observerede betingede afgangssandsynligheder (hazardrater) i 2004-2006. Det antages, at en dagpengeperiode på 2 år i nogen grad sammenpresser den afgang, der i dag sker ved en dagpengeperiode på 4 år. Udfaldet udgør 10.000 personer i 1. halvår og 3.000 personer i 2. halvår 2013.

Kilde: DREAM-forløbsdatabasen, DUR og egne beregninger.

Figur 2**Sammensætning af målgruppen efter a-kasse***De private arbejdsgivere*

De private arbejdsgivere (DA) forpligter sig til at arbejde for at tilvejebringe 5.000 ledige akutjob for dagpengemodtagere, der er i risiko for at opbruge eller opbruger dagpengereetten.

Stillingerne kan være både permanente og midlertidige, men er job på sædvanlige løn- og arbejdsvilkår og uden tilskud fra det offentlige. Der fastsættes en minimumsgrænse for den planlagte varighed af de midlertidige job på 3 måneder.

Stillingerne skal opslås og kunne udsøges særskilt i Beskæftigelsesministeriets jobbank, jobnet.dk, *jf. også nedenfor*.

Stillingerne udbydes med henblik på besættelse af ledige, der har mindre end 3 måneder tilbage af dagpengeperioden og med udløb i første halvår 2013, samt personer, der frem til 1. juli 2013 opbruger den samlede dagpengeperiode og fortsat er ledige. Med opslaget tydeliggøres det, at virksomheden opfordrer personer i målgruppen til at ansøge jobbet. Hvis stillingen ikke besættes af en ledig i målgruppen, kan stillingsbesættelsen ikke udløse en præmie til arbejdsgiveren.

Aftalen udmøntes i praksis ved, at DA og medlemsorganisationerne iværksætter en kampagne målrettet deres medlemsvirksomheder. Kampagnen skal sende et tydeligt signal til virksomhederne om, at de bør bidrage til at løse den ekstraordinære udfordring, som det danske arbejdsmarked og samfund står overfor i første halvår 2013.

Konkret vil DA og medlemsorganisationerne formidle aftalen bredt ud i pressen og udsende direkte henvendelser til deres respektive medlemsvirksomheder om at oprette det nødvendige antal akutjob til ledige i målgruppen. Organisationernes ledelser vil endvidere fungere som ambassadører for aftalen. Disse formidler budskabet om vigtigheden af at tilvejebringe jobåbninger.

Fra aftalens indgåelse og frem til og med første halvår 2013 vil medlemsorganisationerne vedvarende arbejde for, at der sikres det nødvendige antal jobåbninger, kommunikere aftalens indhold og holde løbende kontakt til medlemsvirksomhederne. Kampagnen kan fx indeholde:

- Ledelserne i DA's medlemsorganisationer vil tage kontakt til den øverste ledelse i samtlige af deres respektive medlemsvirksomheder med opfordring til at oprette det nødvendige antal jobåbninger til målgruppen.
- Medlemsorganisationerne vil løbende skrive om kampagnen i deres respektive medlemsblade og formidle kampagnen på deres hjemmesider.
- Kampagnen vil blive formidlet direkte til medlemsvirksomhederne. Gennem kampagneperioden vil nødvendigheden af jobåbninger indgå i nyhedsbreve herom til medlemsvirksomhederne.
- Medlemsorganisationer, der har regionale foreninger, kan inddrage disse, og kampagnen kan være et tema for møder i bestyrelser og til regionale arrangementer for medlemsvirksomhederne. De regionale foreninger kan få til opgave at formidle kampagnen til virksomheder i den pågældende region bl.a. via direkte henvendelse.
- Der udarbejdes pjecer, der udsendes til virksomhederne, og som yderligere vil blive uddelt til arrangementer i medlemsforeningerne i kampagneperioden. Pjecerne vil endvidere kunne blive brugt af jobcentre i deres dialog med virksomhederne.

De offentlige arbejdsgivere

De offentlige arbejdsgivere (KL, Danske Regioner og Finansministeriet) forpligter sig til at arbejde for at tilvejebringe 5.000 midlertidige eller permanente ledige akutjob i den offentlige sektor for ledige i målgruppen. Jobbene er på ordinære løn- og arbejdsvilkår. Det kan fx være barsels- eller sygdomsvikariater. Der fastsættes en minimumsgrænse for varigheden af de midlertidige job på 3 måneder.

Stillingerne skal opslås i Beskæftigelsesministeriets jobbank, jobnet.dk, så de kan udsøges særskilt og kan besættes med ledige, der har mindre end 3 måneder tilbage af dagpengeperioden og med udløb i første halvår 2013 samt personer, der frem til 1. juli 2013 opbruger den samlede dagpengeperiode og fortsat er ledige.

Som en midlertidig foranstaltning etableres der derudover lovhjemmel til, at de offentlige arbejdsgivere som et yderligere element kan give ledige i målgruppen fortrinsadgang til jobbene. Hjemmelsgrundlaget løber frem til medio 2013.

Herudover opfordres offentlige arbejdsgivere til opslag/offentliggørelse af alle jobåbninger på Jobnet.dk. Offentlige arbejdsgivere har i dag kun pligt til at opslå/offentliggøre varige stillinger samt midlertidige stillinger af over 1 års varighed.

Det samlede måltal for den offentlige sektor fordeles ud på stat, regioner og kommuner med afsæt i sektorernes respektive beskæftigelsesandele. KL og Danske Regioner forpligter sig således til at arbejde for, at deres medlemmer bringer henholdsvis 3.000 og 800 akutjob til målgruppen i spil og slår dem op på Jobnet.dk.

Fra KL's side igangsættes følgende initiativer:

- Drøftelser af aftalen på borgmestermøder, KKR-møder og kommunaldirektørmøder.
- Kickstarts-møder med jobcenterchefer og personalechefer i efteråret 2012 med fokus på, hvordan kommunerne konkret griber opgaven an.
- Nedsættelse af en særlig task force, der vil følge udviklingen løbende gennem hele perioden og være i tæt kontakt med kommunerne om indsatsen.
- Løbende kommunikation og udarbejdelse af materiale til kommunerne gennem etablerede kanaler, såsom nyhedsbreve til jobcenterchefer, KL's dialogportal, KL's konferencer og KL's hjemmeside.

Fra Danske Regioners side igangsættes følgende initiativer:

- Udmøntning af måltallet ved fastsættelse af kvoter mellem regionerne for antallet af akutjob (efter en med regionerne nærmere fastsat fordelingsnøgle).
- Krav om en indsats i hver enkelt region for at leve op til måltallet, fx via informationsmøder, nyhedsbreve mv.
- HR-direktørkredsen gøres til ansvarlig for opfølgningen og systematisk videndeling i forhold til implementeringsinitiativer og -barrierer.
- Fast orienteringspunkt med status på alle møder i Danske Regioners bestyrelse i perioden.
- Løbende kommunikation og udarbejdelse af materiale til regionerne gennem etablerede kanaler, såsom nyhedsbreve, hjemmeside mv.

På statens område vil udmøntningen af måltallet på 1.200 stillingsopslag for akutjob ske ud fra en nærmere fastsat fordelingsnøgle for de enkelte ministerområder.

Jobbank for akutjob

Der etableres en digital løsning, hvor alle job til ledige, der risikerer at opbruge eller opbruger dagpengereetten, kan findes samlet i Jobnet.dk.

Løsningen skal være ubureaukratisk og bygge videre på de kanaler, hvor private og offentlige arbejdsgivere i dag opslår ledige job. Samtidig skal løsningen etableres

uden store omlægninger af it-systemer, så den kan træde i kraft senest d. 15. november 2012.

Målretningen af job til ledige i risikogruppen etableres ved hjælp af en standardtekst, som arbejdsgivere indskrifter i jobopslag for de relevante job, fx: *"Ledige med 3 måneder eller mindre tilbage af dagpengeperioden, samt personer der frem til 1. juli 2013 opbruger den samlede dagpengeperiode og fortsat er ledige, opfordres særligt til at søge stillingen"* Standardteksten skal bruges i jobopslagene, og jobbene slås op på Jobnet.dk.

En fritekstsøgning på Jobnet.dk, hvor den aftalte standardtekst indgår, vil herefter generere en samlet liste over job målrettet til ledige i risikogruppen. Listen kan anvendes af jobcentre og a-kasser samt af ledige i risikogruppen selv.

Udover Jobnet.dk kan akutjob opslås i andre databaser mm.

I forbindelse med etableringen af løsningen informeres arbejdsgivere, ledige, jobcentre og andre aktører om formål og processer for den nye ordning i jobbanken.

Jobpræmie til arbejdsgivere

For at styrke arbejdsgivernes tilskyndelse til at finde job til målgruppen indføres der som en midlertidig foranstaltning en præmieringsordning for arbejdsgivere, der ansætter personer i målgruppen i midlertidige eller i permanente stillinger.

Præmien udgør 12.500 kr., når ansættelsesforholdet har en varighed på minimum 6 måneder, og yderligere 12.500 kr., hvis ansættelsesforholdet opnår en samlet varighed på minimum 12 måneder. Den maksimale jobpræmie udgør således i alt 25.000 kr. for job af en varighed på minimum 12 måneder.

Det er en betingelse for udbetaling af jobpræmien, at den ansatte har en gennemsnitlig arbejdstid på mindst 32 timer ugentligt i løbet af hver 6 måneders ansættelsesperiode. Endvidere skal der være tale om et akutjob, der har været slået op i jobbanken. Jobpræmieordningen er midlertidig og omfatter ansættelsesforhold for målgruppen, der indgås i perioden frem til 1. juli 2013.

Jobpræmieordningen administreres af a-kasserne. Den enkelte arbejdsgiver ansøger a-kassen om udbetaling af jobpræmien og vedlægger dokumentation for, at ansættelsesforholdet opfylder kriterierne for udbetaling af en jobpræmie (varighed, timetal og identifikation af den pågældende medarbejder, jobopslag samt erklæring fra a-kassen om, at medarbejderen indgik i målgruppen på ansættelsestidspunktet). A-kassen behandler ansøgningen. Herefter kan præmien udbetales.

Ledige vil løbende kunne bede deres a-kasse om en bekræftelse på, at de indgår i målgruppen for jobpræmien, så de allerede i forbindelse med en ansøgning eller en ansættelsessamtale vil kunne give denne information til en potentiel kommende arbejdsgiver og dermed potentielt øge chancerne for at få jobbet.

Opfølgning

Der skal løbende følges op på, om de fastsatte måltal for akutjob realiseres, og på resultaterne i form af afgang til job for de ledige i målgruppen.

Der fastsættes 2 politiske opfølgingsmøder mellem aftaleparterne, hvor der gøres status for antallet af akutjob, som er tilvejebragt inden for den private sektor, staten, regionerne og kommunerne, samt om måltallet fortsat er det rigtige set i lyset af udviklingen i målgruppen. Det første politiske møde finder sted i første halvdel af december 2012. Her følges der blandt andet op på behovet for hurtigt at tilvejebringe ledige akutjob for målgruppen, fordi hovedparten af målgruppen står til at opbruge dagpengeretten i de første 2-3 måneder af 2013. Det andet politiske møde afholdes primo januar 2013.

Herudover vil der ugentligt etableres kontakt mellem Beskæftigelsesministeriet og aftaleparterne, hvor der gøres status for efterlevelsen af de fastsatte måltal. Til brug herfor vil Beskæftigelsesministeriet foretage udtræk fra jobnet.dk og udarbejde statistikker for antallet af akutjob til målgruppen fordelt på sektorer, brancher, geografi mv. Retvisende statistikker herfor vil afhænge af, om jobbene opslås digitalt med den aftalte standardtekst mv.

Hvis det i forbindelse med statusopgørelserne konstateres, at det tilvejebragte antal jobåbninger ikke er tilstrækkeligt i forhold til efterlevelsen af måltallene, vil arbejdsgiverorganisationerne forstærke indsatsen for at bringe yderligere jobåbninger i spil:

- DA og medlemsorganisationerne vil iværksætte direkte kontakt til virksomhederne.
- KL vil tage direkte kontakt til kommunerne og opfordre til yderligere indsatser for at tilvejebringe det målsatte antal stillinger.
- Danske Regioner vil tage kontakt til de enkelte regioner og opfordre til yderligere indsatser, ligesom Danske Regioner løbende vil følge, hvor langt den enkelte region er i forhold til regionens måltal, herunder indsamle oplysninger om, hvilke udfordringer regionerne eventuelt støder på i forhold til at ansætte ledige fra målgruppen.
- Finansministeriet (Moderniseringsstyrelsen) vil tage direkte kontakt til de enkelte ressortministerier med henblik på at indskærpe deres forpligtelse til at realisere deres respektive måltal på det statslige område for at tilvejebringe akutjob for målgruppen.

Beskæftigelsesministeriet vil endvidere løbende følge udviklingen i antal afmeldte til job og uddannelse i målgruppen for akutpakken (6 måneder til potentielt udfald), hvori målgruppen for akutjob (3 måneder til potentielt udfald) indgår. Herved kan der genereres information om, hvorvidt initiativerne i akutpakken og i aftalen om akutjob og jobpræmie bidrager til, at målgruppen kommer i job.

A-kasserne har ansvaret for løbende at følge antallet af udbetalinger af jobpræmier til arbejdsgivere.

Økonomi

Det skønnes, at indførelsen af en jobpræmie til arbejdsgivere medfører offentlige merudgifter på i alt 115 mio. kr., heraf 90 mio. kr. i 2013 og 25 mio. kr. i 2014, *jf. tabel 3.*

Tabel 3**Direkte merudgifter ved jobpræmie for arbejdsgivere**

Mio. kr. (2013-pl)	2013	2014	I alt
Jobpræmie for arbejdsgivere	90	25	115

Finansieringen af merudgifterne tilvejebringes på finansloven for 2013. Finansieringen vil ikke vedrøre økonomisk bebyrdende elementer for arbejdsgiverne.

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 10

Emne: Fremtidens erhvervsskole i udvikling af et ungecampus p-
erhvervsuddannelserne i UCE

1 bilag

**ANSØGNINGSSKEMA: Den Europæiske Socialfond****Hovedstaden, Socialfonden, Prioritet 1 - En kvalificeret arbejdsstyrke**

Indsatsområde:	1.1 Udvikling af menneskelige ressourcer
Kategori:	1.1.1 Uddannelse og efteruddannelse - Projekttype A

Ansøgte grunddata

Projektets navn:	Fremtidens erhvervsskole - udvikling af et ungecampus på erhvervsuddannelserne - UCE
Tilskudsmodtager	CPH WEST Uddannelsescenter København Vest
Projektets startdato:	1-12-2012
Projektets slutdato:	31-12-2014
Ansøgt beløb	13.666.736,36
Ansøgt støtteprocent	50,00

Projektresumé

Fremtidens erhvervsskole er et partnerskab mellem Region Hovedstaden og tre erhvervsskoler, der dækker merkantile, tekniske og sosu-uddannelser om at udvikle et ungecampus - UCE - i form af i et fælles profileret grundforløb, der ruste eleverne til et dynamisk og foranderligt arbejdsmarked og videre uddannelse. De tre skoler, netværkspartnere af virksomheder og KEA vil gennem en innovativ designfase skabe UCE som et attraktivt førstevalg for unge, der tiltrækkes af gymnasiet som det "sikre valg", men er i risiko for at ende som ufaglærte. Partnerskolerne udbyder to gange et grundforløb på 40 uger. I alt 10 klasser med 260 elever. UCE vil fremstå som en helhed for eleverne med adskilte fælles og faglige moduler. Al undervisning kendetegnes af innovation og læring i bevægelse. Projektet vil minimere frafaldet gennem en reel uddannelsesgaranti. Det sikres b.a. gennem udvikling af et nyt koncept for partnerskab mellem skole og virksomheder om uddannelse, der skaber sammenhæng i uddannelsen og praktikpladser. Udviklingsarbejdet gennemføres af ledere og lærere på de tre skoler i synergi mellem egen kompetenceudvikling og forsøgsarbejdet. Unge, virksomheder og eksperter inddrages i udviklingsarbejdet. Resultatet bliver et motiverende lærings- og udviklingsmiljø. Projektet afsluttes ultimo 2014. Andet UCE-grundforløb færdiggøres og en væsentlig del af dokumentations- og spredningsindsatsen gennemføres i 2015 med støtte fra Region Hovedstaden.

Vedhæftede filer

Aktivitetsbudget_06.11.xlsx

Brdr._Jensen_møbeltrans._erklæring._EU_proj_130912.pdf

G4S erklæring EU projekt 240912.pdf

grayscale_tiff_300001.tiff

Høyrup og Clemmensen ereklæring EU proj 210912.pdf

Illustration_grundforløb_25.10.pptx

Kallesoe._erklæring_EU_proj._140912.pdf

kea_erklæring.pdf

Ny Nordisk Skole.docx

partnerskaberklæring sopu.pdf

Partnerskabserklæring_tec.pdf

Rentek_AS._erklæring._EU_proj._130912.pdf

Skema_vedr_succeskriterium_12.10.12.xls

1. Information fra Vækstforum

Information til Vækstforum fremgår af selve ansøgningen

2. Valg af indsatsområde og kategori

Vælg indsatsområde	1.1 Udvikling af menneskelige ressourcer
Vælg kategori	1.1.1 Uddannelse og efteruddannelse - Projekttype A

Kort skriftlig begrundelse for valg af indsatsområde og kategori (max 1.000 tegn)

Partnerkredsen vil skabe en erhvervsuddannelse, der rykker med tiden. En erhvervsuddannelse, der får flere unge til at gennemføre deres uddannelse direkte fra grundskolen, og som ruste eleverne bedre til et dynamisk og foranderligt arbejdsmarked og giver lyst til videre uddannelse.

Udvikling af et ungecampus - UCE - realiseres med afsæt i en fælles model for grundforløb, hvor eleverne opnår både stærkere faglige kompetencer og efterspurgte kompetencer inden for især innovation og iværksætter. Hermed hører projektet under indsatsområdet Udvikling af menneskelige ressourcer.

Med udgangspunkt i anbefalingerne fra Vækstforums task force vil UCE engagere virksomheder i at skabe et stærkt fagligt og socialt udviklings- og læringsmiljø på tværs af skoler og virksomheder, der kan vise en ny vej for en ressourcestærk målgruppe til at opfylde virksomhedernes kompetencebehov. Derfor hører projektet under kategorien Uddannelse og efteruddannelse - Projekttype A.

Kort skriftlig begrundelse for overensstemmelse med Vækstforums strategi, handlingsplan og supplerende udvælgelseskriterier (max 2.000 tegn)

Erhvervsudviklingsstrategiens indsatsområde Talent og kompetencer i verdensklasse har som mål, at flere unge gennemfører en ungdomsuddannelse, og at flere ufaglærte uddannes til faglærte.

78 % af en ungdomsårgang vælger i dag en gymnasial uddannelse, men hver sjette af disse unge får aldrig en kompetencegivende uddannelse og ender som ufaglærte. UCE vil tiltrække denne målgruppe til erhvervsuddannelserne direkte fra skolen, så flere afslutter med en kompetencegivende uddannelse.

Dermed bidrager UCE til at opfylde Region Hovedstadens målsætning om, at andelen af en ungdomsårgang der gennemfører en erhvervsuddannelse i 2020 er øget fra 26 til 35 %. Ved at minimere frafald og sikre praktikpladser til eleverne vil UCE bidrage til, at 95 % af en ungdomsårgang fuldfører en ungdomsuddannelse.

Vækstforum Hovedstaden nedsatte i 2011 en task force, der skulle nytænke erhvervsuddannelserne i et vækstperspektiv. UCE er et sammenhængende bidrag til udmøntning af fem ud af seks af task forcens anbefalinger nemlig:

- 1) Styrket overgang fra grundskole til erhvervsuddannelse
- 2) Skoleledelse med strategisk fokus og udsyn mod omverdenen
- 3) Undervisning af høj faglig kvalitet i tæt samarbejde med erhvervslivet
- 4) Ny dynamisk lærerrolle skaber et attraktivt og inspirerende skolemiljø
- 5) Erhvervsuddannelserne motiverer flere til videre uddannelse

UCE er et bredt samarbejde mellem Region Hovedstaden og tre af regionens største erhvervsskoler, der tilsammen dækker både merkantile, tekniske og social- og sundhedsuddannelser samt hele regionen som geografisk område. Skolerne udviser et stærkt engagement i projektet ved at bidrage med 25 % medfinansiering.

Der er etableret et netværkssamarbejde med Københavns Erhvervsakademi, som er den vigtigste aktør i forhold til målgruppens videreuddannelse, og med foreløbig 5 virksomheder. I alt vil projektet inddrage virksomheder i 75 samarbejder, hvorved projektet får en størrelse og gennemslagskraft, der kan inspirere over regionens grænser.

3. Stamoplysninger om ansøger

Projektets navn	Fremtidens erhvervsskole - udvikling af et ungecampus på erhvervsuddannelserne - UCE
CVR, CVR under stiftelse eller CPR	CVR
CVR-nummer	11748708
EAN nummer	
Navn	CPH WEST Uddannelsescenter København Vest
Adresse	Vejlebrovej 45 - 65
Postnummer	2635
By	Ishøj
Telefon	33880000
E-mail	cphwest@cphwest.dk
Hjemmeside	www.cphwest.dk
Projektansvarlig/kontaktperson fornavn	Michael
Projektansvarlig/kontaktperson efternavn	Jensen
Projektansvarlig/kontaktperson Telefon	33880866
Projektansvarlig/kontaktperson Email	mje@cphwest.dk
Regnskabsansvarlig	Kim Petersen
Regnskabsansvarlig Telefon	33880835
Regnskabsansvarlig Email	kimp@cphwest.dk
Tegningsberettigede	Eva Hofman-Bang
Ansøgers juridiske status	Selvejende institution
Hvis andet, skriv	

Ansøgers pengeinstitut

Navn	Nordea København Vest Erhvervsafd
Adresse	Hovedvejen 112
Postnr.	2600
By	Glostrup
Kontonummer	34 87 83 51 36

4. Valg af støtteprocent og beregning af indirekte omkostninger

Indsæt støtteprocent (max 50%)

50,00

Vælg indirekte omkostningsberegning

18% automatisk beregning uden dokumentation

5. Projektbeskrivelse

Projektets formål, indhold og effekter (Max 7.500 tegn)

I hovedstadsregionen er det kun 14 % af 9. og 10. klasseeleverne, der vælger en erhvervsfaglig uddannelse direkte efter skolen, og andelen er faldet med 1/3 de seneste 10 år.

Formålet med Fremtidens erhvervsskole er at gøre erhvervsuddannelserne til et attraktivt førstevalg for unge og en aktiv vækstskaber i samspil med erhvervslivet.

Hver sjette student får aldrig en kompetencegivende uddannelse. Desuden begynder 9,3 % efterfølgende en erhvervsuddannelse. Det medvirker til, at eleverne i gennemsnit er 21 år, når de påbegynder en erhvervsuddannelse, og over 27 år, når de afslutter den. Ved at rekruttere eleverne direkte fra skolen, vil UCE bidrage til at sænke gennemsnitsalderen og sikre, at flere unge vælger rigtigt første gang.

Målet for udvikling af ungecampus, UCE, er, at eleverne opnår stærkere fagligt niveau, bedre afsæt for videreuddannelse og afklaret valg af hovedforløb. Samtidig skal eleverne rustes til at skabe vækst og nye jobs gennem innovation, entreprenørskab, tværfagligt samarbejde og internationalt udsyn.

Udviklingen af UCE tager udgangspunkt i, hvordan unge lærer, hvad der motiver dem, og hvad der tiltrækker dem i valget af uddannelse. Selve designet af UCE-grundforløbet vil derfor være en hjørnesten i projektet. Virksomheder, videreuddannelsesinstitutioner, innovations- og uddannelsesaktører og ikke mindst de unge selv inddrages systematisk i udviklingsarbejdet. UCE spiller sammen med Ny nordisk Skole og bruger dogmerne som afsæt for udviklingsarbejdet.

UCE er et sammenhængende forsøg på at udmønte anbefalingerne fra Vækstforums task force ved at tænke erhvervsskolen forfra. UCE udvikler ledelse, organisering, undervisningsformer, virksomhedssamarbejde og skolemiljø i én samlet helhed. Det sker ved at udvikle og afprøve to grundforløb på 40 uger med 260 elever: 100 elever på den merkantile indgang, 100 på tekniske indgange og 60 på sosu-indgangen.

Styrket overgang fra grundskole til erhvervsuddannelse skal sikre, at 95 % af eleverne på UCE kommer direkte fra grundskolen. Det skal ske ved at synliggøre de nye uddannelsesforløb over for 9. - 10. klasser. Der skal etableres et stærkt samarbejde med Ungdommens Uddannelsesvejledning, som sikrer, at flere unge vælger rigtigt først gang og gennemfører. Et stærkere fokus på afklaring af elevernes ønsker og evner for hovedforløb skal medvirke til, at eleverne i gennemsnit er 22 år, når de afslutter deres samlede erhvervsuddannelse, mod 27 år i dag.

Frafaldet er i dag 28 % på grundforløbet. Projektet vil halvere frafald uden omvalg, så 230 ud af 260 UCE-elever gennemfører. Det skal særligt ske ved at udfordre eleverne fagligt og give dem et stærkt socialt miljø. Projektet vil derfor følge task forcens anbefaling om at udvikle en ny dynamisk lærerrolle. 50 lærere kompetenceudvikles inden for nye undervisningsmetoder, fx innovationsdidaktik. For at forankre og sprede projektets resultater og erkendelser vil yderligere 90 lærere opkvalificeres.

Et tværgående virksomhedsteam vil arbejde fokuseret på at etablere 75 innovative virksomhedssamarbejder, der sikrer, at UCE er præget af undervisning af høj faglig kvalitet i tæt samarbejde med erhvervslivet fx gennem øget inddragelse af virksomhedsprojekter samt brug af eksterne undervisere og virksomhedsforlagt undervisning. Det skal realiseres bl.a. gennem udvikling af et attraktivt partnerskabskoncept, hvor virksomhedens egeninteresse i rekruttering af talentfulde elever, innovation, offentlig profilering og adgang til nye kunder og markeder vil være drivkraft.

For at gøre UCE til et attraktivt førstevalg, må de unge ikke være i tvivl om, at der venter dem en praktikplads. Virksomhedsteamet vil derfor arbejde systematisk med at sikre praktikpladser til alle elever bl.a. ved, at det tætte virksomhedssamarbejde skaber relationer mellem elever og virksomheder allerede i grundforløbet. De deltagende skoler har et stærkt fundament for at udføre indsatsen gennem deres virksomhedskonsulenters netværk og erfaring med at udvikle uddannelser i samarbejde med virksomheder.

Særligt ved at sikre praktikpladser vil projektet komme det store frafald mellem grund- og hovedforløb til livs. I dag er det under halvdelen af de merkantile elever, der går videre til hovedforløbet. UCE vil gennem en massiv vejledningsindsats og det tættere virksomhedssamarbejde sikre, at 95 % af de elever, som gennemfører, overgår til hovedforløb eller anden uddannelse.

I både task forcens anbefalinger og i dogmerne for Ny Nordisk Skole er der et stærkt fokus på tydelig ledelse og åbenhed over for omverdenen. Projektets relation til NNS uddybes i bilag. Skoleledelsen af UCE skal have strategisk fokus og udsyn; 12 ledere skal gennem projektet øge deres kompetencer inden for skoleledelse og innovationsledelse bl.a. ved i samarbejde med lærerne at udvikle nye ledelsesformer, som skaber rum og motivation for at udvikle kvaliteten i undervisningen på UCE, ligesom ledelser og bestyrelser udformer mål for et stærkt læringsmiljø på skolen og en strategi for opnåelse af målet.

UCE skal motivere til videre uddannelse. Kun 1,6 % påbegynder en kort videregående uddannelse inden 27 måneder efter afsluttet EUD. UCE vil gennem styrkelse af det faglige niveau og elevernes almene kompetencer bidrage til, at 10 % af eleverne starter på en erhvervsakademiuddannelse eller anden videreuddannelse efter afsluttet EUD. Eleverne tilbydes i hovedforløbet fag på gymnasialt niveau eller differentierede undervisningstilbud for at fastholde deres studiekompetence.

UCE-grundforløbet tager udgangspunkt i en model, hvor partnerskolerne udbyder hver 1 – 2 klasser i hvert af projektets to 40 ugers forløb. I alt 10 UCE-klasser. Første forløb starter august

2013 og andet forløb august 2014. Det er en adgangsbetingelse, at den unge har afsluttet 9. kl. med FSA.

Eleverne tilmeldes én indgang, enten merkantil, sosu eller teknisk, på én af de tre skoler. Uddannelsesforløbet vil være delt op i faglige moduler – som er specifikke for hver indgang – og UCEmoduler, som samarbejder på tværs af indgangene. UCE vil udgøre én samlet profil for alle indgangene, og UCE vil fremstå som en helhed for eleverne. Al undervisning kendetegnes af innovation i undervisningen og læring i bevægelse.

Eleverne hører til den fagklasse, de er tilmeldt på deres respektive skole, hvor den faglige undervisning foregår. Den faglige undervisning udgør 20 uger, og der indgår faglig undervisning på et højere niveau end et normalt grundforløb.

UCEmodulerne styrker elevernes erhvervskompetencer og forudsætninger for fortsat uddannelse ved at arbejde tematiseret med innovation og entreprenørskab, almendannelse, it og digitalisering, internationalisering, kommunikation og idræt.

Udviklingen og den detaljerede tilrettelæggelse af forløbene vil ske i projektets designfase. I projektets afsluttende fase bringes projektets resultater i spil i forhold til at nytænke erhvervsuddannelserne. Der nedsættes en referencegruppe bestående af bl.a. DE og LO, der skal kvalificere projektudviklingen og medvirke til forankring.

Projektet, der søges om støtte til i denne ansøgning, afsluttes med udgangen af 2014. Andet UCE-grundforløb færdiggøres og en væsentlig del af dokumentations- og spredningsindsatsen gennemføres i 2015. Denne opfølgningsperiode finansieres af Region Hovedstaden og de tre partnerskoler, og der skabes således en glidende overgang til en bæredygtig fortsættelse af UCE inden for skolernes ordinære rammer.

6. Effektvurdering

Effektvurdering 1 - Hvilke effekter forventes som direkte følge af projektet

Projekttype A	Antal (kun heltal)
Hvor mange deltagerforløb forventes gennemført i projektet?	2
Hvor mange deltagere forventes opkvalificeret i forhold til deres nuværende jobfunktion?	102
Hvor mange deltagere forventes opkvalificeret til at varetage nye jobfunktioner?	0
Hvor mange ledige deltagere forventes at komme i beskæftigelse?	0
Hvor mange nye iværksættere forventes projektet at skabe?	5

Effektvurdering 2 - Andre effekter

De konkrete mål for UCE's effekt, outcome og aktiviteter findes i det vedlagte skema for succeskriterier.

Sammenfattende vil Fremtidens erhvervsskole få betydning som en markant og sammenhængende virkeliggørelse af anbefalingerne fra Vækstforum Hovedstadens task force fra dette forår. Der ydes en væsentligt indsats i projektet for at overføre den effekt, ungecampus vil få for de 260 elever, til øvrige erhvervsuddannelser og -skoler i regionen. Dette vil ske gennem bl.a. formidling af de positive resultater til andre skoler gennem skriftligt materiale, åbne workshops, sidemandsoplæring og mentoring samt etablering af et tovholderteam, der kan frikøbes til udviklingsforløb på andre skoler.

Med udgangspunkt i task forcens anbefalinger om at nytænke erhvervsuddannelserne i et vækstperspektiv gennemgås her udvalgte effekter af projektet, og hvordan de kan måles:

Nr. 1. Styrket overgang fra grundskole til erhvervsuddannelse

Der skal etableres et stærkt samarbejde med Ungdommens Uddannelsesvejledning om at synliggøre de nyoprettede uddannelsesforløb for unge i grundskolen, som har evnerne og er motiverede for en faglig uddannelse men tilskyndes til at gå i gymnasiet, hvor de i dag får en mere rendyrket ungdomsuddannelse og mulighed for at udskyde deres karrierevalg. Det skal først og fremmest ske ved at yde en koncentreret vejlednings- og markedsføringsindsats over for målgruppen bl.a. med vægt på mulighed for videreuddannelse.

Målet er, at 95 % af eleverne på UCE-grundforløbet kommer direkte fra 9. eller 10. klasse. Markedsføringen af UCE og det eventprægede design- og udviklingsarbejde skal profilere erhvervsuddannelserne generelt. Dermed forventes projektet at have en vedvarende regional effekt på, at flere unge vælger rigtigt første gang og gennemfører deres ungdomsuddannelse. Samtidig støtter projektet målsætningen om, at 35 % af en ungdomsårgang skal gennemføre en erhvervsuddannelse. En målsætning som Region Hovedstaden samarbejder med de øvrige regioner om.

Nr. 2. Skoleledelsen skal have strategisk fokus og udsyn mod omverdenen

Dette vil UCE opnå gennem indarbejdelse af lederudvikling i udviklingen af UCE. Der planlægges en meget udadrettet informationsstrategi, involvering af flere eksterne partner, større internationalt udsyn hos elever og lærere og involvering af bestyrelserne, hvilket sætter fokus på ledelse hen over alle projektets aktiviteter.

Styrkelsen af ledelserne vil komme til udtryk såvel i formulering af strategisk mål for eksempelvis skolekultur, undervisningskvalitet, nye lærerroller, gennemførelsesfrekvenser,

samarbejde med lokale uddannelsesudvalg osv., som ledelsesformer, som skaber rum og motivation for at udvikle og hæve kvaliteten i undervisningen. Det måles ved kvalitativ undersøgelse blandt lærerne. Den samlede effekt forventes at være, at ledelsen af partnerskolerne ud fra UCE-tankegangen fører til mere åbne skoler med et stærkere udviklings- og læringsmiljø for elever og virksomheder

Nr. 3. Undervisningen skal være af høj faglig kvalitet i tæt samarbejde med erhvervslivet

Derfor lægges der i UCE-projektet afgørende vægt på udvikling og design af den nye grunduddannelse, hvor skolerne afsætter mange lærerressourcer til at skabe en lærende udviklingsproces sammen med virksomheder, elever og eksperter. Desuden vil UCE bygge på en kortlægning af fremtidens tværgående kompetencebehov på det regionale område, der gennemføres først i projektforløbet.

UCE-grundforløbet vil blive undervisningsforløb med øget inddragelse af virksomhedsprojekter og brug af eksterne undervisere, job-swap-ordninger og virksomhedsforlagt undervisning. Yderligere inddragelse af praktikvirksomheder i skoleforløbene, så virksomhederne er rustet til at sætte elevernes kompetencer i spil i praktikken.

Effekten af indsatsen vil være, at uddannelsen giver eleverne faglig undervisning på et højere niveau dokumenteret ved en sammenligning med øvrige klasser. Uddannelsen vil føre til større dækning af virksomhedernes kompetencebehov målt ved kvalitativ undersøgelse af tilfredshed med de nyuddannedes faglige og almene niveau.

Nr. 4. Ny dynamisk lærerrolle skal skabe et attraktivt og inspirerende skolemiljø

Denne fornyede lærerrolle skabes gennem udbredelse af udviklingsarbejdet blandt mange lærere, der samtidig pålægges opgaver med formidling af deres nye viden til andre lærere. Lærerne skal samtidig kobles tættere til virksomhedernes udfordringer og behov - det er et mål, at 75 % af lærerne opretholder en samarbejdsrelation med en virksomhed. Lærerne vil blive rustet hertil gennem nye virksomhedsprojekter i grundforløbene og de kommende virksomhedspakker. Lærerne vil blive trænet i at arbejde innovativt med deres fag og undervisning, og der lægges op til løbende kompetenceudvikling inden for didaktik og innovation samt mere systematisk brug af sparring, supervision og feedback på undervisningen.

UCE vil afprøve de fysiske og sociale rammer for et godt skolemiljø ved at gennemføre fælles undervisning og aktiviteter for alle eleverne og ved at afprøve prototyper på forskellige fysiske rammer for undervisningen. Ved systematisk at dokumentere hvad der virker, vil projektet sprede best-practice til de øvrige erhvervsskoler i regionen.

Nr. 6. Erhvervsuddannelserne skal motivere flere til videre uddannelse

UCE vil fremme eleverne motivation for videre læring ved at gøre det sjovt at lære – fordi man arbejder med virkelig problemstillinger i en flerfaglig sammenhæng – og ved at give eleverne mulighed for at opleve, hvad de videregående uddannelser kan tilbyde – ved at lave konkrete brancherelevante projekter på tværs af uddannelserne og styrke elevernes almene kompetencer og metoder.

Samtidig skal vejledningen og markedsføringen til UCE bidrage til at profilere erhvervsuddannelserne som en attraktiv ungdomsuddannelse, der også giver mulighed for efter- og videreuddannelse.

Projektet vil følge op på UCEeleverne efter deres gennemførsel af grundforløbet, så effekten på elevernes motivation for videreuddannelse kan undersøges. Målet er at 10 % af eleverne starter på en erhvervsakademiuddannelse eller anden videreuddannelse efter afsluttet EUD.

7. Det samlede udgifts- og finansieringsbudget

Udgifter i Socialfondsprojektet	
Udgifter til projektadministration	Beløb
1010. Administration, standardsats	0,00
1020. Administration, faktiske udgifter	6.086.581,00
1030. Projektarbejde, standardsats	0,00
1040. Projektarbejde, faktiske udgifter	13.589.700,00
1060. Ekstern konsulentbistand	2.400.000,00
1070. Revisionsudgifter (PwC)	76.323,00
I alt udgifter til projektadministration	22.152.604,00
Noter:	
- 1020. Administration, faktiske udgifter	Sekretariat: 1 projektleder fuldtid, lønniveau 547.666 kr., central økonomiadministration ½ tid, decentral økonomiadministration ½ tid * 3 skoler, lønniveau 366.000 kr. Projektledelse: styregruppe á 3 ledere 1½ dag pr måned i 25 mdr. og 1 projektleder fuld tid på hver skole i 25 mdr. Hertil projektstart med ledelsestid og lærertid, i alt 435 timer. På baggrund af skolernes faktiske lønudgifter anvendes 300 kr som pris pr lærertime og 450 kr som pris pr ledertime.
- 1040. Projektarbejde, faktiske udgifter	1 faglig tovholder, fuldtid * 3 skoler, lønniveau 483.900 kr. Design af og information om UCE sm. m eksterne partnere: 7.200 lærertimer. Udvikling af og undervisning på læringsforløb for lærere: 1.998 lærertimer. Vejledertimer til rekruttering: 350 timer. Udvikling og forankring af strategisk ledelse med integrerede læringsblokke: 2.232 ledertimer. Forsøgsarbejde med planlægning, gennemførelse, evaluering og forankring af projektaktiviteter i UCE-grundforløb 1 og 2 med integrerede læringsblokke og workshops: 22.545 lærertimer. Udarbejdelse af metodesamling 180 lærertimer. På baggrund af skolernes faktiske lønudgifter anvendes 300 kr som pris pr lærertime og 450 kr som pris pr ledertime.
- 1060. Ekstern konsulentbistand	Der budgetteres med brug af eksterne eksperter i forhold til: Design af UCE-grundforløbet: 500.000 kr. Markedsføring og kommunikation: 400.000 kr. Nytænkning af kompetenudvikling integreret i udviklingsarbejde: 300.000 kr. Supplerende baseline og analyse: 400.000 kr. Oplæg og facilitering af camps, workshops, konferencer mv. 300.000 kr. Ekstern formativ evaluering: 500.000 kr.
- 1070. Revisionsudgifter (PwC)	Priser for revision Forhåndsgodkendelse: 2.810 Underskrevet tilsagn korrekt: 394 Stikprøve rekvirering (perioderegnskab): 1.589 Stikprøve rekvirering (afsluttende regnskab): 1.590 Perioderegnskab inkl. stikprøve, 5 perioer: 37.455 Partnerrevision for 3 partnere: 30.252 Hotline: 3.822 Revision i alt: 76.323 kr.
Indirekte omkostninger, 18 % standardsats	
Indirekte omkostninger, 18 % standardsats	Beløb
1050. Indirekte omkostninger (18 % standardsats)	3.987.468,72
1079. I alt	26.140.072,72
Regionalfondsudgifter (max 10 % af driftsudgifter)	
10 % udgifter	Beløb
1080. Køb af inventar og udstyr	0,00
1090. Andet	0,00
228. Interim justeringskonto for 10 %	0,00
1099. I alt (max 10 % af driftskonti)	0,00

Noter:

- 1080. Køb af inventar og udstyr *Der budgetteres med 75.000 kr til hver skole til udvikling af prototyper på attraktive, fysiske læringsmiljøer. Skolerne finansierer halvdelen som egenfinansiering.*

Deltagerudgifter m.v.	Beløb
1100. Deltagerløn, standardsats	0,00
1110. Deltagerløn, faktiske udgifter	1.193.400,00
1120. Deltagerunderhold, standardsats	0,00
1130. Deltagerunderhold, faktiske udgifter	0,00

Noter:

- 1110. Deltagerløn, faktiske udgifter *Opkvalificering af lærere i forhold til projektets resultater svarende til 90 lærere á 5 dage. Deltagelse i afsluttende konference for partnerskolernes lærere uden for projektet svarende til 90 lærere og 12 ledere i 6 timer. På baggrund af skolernes faktiske lønudgifter anvendes 300 kr som pris pr lærertime og 450 kr som pris pr ledertime.*

1140. Naturalier (Materialer)	0,00
1149. Deltagerudgifter m.v. i alt	1.193.400,00

Noter:

1159. Samlede udgifter	27.333.472,72
340. Indtægter	0,00
1160. Samlede støtteberettigede udgifter	27.333.472,72

Noter:

Indsæt beløb for Kontante tilskud	6.783.755,36

Finansiering af Socialfondsprojektet (overførte beløb)	
Socialfondsstøtte	Beløb
891. EU-støtte	13.666.736,36
Deltagerfinansiering	Beløb
900. Statslig deltagerfinansiering	0,00
901. Regional deltagerfinansiering	0,00
902. Kommunal deltagerfinansiering	0,00
903. Privat deltagerfinansiering	0,00
904. Deltagerfinansiering fra offentlig lignende	1.193.400,00
905. I alt (totalbeløb)	1.193.400,00
Øvrige betalte udgifter og naturalier	Beløb
920. Statslige naturalieudgifter	0,00

921. Regionale naturalieudgifter	0,00
922. Kommunale naturalieudgifter	0,00
923. Private naturalieudgifter	0,00
924. Naturalieudgifter fra offentligt lignende	0,00
925. I alt (totalbeløb)	0,00
Kontante tilskud	Beløb
940. Kontante tilskud fra Erhvervsstyrelsen	0,00
941. Kontante statstlige tilskud	0,00
942. Kontante regionale tilskud	6.783.755,36
943. Kontante kommunale tilskud	0,00
944. Kontante private tilskud	0,00
945. Kontante tilskud fra offentlig lignende	0,00
946. I alt (totalbeløb)	6.783.755,36
Egenfinansiering	Beløb
961. Statslig egenfinansiering	0,00
962. Regional egenfinansiering	0,00
963. Kommunal egenfinansiering	0,00
964. Privat egenfinansiering	0,00
965. Offentlig lignende egenfinansiering	5.689.581,00
969. I alt (totalbeløb)	5.689.581,00
998. Samlet finansiering i alt	27.333.472,72

Noter:

- 904. Deltagerfinansiering fra offentlig lignende *Finansiering sker ved deltagelse af 30 lærere * 3 skoler i læringsforløb á 5 dage samt ved deltagelse for 90 lærere og 12 ledere i projektets afsluttende konference på 6 timer.*
- 942. Kontante regionale tilskud *Samtidig med nærværende ansøgning ansøger partnerskolerne Region Hovedstaden om dækning af 25 % af projektets omkostninger. Regionen er positivt over for ansøgningen. Desuden ønsker regionen at yde støtte med 4.084.334 kr. svarende til 63 % af omkostningerne ved et supplerende projekt, der viderefører UCE i 2015.*
- 962. Regional egenfinansiering *Samtidig med nærværende ansøgning ansøger partnerskolerne Region Hovedstaden om dækning af 25 % af projektets omkostninger. Regionen er positiv over for ansøgningen. Desuden ønsker regionen at yde støtte med 4.084.334 kr. svarende til 63 % af omkostningerne, ved et supplerende projekt, der viderefører UCE gennem 2015.*
- 965. Offentlig lignende egenfinansiering *Udover deltagerløntimerne ønsker partnerskolerne at bidrage til projektets finansiering med arbejdstid fordelt således: Projektledelse: 1050 ledertimer og 150 lærertimer. Projektudvikling: 1.720 ledelsestimer og 14.847 lærertimer.*

8. Projektets milepæle og hovedaktiviteter

Forventet forbrug og aktiviteter for perioden

Procentdel der forventes anvendt i perioden: Dec. 2012 - Aug. 2013	36
Procentdel der forventes anvendt i perioden: Sep. 2013 - Feb. 2014	23
Procentdel der forventes anvendt i perioden: Mar. 2014 - Aug. 2014	18
Procentdel der forventes anvendt i perioden: Sep. 2014 - Dec. 2014	23

Hovedaktiviteter: Dec. 2012 - Aug. 2013

Indsats mhp. rekruttering af elever. Herunder arbejdes der med etablering af samarbejde mellem partnerskolernes vejledere og relevante UU-centre om vejledning og samt involvering af unge og UU-centre i forbindelse med idéudvikling vedr. pr-kampagne.

Til brug for markedsføring af UCE udarbejdes en overordnet beskrivelse af uddannelsen. I sammenhæng hermed afklares, hvilken bevis for deres deltagelse i grunduddannelsen, elever vil modtage, og hvilke betingelser der er for at opnå beviset.

Projektorganiseringen etableres, herunder:

- Styregruppe på ledelsesniveau
- Referencegruppe bestående af DE og LO, og andre organisationer tilbydes plads
- Koordinationsgruppe bestående af hver skoles projektleder og tovholder samt den centrale projektleder
- Virksomhedsteam, der varetager og udvikler virksomhedspartnerskaber i hele projektperioden
- Arbejdsgrupper af lærere til udvikling af faglige moduler
- Arbejdsgrupper til udvikling af fælles moduler, både ledelserne og lærere forventes at deltage i dette udviklingsarbejde

Sekretariatet etableres med fokus på at sikre tilstrækkelig og kvalificeret økonomiadministration og et stærkt ledelsesmæssigt fokus på at sikre fremdrift i projektets korte løbetid.

Der gennemføres analyse og baseline studie vedr. data for de tre skoler og erhvervsuddannelserne. Baseline studiet supplerer den baseline, der er gennemført inden for projektet UddX. Følgende aktiviteter forventes gennemført:

- Analyse af virksomhedernes fremtidige kompetencebehov
- Workshop med virksomheder om behovsanalyse

- Workshop med unge om behov, attraktion og drømme
- Opsamling på viden om unges motivation og evt. supplerede analyse

Evalueringsopgaven formuleres og sættes i udbud.

Udvikling af attraktiv virksomhedspakke for partnerskab i udførelsen af UCE.

Virksomhedsteamet arbejder løbende med etablering af partnerskaber og udvikling af virksomhedspakken.

Tværgående arbejdsgrupper designer med ekstern bistand UCE-grundforløbet, herunder:

- Sammenhæng med hovedforløb
- Definition af konkrete læringsmål for fælles moduler samt metoder til vurdering af elevernes læring
- Beskrivelse af struktur for faglige versus fælles moduler
- Beskrivelse af fag og aktiviteter i de forskellige fælles moduler
- Design-workshop af brugeroplevelser som elev
- Design-workshop af brugeroplevelser som virksomhed

En arbejdsgruppe på TEC udvikler en UCE-indgang med elementer fra skolens eksisterende syv tekniske indgange.

Tværgående arbejdsgrupper udvikler pædagogiske og didaktiske metoder i forhold til de formulerede læringsmål. Dogmeregler for læring i bevægelse og dogmeregler for innovationsdidaktik defineres af arbejdsgrupper og lærere.

Hver partnerskole definerer konkrete læringsmål for faglige moduler, samt hvordan det højere faglige niveau udfoldes i undervisningen. Udviklingsarbejdet kan ske i workshopsforløb for de deltagende lærere med skolens tovholder som ankerperson. Skolens projektleder koordinerer på tværs.

Inden for designets rammer planlægger en række arbejdsgrupper på tværs af skolerne selve undervisningen og aktiviteterne i grundforløbet. Det planlægges, hvor de fælles moduler skal gennemføres.

Forberedelse og organisering af undervisning og aktiviteter på de tre skoler.

Med ekstern bistand inden for design udvikles prototype på attraktivt, fysisk læringsmiljø på de tre skoler.

Styregruppe, referencegruppe og koordinationsgruppe mødes løbende.

Hovedaktiviteter: Sep. 2013 - Feb. 2014

Det første grundforløb gennemføres i vekslen mellem faglige moduler og fælles moduler. Virksomheder bidrager til forskellige fælles læringsaktiviteter, fx camp og tværgående virksomhedsprojekt inden for velfærdsteknologi. Der arbejdes løbende med afprøvning, vurdering og tilpasning af UCE-grundforløbet.

Indsats mhp. rekruttering af elever til andet grundforløb udføres i samarbejde mellem partnerskolernes vejledere og relevante UU-centre om vejledning. Der inddrages ekstern ekspertsbistand inden for kommunikation.

Samarbejde med KEA og øvrige videreuddannelsesinstitutioner om muligheder for at motivere eleverne til videregående uddannelse gennem fælles projekter.

Evaluerings af udviklingsfasen og første del af grundforløbet (august til udgangen af 2013).

Virksomhedsteamet arbejder løbende med etablering af partnerskaber og udvikling af virksomhedspakken.

Styregruppe og koordinationsgruppe mødes løbende.

Hovedaktiviteter: Mar. 2014 - Aug. 2014

Det første grundforløb gennemføres i vekslen mellem faglige moduler og fælles moduler. VU-vejledere og erhvervsakademier og evt. andre videregående institutioner bidrager til fælles modul målrettet elevernes videre uddannelse og karriere. Der arbejdes løbende med afprøvning, vurdering og tilpasning af UCE-grundforløbet.

Re-design af grundforløbet på baggrund af erfaringerne og evalueringen fra første gennemløb.

Videreudvikling af det fysiske skolemiljø med inddragelse af elever og designeksperter.

Arbejdsgrupper på tværs af skolerne tilpasser og videreudvikler selve undervisningen og aktiviteterne i andet grundforløb.

Virksomhedsteamet arbejder løbende med etablering af partnerskaber og udvikling af virksomhedspakken.

Tilpasning af virksomhedspakke for partnerskab i udførelsen af UCE på baggrund af høstede erfaringer.

Styregruppe, referencegruppe og koordinationsgruppe mødes løbende.

Hovedaktiviteter: Sep. 2014 - Dec. 2014

Det andet grundforløb gennemføres i vekslen mellem faglige moduler og fælles moduler. Virksomheder og videregående uddannelsesinstitutioner inddrages i camps, virksomhedsprojekter og andre læringsaktiviteter. Der arbejdes løbende med afprøvning, vurdering og tilpasning af UCE-grundforløbet.

Afprøvning af prototype på attraktivt, fysisk læringsmiljø på de tre skoler ved at gennemføre undervisning og virksomhedsaktiviteter inden for disse rammer.

De tre partnerskoler samarbejder om at udvikle fælles mål for videreførelse af UCE-modellen efter projektperioden, og der arbejdes på ledelsesniveau med forankring af resultaterne fra projektet på skolerne. Skolens bestyrelse inddrages i det strategiske arbejde.

Evalueringsproces og gennemførelse af grundforløb i 2014 gennemføres og afsluttes.

Virksomhedsteamet arbejder løbende med etablering af partnerskaber og udvikling af virksomhedspakken.

Styregruppe og koordinationsgruppe mødes løbende.

Andet UCE-grundforløb fuldføres juni 2015 i en direkte forlængelse af nærværende projekt. Dette opfølgende projekt finansieres af Region Hovedstaden og skolerne selv og afsluttes ved udgangen af 2015. Der gennemføres i denne projektfase følgende aktiviteter:

Aktiviteter i 2015

Det andet grundforløb gennemføres i vekslen mellem faglige moduler og fælles moduler. Virksomheder og videregående uddannelsesinstitutioner inddrages i camps, virksomhedsprojekter og andre læringsaktiviteter. Der arbejdes løbende med afprøvning, vurdering og tilpasning af UCE-grundforløbet frem til afslutningen af forløbet.

Udvikling af forskellige former for kompetenceudviklingsforløb for lærere, med henblik på at udbrede erfaringerne og læringen fra UCE til andre erhvervsskoler i regionen og lærere på partnerskolerne, der ikke har deltaget aktivt i undervisningen.

Evalueringsproces og færdiggørelsen af andet grundforløb i 2015 gennemføres.

Færdiggørelse af dokumentation for projektets resultater.

Virksomhedsteamet arbejder løbende med etablering af partnerskaber og udvikling af virksomhedspakken.

Styregruppe, referencegruppe og koordinationsgruppe mødes løbende.

Milepæle: Dec. 2012 - Aug. 2013

Projektorganiseringen etableres.

Workshop med bl.a. unge og UU-centre: idéudvikling vedr. pr-kampagne.

Der etableres samarbejde mellem partnerskolernes vejledere og relevante UU-centre om vejledning af folkeskoleelever.

Der gennemføres en række events, med henblik på at tiltrække elever fra folkeskolen til UCE.

Kommunikationsplan formuleres og indsendes til Region H's godkendelse.

Evalueringsplan formuleres og indsendes til Region H's godkendelse. Den samlede evaluering vil bestå af såvel en ekstern som en intern evaluering. Evalueringen vil være formativ. Snitfladerne mellem den eksterne og interne evaluering vil fremgå af planen.

Baseline studie og færdige analyser foreligger.

Der indgås kontrakt med ekstern evaluator.

Der gennemføres en workshop med deltagelse af bl.a. virksomheder og videreuddannelsesinstitutioner om nye former for virksomhedsprojekter i det fælles grundforløb og styrket samarbejde om praktikforløb i hovedforløb

Design af grundforløbet i UCE foreligger.

Første digitale version af en samling af metoder til brug i undervisning, der anvender læring i bevægelse og innovationsdidaktik foreligger. Samlingen udvikles og udvides undervejs i projektet som opsamling på de tilbagevendende interne workshops.

Der udformes en model for selvevaluering med udgangspunkt i den eksperimenterende tilgang udviklet i socialfondsprojektet UddX.

Kompetenceudvikling af lærere integreres i udviklingsarbejdet, således at kompetenceudviklingen har en aktiv betydning for udviklingsarbejdet:

- Første studietur gennemføres mhp. inspiration til design af grundforløbet, til virksomhedspartnerskaber og til udførelse af uddannelsen.
- Læringsblok for/kompetenceudvikling af lærere inden for
 - o Læring i bevægelse
 - o Innovationsdidaktik
 - o Den eksperimenterende tilgang og selvevaluering

Første UCE-grundforløb starter med fælles introduktionsmodul.

Markering af uddannelsens start med fælles elevevent, med fokus på formidling og branding af UCE over for den større offentlighed, og med mål om at tiltrække virksomheder til partnerskaber. Den fælles event kan danne ramme for mindre events med et mere lokalt sigte på de tre partnerskoler.

Milepæle: Sep. 2013 - Feb. 2014

Prototyper på et attraktivt, fysisk læringsmiljø på de tre skoler tages i brug i undervisningen på UCE-grundforløbet.

To tværgående 3timers workshop med erfaringsudveksling og tilpasning af kommende undervisning og aktiviteter gennemføres.

Der gennemføres events, der tiltrækker folkeskoleelever til UCE.

Åben workshop, hvor resultaterne af evaluering af udviklingsfasen og første grundforløb frem til jul 2013 præsenteres. Fokus på graden af elevernes motivation, og hvad de specifikt motiveres af. Formidling af, hvordan arbejdet med disse faktorer er organiseret og gennemført.

Milepæle: Mar. 2014 - Aug. 2014

To tværgående 3timers workshop med erfaringsudveksling og tilpasning af kommende undervisning og aktiviteter.

- Læringsblok for/kompetenceudvikling af lærere inden for

- o Læring og bevægelse

- o Innovationsdidaktik

- o Den eksperimenterende tilgang og selvevaluering

Anden studietur gennemføres mhp. inspiration til virksomhedspartnerskaber og til udførelse af uddannelsen i andet grundforløb.

Virksomhedsnetværket udvides til andet gennemløb.

Det første grundforløb afsluttes.

Event til markering af afslutningen på første grundforløb. Formidlings- og markedsføringsaktiviteter i denne forbindelse bl.a. med henblik på rekruttering af virksomheder til partnerskaber.

Start på andet grundforløb med fælles introduktionsmodul.

Markering af uddannelsens start med fælles elevevent, med fokus på formidling og branding af UCE over for den større offentlighed, og med mål om at tiltrække virksomheder til partnerskaber. Den fælles event kan danne ramme for mindre events med et mere lokalt sigte på de tre partnerskoler.

Milepæle: Sep. 2014 - Dec. 2014

Design camp om udvikling af attraktivt læringsmiljø gennemføres med elever som del af et fælles modul og med virksomheder som del af partnerskab. Der bygges på erfaringerne fra første grundforløb. Formidlingsaktiviteter hermed.

To tværgående 3timers workshop med erfaringsudveksling og tilpasning af kommende undervisning og aktiviteter.

Hver partnerskole formulerer en strategi for forankring af resultaterne fra projektet på skolen i overensstemmelse med de fælles mål.

Evalueringsrapport for socialfondsprojektet 2012 – 2014 foreligger.

Konference til markering af afslutning på socialfondsprojektet. Præsentation af projektets formative evaluering. Fokus på gennemførelse af grundforløbet, effekten af forløbet og udviklingsarbejdet, herunder hvordan denne har forankret kompetencer hos lærerne. Pr-aktiviteter i forbindelse med konferencen.

= 0 =

Andet UCE-grundforløb fuldføres juni 2015 i en direkte forlængelse af nærværende projekt. Dette opfølgende projekt finansieres af Region Hovedstaden og skolerne selv og afsluttes ved udgangen af 2015. Der gennemføres i denne projektfase følgende aktiviteter og milepæle:

Milepæle i 2015 - i umiddelbar forlængelse af nærværende projekt med finansiering af Region Hovedstaden og de tre partnerskoler

Det andet grundforløb afsluttes.

Event til markering af afslutningen på andet grundforløb. Formidlings- og markedsføringsaktiviteter i denne forbindelse bl.a. med henblik på rekruttering af virksomheder til partnerskaber.

Udgivelse af samlet evaluering af de to UCE-grundforløb.

Dokumentation for opnåede resultater - det der virker - udsendes til erhvervsskoler i Region Hovedstaden:

- Designmanual for udvikling af ungecampus på erhvervsskoler
- Den færdigt udviklede samling af metoder til brug i undervisning, der anvender læring i bevægelse og innovationsdidaktik
- Dogmeregler for læring i bevægelse og innovation i undervisningen
- Konceptualiseret virksomhedspakke for partnerskab om elevprojekter, praktik og skolemiljø
- Afprøvet model for selvevaluering
- Koncept for udvikling af attraktive fysiske læringsmiljøer

Konference til markering af projektets afslutning primært målrettet lærere og ledere ved erhvervsskoler i Danmark. Formidling af projektets resultater og præsentation af den konkrete dokumentation. Pr-aktiviteter i forbindelse hermed.

De tre skolers prototyper på attraktive, fysiske læringsmiljøer præsenteres ved afslutningskonferencen, og står åbne for besøg ved lokale events.

Alle de lærere, der har deltaget i gennemførelsen af første eller andet grundforløb, knyttes i efteråret 2015 hver til en lærer, der ikke har deltaget aktivt i projektet. I denne periode afsættes ressourcer til sidemandsoplæring af denne lærer. Dette kan ske gennem mentoring og sparring, to-lærer-undervisning mv.

Gennemførelse af kompetenceudviklingsforløb for lærere i virksomheder.

De tre tovholdere etableres som et ressourcehold, som dels på eget initiativ formidler projektets resultater til øvrige erhvervsskoler i regionen, dels kan frikøbes af disse skoler for halv timepris til at bistå med at styrke skolens kompetencer, organisering, udviklings- og læringsmiljø, virksomhedspartnerskaber mv.

9. Partnere i projektet

Angiv det samlede forventede antal af partnere i projektet	4
Vælg antallet af centrale partnere og tilsagnsmodtagere ud over dig selv	3

Tilsagnsmodtager

Hvorfor er tilsagnsmodtageren med i projektet?

CPH West ønsker med sin deltagelse særligt at motivere unge fra ikke-boglige miljøer til at gennemføre en ungdomsuddannelse og styrke deres muligheder for videre karriere og uddannelse.

CPH West deltager i projektet med to gange to klasser fra den merkantile indgang.

CPH West har stor erfaring med udviklingsarbejde og administration af strukturfondsprojekter. CPH West har gennem flere års fusioner mellem uddannelsesinstitutioner en stærk kompetence inden for flerfaglige samarbejder.

CPH West har et udbredt virksomhedsnetværk og stor erfaring med virksomhedssamarbejder om såvel praktikpladser som andre elevaktiviteter, Young Enterprise, campforløb mv.

Hvilken rolle skal tilsagnsmodtageren have i projektet?

Projektsekretariatet vil være forankret på CPH West og økonomiadministrationen vil ske i tilknytning til det administrative fællesskab CPHService, der driver økonomiadministration for en række uddannelsesinstitutioner.

Derudover indgår CPH West i projektets styregruppe og udfører forsøgs- og udviklingsarbejde

Hvilke typer udgifter skal tilsagnsmodtageren afholde?

Løn – såvel projektudvikling som deltagertimer. Indirekte udgifter, lokaler mv.

CVR-nummer	11748708
EAN nummer	
Navn	CPH WEST Uddannelsescenter København Vest
Adresse	Vejlebrovej 45 - 65
Postnr.	2635
By	Ishøj
Region	Hovedstaden

Hjemmeside	www.cphwest.dk
Kontaktperson fornavn	Michael
Kontaktperson efternavn	Jensen
Kontaktperson telefon	33880866
Kontaktperson e-mail	mje@cphwest.dk

Tilsagnsmodtager/partner

Hvorfor er partneren med i projektet?

TEC ønsker med sin deltagelse i projektet særligt at skabe grundlaget for en teknisk indgang, der efterlever tankegangen om at gentænke erhvervsuddannelserne ud fra fremtidens behov frem for fortidens traditioner. TEC ser i UCE en mulighed for at skabe sammenhæng til socialfondsprojektet UddX og lægger vægt på at videreudvikle resultaterne fra dette projekt.

TEC har stor erfaring med udviklingsarbejde og administration af strukturfondsprojekter.

TEC deltager i projektet med to gange to klasser inden for en eller et par tekniske

Hvilken rolle skal partneren have i projektet?

TEC indgår i projektets styregruppe og udfører forsøgs- og udviklingsarbejde.

Hvilke typer udgifter skal partneren afholde?

Løn – såvel projektudvikling som deltagertimer. Indirekte udgifter, lokaler mv.

Vælg rolle for partneren	Partner
Vælg CVR, CVR under stiftelse eller CPR	CVR
CVR-nummer	20578912
EAN nummer	5798000553491
Navn	Teknisk Erhvervsskole Center
Adresse	Nordre Fasanvej 27
Postnr.	2000
By	Frederiksberg
Region	Hovedstaden
Hjemmeside	www.tec.dk
Kontaktperson fornavn	Jesper
Kontaktperson efternavn	Clausen
Kontaktperson telefon	38177108
Kontaktperson e-mail	jc@tec.dk

Tilsagnsmodtager/partner

Hvorfor er partneren med i projektet?

SOPU ønsker med sin deltagelse i projektet særligt at styrke elevernes motivation og almene kompetencer og at tiltrække en bredere målgruppe til uddannelsen. SOPU ønsker at indgå i større samarbejder og partnerskaber, der kan styrke institutionens skolemiljø.

SOPU deltager med to gange en klasse inden for social- og sundhedsassistent indgangen

Hvilken rolle skal partneren have i projektet?

SOPU indgår i projektets styregruppe og udfører forsøgs- og udviklingsarbejde.

Hvilke typer udgifter skal partneren afholde?

SOPU indgår i projektets styregruppe og udfører forsøgs- og udviklingsarbejde.

Vælg rolle for partneren	Partner
Vælg CVR, CVR under stiftelse eller CPR	CVR
CVR-nummer	33284101
EAN nummer	
Navn	Erhvervsuddannelser indenfor Sundhed-Omsorg og Pædagogik og Hillerød
Adresse	Vognmagergade 8
Postnr.	1120
By	København K
Region	Hovedstaden
Hjemmeside	www.sopu.dk
Kontaktperson fornavn	Vinni
Kontaktperson efternavn	Ahl Kjærsgaard
Kontaktperson telefon	3528 3080
Kontaktperson E-mail	vikjae@sopu.dk

Tilsagnsmodtager/partner

Hvorfor er partneren med i projektet?

Region Hovedstaden har som mål i Den regionale udviklingsplan 2012, at erhvervsuddannelserne skal sikre flere unge en kompetencegivende uddannelse. Regionen ønsker med sin deltagelse at støtte uddannelsesinstitutionerne i at arbejde med nye tilgange til læring og i at designe

undervisning med udgangspunkt i de unges behov. Samtidig ønsker regionen med sin deltagelse at sikre regional spredning og forankring af projektets resultater, så flere unge i regionen generelt vælger rigtigt første gang og får en kompetencegivende uddannelse.

Hvilken rolle skal partneren have i projektet?

Region Hovedstadens rolle i projektet vil være at varetage projektledelsen af det tværgående udviklingsarbejde i samarbejde med bl.a. de pædagogiske tovholdere på de tre skoler, de unge, virksomheder og andre aktører.

Projektlederen vil blive ansat af Region Hovedstaden. Desuden indgår Region Hovedstaden i projektets styregruppe.

Hvilke typer udgifter skal partneren afholde?

Region Hovedstaden bevilger midler til udviklingsarbejdet.

Vælg rolle for partneren	Partner
Vælg CVR, CVR under stiftelse eller CPR	CVR
CVR-nummer	29190623
EAN nummer	5798001686327
Navn	Region Hovedstaden
Adresse	Kongens Vænge 2
Postnr.	3400
By	Hillerød
Region	Region Hovedstaden
Hjemmeside	http://regionh.dk/
Kontaktperson fornavn	Anne Holm
Kontaktperson efternavn	Sjøberg
Kontaktperson telefon	38 66 55 17
Kontaktperson E-mail	ahs@regionh.dk

10. Økonomioplysninger om centrale partnere og tilsagnsmodtagere (seneste regnskabsår)

Ansøgers og centrale partners administrative og økonomiske forudsætninger for at gennemføre projektet

Tilsagnsmodtager:

Navn på tilsagnsmodtager:

CPH WEST Uddannelsescenter København Vest

Nøgletal (1.000 kr.)	Kr. / Antal
Resultat (før afskrivning)	4.124.390
Statusbalance	445.439.000
Egenkapital	80.628.369
Antal ansatte	484

Noter:

- Resultat (før afskrivning) *Data pr. 17.09.2012.*
- Statusbalance *Data pr. 17.09.2012.*
- Egenkapital *Data pr. 17.09.2012.*
- Antal ansatte *Antal ansatte er opgjort i årsværk. Data pr. 17.09.2012.*

Partner 1

Navn på partner

Teknisk Erhvervsskole Center

Nøgletal (1.000 kr.)	Kr. / Antal
Resultat (før afskrivning)	-328.537
Statusbalance	774.761.804
Egenkapital	259.343
Antal ansatte	692

Noter:

- Resultat (før afskrivning) *Det anførte tal er netto. Oplysninger pr. 17.09.12.*
- Statusbalance *Oplysninger pr. 17.09.12.*
- Egenkapital *Oplysninger pr. 17.09.12.*
- Antal ansatte *Oplysninger pr. 17.09.12.*

Partner 2

Navn på partner

Erhvervsuddannelser indenfor Sundhed-Omsorg og Pædagogik
og Hillerød

Nøgletal (1.000 kr.)	Kr. / Antal
Resultat (før afskrivning)	12.293.202
Statusbalance	125.236.375

Egenkapital	39.705.631
Antal ansatte	260

Noter:	
- Resultat (før afskrivning)	Årets resultat, oplyst 17.09.12.
- Statusbalance	Oplyst 17.09.12
- Egenkapital	Oplyst 17.09.12.
- Antal ansatte	Antal årsværk 248. Både årsværk og antal ansatte er ekskl. timelønnede

Partner 3

Navn på partner

Region Hovedstaden

Nøgletal (1.000 kr.)	Kr. / Antal
Resultat (før afskrivning)	2.299.746.000
Statusbalance	23.230.520.000
Egenkapital	5.306.180.000
Antal ansatte	41.164
Noter:	
- Resultat (før afskrivning)	Årsregnskab 2011
- Statusbalance	Årsregnskab 2011
- Egenkapital	Årsregnskab 2011
- Antal ansatte	Årsregnskab 2011

11. Øvrige oplysninger

Additionalitet

Ja, det opfylder additionalitetskravet

Projektets additionalitet

Erhvervsuddannelserne har tabt konkurrencen om de unge til gymnasierne, fordi de vælger den ”sikre” løsning. Her kan de unge udskyde det svære karrierevalg, og de skal ikke være bange for ikke at kunne finde en praktikplads.

Hver sjette af de unge, som vælger gymnasiet, får imidlertid aldrig en kompetencegivende uddannelse. Hvis hovedstadsregionen på sigt skal undgå et voksende overskud af ufaglært arbejdskraft, er der behov for at tænke erhvervsuddannelserne forfra med udgangspunkt i disse unges perspektiv og motivation. Derfor skal der tænkes nyt, og det nye skal afprøves og vurderes kvalificeret.

Det afgørende nye i UCE er det stærke samarbejde mellem tekniske, merkantile og sosu-uddannelser om at udvikle og afprøve fælles undervisning. Samtidig skal der arbejdes med nye undervisningsmetoder og former, og de fysiske rammer for undervisningen er sat i spil. Det kræver væsentlige udviklingsressourcer på skolerne at gennemføre samarbejdet om UCE, og projektet kan ikke gennemføres uden støtte fra EU Socialfond og Region Hovedstaden.

Støtten fra EU Socialfond vil sikre, at udmøntningen af UCE-grundforløbene gennemføres ud fra en eksperimenterende tilgang, hvor der er vedvarende fokus på dokumentation, evaluering og forplantning af resultaterne til skolernes daglige praksis. Det betyder, at skolerne oparbejder in house innovationskompetencer, og gør det samtidig muligt at formidle og sprede resultaterne til gavn for regionens øvrige skoler. Støtten vil også sikre, at skolerne kan yde en afgørende indsats for at involvere virksomheder i den nye uddannelse og udvikle, hvordan nye innovative partnerskaber kan føres ud i livet til fordel for begge parter.

På trods af, at UCE alene kan opnå støtte fra EU Socialfond til udgangen af 2014, er det lykkedes at skabe en projektmodel, tilpasset det danske uddannelsessystem, så der gennemføres to hele grundforløb á 40 uger. Dette kan lade sig gøre, fordi der i socialfondsprojektet lægges vægt på udviklingssiden, mens der i den opfølgende regionalt finansierede projektperiode er fokus på udmøntning og forankring af de skabte resultater. Samtidig skaber denne model et fundament for vedvarende effekt af projektet, idet der sikres en glidende overgang fra projektf finansiering til driftsfinansiering af UCE.

Uden støtte fra EU Socialfond og Region Hovedstaden vil partnerskolerne ikke være i stand til at gennemføre et så gennemgribende projekt på tværs af tre skoler. Og slet ikke på så kort tid. Uden projektet vil erhvervsskolerne miste et væsentligt initiativ i kampen for flere kvalificerede faglærte i regionen.

Projektet opfylder hermed additionalitetskravet.

Projektets nyhedsværdi

UCE repræsenterer en radikal ny tilgang til udvikling af erhvervsuddannelserne. Ved systematisk at involvere elever, virksomheder, videreuddannelsesinstitutioner og professionelle innovationsaktører i at designe et stærkt læringsmiljø, skaber man uddannelsen ud fra elevernes og aftagernes behov og forudsætninger.

Det afgørende nye ved UCE er, at en teknisk, en merkantil og en social- og sundhedsskole sammen udvikler og gennemfører grundforløb, der samarbejder på tværs, og at der skabes et læringsfællesskab for elever fra flere uddannelsesindgange. For at skabe innovative løsninger gælder læresætningen, at innovation opstår i mødet mellem forskellig faglighed. Det unikke tværfaglige møde mellem lærere, virksomheder og elever på merkantile, tekniske og social- og sundhedsuddannelserne vil skabe en helt ny platform for at udvikle elevernes kompetencer og realisere nye innovative løsninger inden for fx velfærdsteknologi.

Region Hovedstaden støtter en lang række projekter med fokus på at begrænse frafald på erhvervsuddannelserne gennem mentorordning etc. – fx det af EU Socialfonds støttede projekt Relationer der forpligter. Disse projekter er afgørende for at støtte uddannelsesfremmede unge i at gennemføre deres uddannelse. UCE supplerer denne indsats ved at skabe bedre rammer for at uddanne ”superhåndværkere”, der kan give større anerkendelse til erhvervsuddannelserne og dermed tiltrække helt nye målgrupper. Hermed følger Ungecampus anbefalingerne fra Vækstforums task force om målet om at udvikle en skolekultur, hvor høj faglighed og undervisning med fokus på innovation, iværksætteri og efter- og videreuddannelse skal forme fremtidens stærke faglærte.

Da projektet afsøger grænserne for samarbejde mellem grundforløb, er Ministeriet for Børn og Undervisning orienteret om UCE, og ministeriet vil følge projektet.

Projektets informations- og pr-foranstaltninger

Kommunikationsindsatsen er afgørende for UCEs succes. Dels skal der sikres rekruttering til de to årgange af grundforløb, som gennemføres i projektet. Dels skal projektet bidrage til at styrke erhvervsuddannelsernes image generelt, som en attraktiv førsteprioritet for flere unge efter grundskolen. Målet er at bidrage til en forståelse af, at erhvervsuddannelserne både er en direkte vej til en karriere præget af høj faglighed, innovation og iværksætteri og samtidig er et trinbræt til status og videreuddannelse.

Der skal allerede i 2012 udvikles et tæt samarbejde med Ungdommens Uddannelsesvejledning om vejledning af potentielle elever fra grundskolen til uddannelsen. Samtidig vil unge og virksomheder blive inddraget i idéudvikling vedrørende pr-foranstaltninger samt det endelige

navn på grundforløbet. Den samlede kommunikationsindsats skal føre til fuldt optag på de to grundforløbsårgange, som gennemføres i UCE.

Kommunikationsstrategien vil være målrettet en løbende, kvalificeret og opmærksomhedsskabende indsats for at udbrede projektet i forhold til følgende målgrupper:

- Målrettet informationsindsats over for elever i 9. og 10.klasse, der er i færd med at træffe beslutning om valg af ungdomsuddannelse
- Samarbejde om Ungdommens Uddannelsesvejledning om rekruttering og visitering
- Involverende aktiviteter over for offentlige og private virksomheder mhp. etablering af partnerskaber og praktikpladsaftaler
- Koordinerende intern indsats i forhold til medarbejdere og ledere, som deltager i projektet ved de tre partnerskoler
- Kompetenceudviklende indsats i forhold til lærere og ledere, der ikke er aktive i projektet, dels ved partnerskoler, dels ved andre skoler er regionen
- Imageskabende pr-indsats over for offentligheden generelt

Indsatsen skal ses i sammenhæng for hele projektets udstrækning og vil således også omfatte de aktiviteter, som gennemføres som del af det regionalt finansierede projekt i 2015.

Til at virkeliggøre informations- og pr-strategien hyres eksterne konsulenter. Projektlederen, der ansættes på fuld tid, forventes også at kunne varetage kommunikationsopgaver. Derudover vil lederkredsen og virksomhedskonsulenterne på de tre skoler have en særlig opgave i at sikre virksomhedskontakt. De faglige formidlingsopgaver vil primært blive udført af de lærere, der er tilknyttet projektet. Sekretariatet har sammen med skolernes projektledere og faglige tovholdere ansvaret for den interne information og koordinering.

Inden tre måneder fra projektets start vil der blive udarbejdet en detaljeret kommunikationsstrategi for Fremtidens erhvervsskole - udvikling af et ungedcampus på erhvervsuddannelserne - UCE, som forelægges Region Hovedstaden til godkendelse.

Projektets overholdelse af udbudsregler

Tilsagnsmodtager har god erfaring med administration af strukturfondsprojekter, og der vil være ledelsesmæssig opmærksomhed på at sikre, at gældende udbudsregler overholdes, herunder at der ikke sker en konstrueret opsplitning af opgaver.

Ved indkøb af eksterne tjenesteydelser vil der altid blive udvist sparsommelighed. Såfremt købet er omfattet af reglerne for udbud, vil udbud naturligvis blive gennemført i overensstemmelse hermed. I øvrige tilfælde vil der blive indhentet skriftlige, alternative tilbud. Såfremt en opgave bedre kan løses af medarbejdere tilknyttet projektet for medregning af arbejdstid, vil denne løsning blive valgt frem for køb af ekstern bistand.

Dokumentation for indhentning af tilbud, valg af leverandør og udgiftsbilag vil blive opbevaret efter reglerne sammen med projektets øvrige dokumentation.

12. Projektets konsekvenser for miljø, ligestilling, beskæftigelse og yderområder

Hvordan påvirker projektet naturen/miljøet?

Miljø

Ingen miljøeffekt

Hvis positiv eller negativ effekt, anmodes om en kortfattet beskrivelse heraf

Projektet forventes i sig selv ingen miljøeffekt at have, men der kan ligge en positiv indirekte effekt i, at der forventes at være fokus på bl.a. bæredygtig teknologi i elevprojekterne.

Hvordan påvirker projektet ligestillingen mellem mænd og kvinder?

Ligestilling

Positiv ligestillingseffekt

Hvis positiv eller negativ effekt, anmodes om en kortfattet beskrivelse heraf

Ved at kombinere teori med praktiske færdigheder i løsningen af virksomhedsprojekter vil projektet styrke unge mænds tilgang til forsat og mere vidensung uddannelse.

Ved at arbejde på tværs af fag, indgange og skoler, der normalt har en relativ ujævn kønsfordeling, udbredes både kvinder og mænds indsigt i andre uddannelser, hvilket ruster dem bedre til at vurdere deres valg af uddannelse og karriere.

Hvordan påvirker projektet beskæftigelsen?

Beskæftigelseseffekt

Positiv effekt

Hvis positiv eller negativ effekt, anmodes om en kortfattet beskrivelse heraf

Den centrale udfordring for UCE er at skabe en erhvervsuddannelse, der motiverer unge til at tage en erhvervskompetencegivende uddannelse, så deres livsindkomst og bidrag til samfundsøkonomien kan øges.

Derudover målrettes UCE-grundforløbet den gruppe af gymnasieelever, som står i risiko for aldrig at uddanne sig videre og dermed ende som ufaglærte studenter.

Endelig fokuserer projektet på at ruste de unge elever til arbejdslivet gennem bl.a. virksomhedsprojekter og arbejdspladstræning.

Hvordan påvirker projektet udviklingen i de geografiske yderområder?

Geografiske yderområder/Udsatte byområder

Ingen udviklingseffekt

Hvis positiv eller negativ effekt, anmodes om en kortfattet beskrivelse heraf

Arbejdsmarkedstilknytning ved projektets start. Køn og antal (forventet)

Beskæftigede	Antal mænd	Antal kvinder	Sum
Lønmodtagere	45	45	90
Selvstændige og medhjælpende ægtefæller	0	0	0
Total	45	45	90

Noter:

- Lønmodtagere *Deltageraktiviteterne omfatter 90 ansatte lærere ved de tre partnerskoler. De tre uddannelser har en uens kønsfordeling blandt både elever og lærere, men forskellene forventes at udligne hinanden i det samlede billede.*

Ledige dagpengemodtagere og ledige kontanthjælpsmodtagere i jobtræning eller aktivering	Antal mænd	Antal kvinder	Sum
Ledige (under 12 mdr.)	0	0	0
Ledige (over 12 mdr.)	0	0	0
Total	0	0	0

Noter:

Uden for arbejdsstyrken	Antal mænd	Antal kvinder	Sum
Under uddannelse	0	0	0
Efterlønsmodtagere og pensionister	0	0	0
Kontanthjælpsmodtagere	0	0	0
Alle øvrige personer	0	0	0
Total	0	0	0

Noter:

13. Projektresumé

Accepterklæring

Jeg accepterer, at resumeet kan blive offentliggjort på www.regionalt.dk.

Projektresumé (max 1.500 tegn)

Fremtidens erhvervsskole er et partnerskab mellem Region Hovedstaden og tre erhvervsskoler, der dækker merkantile, tekniske og sosu-uddannelser om at udvikle et ungecampus - UCE - i form af i et fælles profileret grundforløb, der ruste eleverne til et dynamisk og foranderligt arbejdsmarked og videre uddannelse. De tre skoler, netværkspartnere af virksomheder og KEA vil gennem en innovativ designfase skabe UCE som et attraktivt førstevalg for unge, der tiltrækkes af gymnasiet som det "sikre valg", men er i risiko for at ende som uflaglærte.

Partnerskolerne udbyder to gange et grundforløb på 40 uger. I alt 10 klasser med 260 elever. UCE vil fremstå som en helhed for eleverne med adskilte fælles og faglige moduler. Al undervisning kendetegnes af innovation og læring i bevægelse. Projektet vil minimere frafaldet gennem en reel uddannelsesgaranti. Det sikres b.a. gennem udvikling af et nyt koncept for partnerskab mellem skole og virksomheder om uddannelse, der skaber sammenhæng i uddannelsen og praktikpladser.

Udviklingsarbejdet gennemføres af ledere og lærere på de tre skoler i synergi mellem egen kompetenceudvikling og forsøgsarbejdet. Unge, virksomheder og eksperter inddrages i udviklingsarbejdet. Resultatet bliver et motiverende lærings- og udviklingsmiljø. Projektet afsluttes ultimo 2014. Andet UCE-grundforløb færdiggøres og en væsentlig del af dokumentations- og spredningsindsatsen gennemføres i 2015 med støtte fra Region Hovedstaden.

14. Erklæring og underskrift

Søges der anden støtte til projektet

Ja

Hvis ja, hvorfra?

Region Hovedstaden er indstillet på at dække ca. 25 % af projektet via regionale udviklingsmidler.

Undertegnede bekræfter hermed at have gjort sig bekendt med 'Information om persondataloven' (beskrevet på side 3-5).

Endvidere forpligter undertegnede sig til at sikre, at eventuelle partnere i projektet er gjort bekendt med 'Information om persondataloven'. Partnerne skal informeres om, at disse data indsamles og behandles af myndighederne, at der er adgang til indsigt i de indsamlede oplysninger, samt at der er ret til at kræve fejlagtige oplysninger slettet eller korrigeret.

Ønsker en partner ikke, at der indsamles og behandles personoplysninger om vedkommende, kan der ikke ydes tilskud til den pågældendes udgifter i projektet.

Projektansvarliges underskrift

Navn

Uddannelseschef Michael Jensen

Den

18-9-2012

Underskrift

Tilsagnsmodtagers underskrift (Tegningsberettigede)

Navn

Direktør Eva Hofman-Bang

Den

18-9-2012

Underskrift

Navn

Den

Underskrift

Navn

Den

Underskrift

Navn

Den

Underskrift

Navn

Den

Underskrift

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 11

Emne: Høring af voksenuddannelsescentrenes mål for forberedende voksen-undervisning og ordblindeundervisning for voksne

1 bilag

NOTAT

Til: **Regionsrådet**
Telefon +45 48 20 50 00
Fax +45 48 20 56 61
Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30 11 36 83
Journal nr.: 12005178

Dato: 23. oktober 2012

PLANER FOR FORBERENDE VOKSENUNDERVISNING

Regionen Hovedstaden har modtaget planer for udbud af forberedende voksenundervisning (FVU) og ordblindeundervisning (OBU) fra voksenuddannelsescentrene (VUC'erne) i Region Hovedstaden. Baggrunden er et led i, at VUC'ernes planer skal i høring i regionsrådet, der i samarbejde med VUC'erne har den koordinerende rolle.

Notatet giver en sammenfatning af VUC'ernes planer i tabelform. Det indeholder en tabel, der viser udviklingen af udbuddet af forberedende voksenundervisning og ordblindeundervisning fra 2011 og frem til 2014 samt en oversigt over på hvilke lokaliteter undervisningen udbydes.

Tabel 1. Indekserede faktiske tal for 2011 og indekserede mål for 2012 - 2014 for udbud af forberedende voksenundervisning læsning og matematik samt for udbud af ordblindeundervisning.

		Faktiske tal	Mål			
		for 2011	2012	2013	2014	
KVUC	Læsning	100	169	241	313	
	Matematik	100	331	397	464	
	OBU	100	18	21	25	
VU Frederiksberg	Læsning	100	111	122	136	
	Matematik	100	404	520	600	
	OBU	100	113	147	160	
VUC Vestegnen	Læsning	100	117	140	146	
	Matematik	100	174	233	291	
	OBU	100	81	88	95	
Campus Bornholm	Læsning	100	103	103	103	
	Matematik	100	98	98	98	
	OBU	100	92	92	92	
VUC Lyngby	Læsning	100	101	106	112	
	Matematik	100	106	106	106	
	OBU	100	127	147	157	
VUC Hvidovre-Amager	Læsning	100	99	110	110	
	Matematik	100	105	105	105	
	OBU	100	72	76	83	
VUC Nordsjælland	Læsning	100	103	107	107	
	Matematik	100	0	0	0	
	OBU	100	65	65	65	

Tabel 2: Geografisk placering af udbuddet af FVU og OBU for år 2013

Område	Udbyder	Geografisk placering af udbud (by)	Hvilke trin	Hyppighed	Dag- og aften
Forberedende Vosenundervisning - Læsning					
KVUC	KVUC med flere	København	1 – 4	konstant	daguv
VU Frederiksberg	VU Frederiksberg	Lindevangs Allé 10, 2000 F	1 – 4	løbende optag	Dag
	SOSU-skolen	Diakonissestiftelsen, Peter Bang Vej, 2000 F	1 – 4	ved holdstart	Dag
	FOA KLS	Smallegade, 2000 F	1 – 2	2 gange årligt	fyrftensuv
	F86	Finsensvej, 2000 F	1 – 4	løbende optag	dag
	FOF	Falkoner Centret, 2000 F	1 – 4	minimum halvårligt	Dag og aften
	Frederiksberg Daghøjskole og KursusCenter	Kong Georgs Vej 11, 2000 F	1 – 4	ved holdstart	Dag
	AOF Center Hovedstaden	C.F.Richsvej 103, 3., 2000 F	1 – 4	4 gange årligt	Dag og aften
VUC Vestegnen	VUC Vestegnen	Albertslund og Rødovre	1 – 4	4 gange årligt samt løbende optag	Dag og aften
	Høje Tåstrup Sprogcenter	Tåstrup	1 – 4	4 gange årligt samt løbende optag	Dag og aften
	Voksenskolen i Albertslund	Ishøj, Tåstrup og Brøndby Strand	1 – 4	løbende optag	Dag og aften
	Vestegnens Sprog- og Kompetence-center	Brøndby Strand, Glostrup, Ishøj	1 – 4	4 gange årligt samt løbende optag	Dag og aften
Campus Bornholm	Campus Bornholm	Rønne	1 – 4	Løbende optag	Dag og aften
	AOF Center Bornholm	Rønne og Knudsker	1 – 4	Løbende optag	Dag og aften
VUC Lyngby	VUC Lyngby	Lyngby	1 – 4	4. gange årligt	Ja, efter behov
	Ballerup sprogskole	Ballerup	1 – 4	2 gange årligt	Jefter behov
	AOF Gladsaxe	Gladsaxe	1 – 4	2 gange årligt	efter behov
	AOF J & U, Ballerup	Ballerup	1 – 4	2 gange årligt	efter behov
	LOF Øresund	Lyngby, Gentofte og Ballerup	1 – 4	2 gange årligt	efter behov
	CPH West	Herlev og Ballerup	1 – 4	2 gange årligt	Dag
	UC Plus	Ballerup	1 – 4	2 gange årligt	Dag
VUC Hvidovre-Amager	VUC Hvidovre-Amager	Sneserevej 10 2770 Kastrup	1 - 4	Årligt	Dag og aften
	VUC Hvidovre-Amager	Åmarksvej 1, 2650 Hvidovre	1 - 4	Årligt	Dag og aften
	AOF Hvidovre	Hvidovrevej 438, 2650 Hvidovre	1 - 4	Årligt	Dag og aften
	Vestegnens Sprog og Kompetencecenter	Brøndby Parkvej 292, 2605	1 - 4	Årligt	Dag og aften
VUC Nordsjælland	VUC Nordsjælland	Milnersvej 40, 3400 Hillerød	1 – 4	løbende optag	Dag og aften
	VUC Nordsjælland	Gurrevej 90, 3000 Helsingør	1 – 4	løbende optag	Dag
	VUC Nordsjælland	Classensgade 2, 3600 Frederiksværk	1 – 4	løbende optag	Dag og aften
	VUC Nordsjælland	Heimdalsvej 1A/Odinsvej, 3600 Frederikssund	1 - 4	løbende optag	Dag og aften

	VUC Nordsjælland	forlagt	1 - 4		
	LOF Øresund	Helsingør	1 - 4		
	Sprogcenter Nordsjælland	Hillerød	1 - 4		
Forberedende Voksenundervisning - Matematik					
KVUC	KVUC med flere	København	1 – 2	løbende optag	Dag og aften
VU Frederiksberg	VU Frederiksberg	Lindevangs Allé 10, 2000 F	1 – 2	løbende optag	Dag
	FOA SOSU	Godthåbsvej 15, 2000 F	1 – 2	Efter behov	fyrftensuv
	FOF	Falkoner Centret, 2000 F	1 – 2	2 gange årligt	Dag og aften
	Frederiksberg Daghøjskole og KursusCenter	Kong Georgs Vej 11, 2000 F	1 – 2	Ved holdstart	Dag og aften
	AOF Center Hovedstaden	C.F.Richsvej 103, 3., 2000 F	1 – 2	4 gange årligt	Dag og aften
VUC Vestegnen	VUC Vestegnen	Albertslund, Rødovre	1 – 2	4 gange årligt samt løbende optag	Dag og aften
	Voksenskolen i Albertslund Ishøj	Tåstrup og Brøndby Strand	1 – 2	4 gange årligt samt løbende optag	Dag og aften
	Høje Tåstrup Sprogcenter	Tåstrup	1 – 2	løbende optag	Dag og aften
	Vestegnens Sprog- og Kompetencecenter	Brøndby Strand, Glostrup og Ishøj	1 – 2	4 gange årligt samt løbende optag	Dag og aften
Campus Bornholm	Campus Bornholm	Rønne	1 – 2	Løbende optag	Dag og aften
	AOF Center Bornholm	Rønne og Knudsker	1 – 2	Løbende optag	Dag og aften
VUC Lyngby	VUC Lyngby	Lyngby	1 - 2	2 gange årligt	Efter behov
	AOF Gladsaxe	Gladsaxe	1 - 2	2 gange årligt	Efter behov
VUC Hvidovre-Amager	VUC Hvidovre-Amager	Åmarksvej 1, 2650 Hvidovre	1 - 2	Årligt	Dag og aften
	Vestegenens Sprog- og Kompetencecenter	Brøndby Parkvej 292, 2605	1 - 2	Årligt	Dag og aften
VUC Nordsjælland	VUC Nordsjælland	Classensgade 2, 3600 Frederiksværk	1 - 2	løbende optag	Dag og aften
	VUC Nordsjælland	Heimdalsvej 1A/Odinsvej, 3600 Frederikssund	1 - 2	løbende optag	Dag og aften
Ordblindeundervisning					
KVUC	KVUC med flere	København		løbende optag	Dag og aften
VU Frederiksberg	VU Frederiksberg	Lindevangs Allé 10, 2000 F		løbende optag	Dag og aften
	Københavns Fængler	Vigerslev Allé 1D, 2450 SV		løbende optag	Dag
	FOA SOSU	Godthåbsvej 15, 2000 F		løbende optag	Dag og aften
	FOF	Falkoner Centret, Falkoner Allé 7, 2000 F		løbende optag	Dag og aften
	FOA SOSU	Godthåbsvej 15, 2000 F		løbende optag	Dag og aften
VUC Vestegnen	VUC Vestegnen	Albertslund	-	-	Dag og aften
	Ishøj Voksenskolen	Albertslund, Tåstrup og Brøndby Strand	-	-	Dag og aften

	Rødovre Kulturelle Aften-skole	Rødovre	-	-	Dag og aften
Campus Bornholm	Campus Bornholm	Rønne		løbende optag	Aften
	Kommunikationscentret	Rønne		løbende optag	Dag og Aften
VUC Lyngby	VUC Lyngby	Lyngby		løbende optag	efter behov
	Ballerup Sprogskole	Ballerup		løbende optag	efter behov
VUC Hvidovre-Amager	VUC Hvidovre-Amager	Sneserevej 10 2770 Kastrup		Årligt	Dag og aften
	VUC Hvidovre-Amager	Åmarksvej 1, 2650 Hvidovre		Årligt	Dag og aften
	AOF	Hvidovrevej 438, 2650 Hvidovre		Årligt	Dag og aften
VUC Nordsjælland	VUC Nordsjælland	Milnersvej 40, 3400 Hillerød		Løbende indtag	Dag og aften
	VUC Nordsjælland	Gurrevej 90, 3000 Helsingør		Løbende indtag	Dag og aften
	VUC Nordsjælland	Classensgade 2, 3600 Frederiks-værk		Løbende indtag	Dag og aften
	VUC Nordsjælland	Heimdalsvej 1A/Odinsvej, 3600 Frederikssund		Løbende indtag	Dag og aften

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 12

Emne: Bevilling af erhvervsfremmemidler til erhversprojekter

1 bilag

**Referat fra møde i Vækstforum Hovedstaden torsdag den 20. september 2012
kl. 15-16.30 på Skt. Petri, København K.**

Dato:
5.10.2012

1. Velkomst og indledning

Idet Vækstforumformanden var blevet syg, bød borgmester Kirsten Jensen velkommen, og varetog herefter rollen som mødeleder.

Det blev konstateret, at Vækstforum ikke var beslutningsdygtigt, hvorfor beslutningerne på mødet sendes i høring i forbindelse med høringen af referatet.

2. Tværgående analyse af 20 erhvervsudviklingsprojekter – oplæg ved konsulent Henrik Lodberg, LBAAnalyse.

Konsulent Henrik Lodberg præsenterede analysen. Plancherne fra oplægget kan hentes på www.regionh.dk/vaekstforum.

Det var *indstillet*, at

- Vækstforum drøfter evalueringens resultater og anbefalinger.
- Vækstforum tager den gennemførte evaluering til efterretning og igangsætter 3. fase af det planlagte forløb: Udvikling af projektovervågningssystem med fokus på nøgletal og praktisk anvendelig effektmåling.

Vækstforum drøftede konsulentens anbefalinger og havde en række bemærkninger:

- Satsning på store professionelle organisationer bør afbalanceres i forhold til mulighederne for at små aktører og nye friske ideer også kan nå Vækstforum. Dette kunne bl.a. opnås ved at tillade flere forprojekter eller en pulje til miniprojekter.
- Flere af anbefalingerne kan være relevante at udvikle yderligere i næste Vækstforum-periode, når der skal udvikles en ny erhvervsstrategi.
- Vækstforums medlemmer kan blive stærkere involveret i de enkelte projekter – evt. i styregrupper.
- Beskæftigelsesregionen kan blive inddraget yderligere med uddybende kommentarer i vurderingen af specielt Socialfondsansøgninger.

Indstillingen blev herefter tiltrådt, idet bemærkningerne indgår i det videre arbejde med evaluering, projektopfølgning mv.

3. Bevillinger - regionale erhvervsudviklingsmidler, EU Regionalfond og EU Socialfond

3.1 International markedsføring af hovedstadsregionen, herunder MIPIM 2013

Det var *indstillet*,

- at Vækstforum indstiller til regionsrådet, at der bevilges 2 mio. kr. af de regionale erhvervsfremmemidler til en styrket international markedsføring af Hovedstadsregionen, herunder på MIPIM i 2013, idet det forventes, at der kan samles yderligere medfinansiering fra en bred kreds af partnere omkring MIPIM indsatsen, herunder fra kommunerne. Copenhagen Capacity er operatør, og
- at Vækstforum deltager i MIPIM 2013 med en mindre delegation – eksempelvis repræsenteret ved formandskabet.

Det blev bemærket:

- Capital Region eller Øresund er ikke egnede navne til international markedsføring – forskellige muligheder, som inddrager Copenhagen eller Greater Copenhagen er bedre egnede.
- Det er vigtigt at alle parter i regionen bakker op.
- Der findes flere andre projekter, som det også kan være relevant at indarbejde i det digitale erhvervskort – eksempelvis de mange projekter og udbygninger på DTU. Og betegnelsen Loop City er for overordnet og abstrakt et begreb – det giver bedre mening at fremhæve Letbanen i Ring 3.

Indstillingen blev herefter tiltrådt.

3.2 Copenhagen/Global Connected 2013 og 2014

Det var *indstillet*,

- at Vækstforum indstiller til regionsrådet, at der bevilges i alt 4 mio. kr. af de regionale erhvervsfremmemidler i 2013 og 2014 (2 mio. kr. årligt) til den resterende del af Copenhagen Connected-projektet.

Indstillingen blev tiltrådt.

Allan Agerholm erklærede sig inhabil og deltog ikke i behandlingen af punkt 3.2

3.3. Powerlab – særlig indsats for små og mellemstore virksomheder

Det var *indstillet*,

- at Vækstforum indstiller til regionsrådet, at der bevilges 950.000 kr. af de regionale erhvervsfremmemidler til PowerlabDKs særlige indsats rettet mod små og mellemstore virksomheder i Region Hovedstaden.

Indstillingen blev tiltrådt.

3.4 ESS og MAX IV som vækstmotorer for Region Hovedstaden

Det var *indstillet*,

- at Vækstforum meddeler Erhvervsstyrelsen, at projektet "ESS og MAX IV som vækstmotorer for hovedstadsregionen" indstilles til tilsagn om støtte på 11.695.050 kr. fra EU Regionalfond, og
- at Vækstforum anbefaler Regionsrådet at medfinansiere projektet med 3,9 mio. kr. af de regionale erhvervsfremmemidler under forudsætning af medfinansiering fra Regionalfonden og øvrige parter.

Indstillingen blev tiltrådt.

Søren Rasmussen erklærede sig inhabil og deltog ikke i behandlingen af punkt 3.4

4. Orientering om det kommende strukturfondsprogram (EU Regionalfond & EU Socialfond)

Orienteringen blev taget til efterretning.

5. Status EU Regionalfond og EU Socialfond

Orienteringen blev taget til efterretning.

6. Udkast til mødeplan 2013 og mulige emner (perioden november 2012 til december 2013)

Det blev foreslået, at supplere listen over mødeemner med "fokus på uddannelse og beskæftigelse – f.eks. med oplæg fra Beskæftigelsesregionen".

Vækstforum godkendte herefter mødeplanen for 2013.

7. Meddelelser

- Det videre arbejde med anbefalingerne fra Task Force om erhvervsuddannelser
- Regionsrådets nye politik og strategi for Region Hovedstaden som international metropol
- Oversigt over evalueringer igangsat af regeringen
- OECD Reviews of Central og Southern Denmark
- OECD Cross Border Regional Innovation Policies
- Ny national klynge- og netværksstrategi
- Publikation – Flere udenlandske videnarbejdere til hovedstadsregionen
- Analysesamarbejde mellem Region Sjælland og Region Hovedstaden
- Copenhagen Science Region

Fra Vækstforum deltog

- Borgmester Kirsten Jensen, Hillerød Kommune
- Borgmester Søren Rasmussen, Lyngby-Tårnbæk Kommune
- Borgmester Erik Lund, Allerød Kommune
- Byrådsmedlem Henrik Brade Johansen, Lyngby-Tårnbæk Kommune
- Regionsrådsmedlem Ole Søbæk, Region Hovedstaden
- Administrerende direktør Allan L. Agerholm, Crowne Plaza Copenhagen Towers
- Privatdirektør Bente Nielsen, Danske Bank A/S
- Formand Allan Thomsen, Metal Nordsjælland
- Administrerende direktør Allan Jørgensen, Kemp & Lauridsen A/S
- Administrerende direktør Torben Nielsen, København Fur (observatør)
- Producent Nina Crone, Crone Film A/S (observatør)
- Adm. direktør Astrid Simonsen Joos, Creuna Copenhagen (observatør)
- Afdelingsformand John Westhausen, 3F (observatør)
- Direktør Randi Brinckmann Wiencke, Professionshøjskolen Metropol (observatør)
- Direktør Birgitte Hass, FDC (observatør)

Afbud

- Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen, Region Hovedstaden
- Regionsrådsmedlem Julie Herdal Molbech, Region Hovedstaden
- Overborgmester Frank Jensen, Københavns Kommune
- Byrådsmedlem Niels Borre, Ishøj Kommune
- Divisionsdirektør Steen Nørby Nielsen, Siemens A/S
- Administrerende direktør Anette Saust Estø, Fleye Aps
- Prorektor Thomas Bjørnholm, Københavns Universitet
- Koncerndirektør Niels Axel Nielsen, Danmarks Tekniske Universitet
- Johnnie Hansen, Varmesmeden i Asserbo Aps
- Chefkonsulent Kåthe Munk Ryom, AC - Akademikernes Centralorganisation (observatør)

Fra sekretariatet deltog:

- Koncerndirektør Kim Høgh, Region Hovedstaden
- Stabsdirektør Joost Nielsen, Region Hovedstaden
- Udviklingschef Henrik Madsen, Region Hovedstaden

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 13

Emne: Høring af "Københavns Universitets strategi for samarbejde med myndigheder og organisationer 2012 - 2016"

2 bilag

Københavns Universitet
Forskning & Innovation
Ole Maaløes Vej 3, 1. sal
DK-2200 København N

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon +45 38 66 50 00
Fax +45 48 20 56 61
Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30 11 36 83

Dato: 11. oktober 2012

Høringssvar vedr. "Københavns Universitets strategi for samarbejde med myndigheder og organisationer 2012 - 2016"

Region Hovedstaden har med interesse læst udkast til ovennævnte strategi samt den medsendte strategi for KU's samarbejde med erhvervslivet. Høringssvar gives med forbehold for regionsrådets godkendelse og evt. bemærkninger, idet strategien forelægges på regionsrådets møde den 20. november efter høringsfristens udløb.

Strategiernes overordnede målsætninger og indsatsområder spiller godt sammen med Region Hovedstadens og Vækstforum Hovedstadens strategier for erhvervsudvikling, regional udvikling, sundhedsforskning, klima samt internationale relationer.

Vi ser derfor gode muligheder for samarbejde om fælles fremtidige satsninger med udgangspunkt i strategierne. Samtidig ønsker vi at bygge videre på de erfaringer som udspringer af det mangeårige samarbejde om konkrete erhvervs-, uddannelses- og forskningsprojekter samt samarbejdet om Københavns Universitetshospital og Creodk.

Samarbejde og strategiske partnerskaber om innovation, forskning og uddannelse er afgørende for, at hovedstadsregionen kan positionere sig som en globalt førende videnregion. Region Hovedstaden bakker derfor op om de fire indsatsområder i strategien og opfordrer til tæt dialog og samarbejde om konkretisering og udmøntning af strategien. Endvidere ønsker regionen at pege på udvalgte satsninger som ligger i naturlig forlængelse af KU's strategi.

Samarbejde og strategiske partnerskaber om innovation, forskning og international markedsføring

Hovedstadsregionen skal konsolidere og udbygge sin status som en central international videnregion og vækstmetropol. Samarbejde om innovation og forskning på højt internationalt niveau er en forudsætning for at skabe en stærk global videnregion.

- Hovedstadsregionens forskningsinstitutioner råder i dag over en række avancerede forskningsanlæg, som i de kommende år udbygges med ESS i Lund, og det tilhørende datamanagement-center i videnbydelen Nørre Campus. Region Hovedstaden ønsker at samarbejde med KU, andre regionale parter og erhvervslivet om at skabe en strategisk platform for forskning som dynamo for vækst.
- KU og Region Hovedstaden skal fortsætte med at styrke de nationale og internationale strategiske partnerskaber. Eksempelvis bidrager den nyligt indgåede samarbejdsaftale mellem Københavns Universitet, GlaxoSmithKline og Region Hoved-

staden til at styrke overgangen fra grundforskning til den translationelle og kliniske forskning samt styrker infrastruktur til brug for kliniske forsøg og lægemiddelafprøvninger.

- Region Hovedstaden har sammen med Region Skåne og Region Sjælland indgået en strategisk aftale med Massachusetts om samarbejde inden for life-science med særlig fokus på forskning og erhvervsudvikling inden for biotek, medicinal- og medicoindustri. KU og regionen kan sammen med erhvervsliv og andre videninstitutioner bruge aftalen som afsæt for nye strategiske forskningssamarbejder.
- Hovedstadsregionens stærke klynger inden for life science og cleantech har med de kommende års store globale samfundsudfordringer på områder som klima, velfærd/sundhed og miljø enestående muligheder for at positionere sig som internationalt førende. Region Hovedstaden og KU kan sammen med øvrige parter skabe grundlaget for nye fælles satsninger og innovative offentlig-private partnerskaber.
- Med udgangspunkt i regionens Strategi for Udvikling af Hovedstadsregionens Internationale Relationer inviterer regionen til dialog om evt. fælles satsninger i fx Kina, USA, EU og Øresund.
- Region Hovedstaden styrker den internationale markedsføring af hovedstadsregionen på flere fronter. Eksempelvis øger regionen sin synlighed og tilstedeværelse markant på MIPIM-messen i Cannes i 2013, blandt andet udvikles et interaktivt erhvervskort over Hovedstadsregionen, Malmö og omegn, hvor KU inviteres til et samarbejde om udvikling af kortet mv.

Samarbejde om uddannelserne

Uddannelse og forskning på højt internationalt niveau er en hjørnesten i udviklingen af hovedstadsregionens internationale konkurrenceevne. Derfor har Region Hovedstaden fokus på hele fødekæden af uddannelser:

- Det er afgørende for den videre udvikling af sundhedsvæsenet, at forskning, uddannelse og praksis spiller sammen. I takt med at krav om evidensbaseret praksis øges, vil der være et stigende behov for, at sundhedspersonale og andre faggrupper inden for sundhedsvæsenet har kompetencer til at frembringe, fortolke og implementere forskningsbaseret viden. Region Hovedstaden deltager gerne i konkrete initiativer, der styrker samspillet om både uddannelse og efteruddannelse af sundhedspersonale i forskning.
- Region Hovedstaden har netop vedtaget en ny regional uddannelsesstrategi, som en del af den regionale udviklingsplan 2012. Her er et af indsatsområderne netop ”Kompetencer, der matcher fremtidens behov”. Region Hovedstaden vil gerne samarbejde med KU om at sikre, at universitetsuddannelserne i højere grad matcher efterspørgslen i hovedstadsregionen fremover til gavn for både kandidaterne og erhvervslivet.

Med venlig hilsen

Kim Høgh
Koncerndirektør

UDKAST

Københavns Universitets strategi for samarbejde med myndigheder og organisationer 2012-2016

Københavns Universitet (KU) ønsker at styrke sit samarbejde med myndigheder, organisationer og erhvervsliv for at sikre den dialog og videndeling, der er nødvendig for at levere effektive og relevante bidrag til samfundets fremtidige vækst og velfærd.

”Københavns Universitets strategi 2016” indeholder et særligt indsatsområde om at styrke samarbejdet med omverdenen både nationalt og internationalt. Som led i implementeringen af denne strategi lancerede KU i 2012 den erhvervsorienterede ”Strengthening External Collaboration Worldwide - Strategy for collaboration with private enterprise 2012-2016”. Nærværende strategi udgør den anden halvdel af KU’s strategi for omverdenssamarbejde.

Københavns Universitet inviterer nu myndigheder og organisationer til et endnu tættere samarbejde, hvor parterne kan stille deres viden til rådighed og dermed bidrage til den forskning og de uddannelser af højeste kvalitet, der skal skabe grobund for fremtidens innovation. Det er en central målsætning for Københavns Universitet at være i front, når det gælder udbygning af samarbejdsrelationerne.

Fælles udfordringer

Løsningen af de store globale samfundsmæssige udfordringer kræver ekspertise og samarbejde inden for alle universitetets fagområder, såvel monodisciplinært som tværdisciplinært. Derudover kræves et tæt samspil mellem vidensinstitutioner, myndigheder, organisationer og erhvervsliv.

Med sin forskningstygde og sine brede faglige kompetencer tilbyder KU ny viden, der kan omsættes til effektive og innovative ydelser, processer og produkter. Universitetet har forskningsmiljøer med forskere på højeste internationale niveau samt kandidater og ph.d.’er med forsknings- og uddannelsesmæssige kompetencer af stor relevans for både nationale og internationale myndigheder og organisationer. Placeret i Danmarks hovedstad og centralt beliggende i **”Copenhagen Science City”** er universitetet tæt på relevante myndigheder og toneangivende organisationer. Universitetet har stærke traditioner for tværdisciplinært samarbejde samt et stort internationalt netværk med verdens bedste forskere og universiteter.

Universitetets forskere og studerende har stor interesse i forskningsbaseret samarbejde med myndigheder og organisationer. Et sådant samarbejde kan lede frem til helt nye former for forskningssamarbejder og skabe basis for endnu bedre uddannelser og forskningsbaseret myndighedsbetjening.

Målgrupper for samarbejde

- Danske og internationale myndigheder og organisationer, herunder ministerier, styrelser, regioner, kommuner og uddannelsesinstitutioner
- Interesseorganisationer, fonde og foreninger, herunder NGO’er og andre ikke-kommercielle organisationer

Fire indsatsområder

Københavns Universitet har identificeret fire særlige indsatsområder for samarbejdet med myndigheder og organisationer:

1. Matchmaking

UDKAST

- Udvikle de bedst mulige rammer for mødet og dialogen mellem potentielle samarbejdspartnere og facilitere nye strategiske partnerskaber inden for forskning og undervisning
- 2. Samarbejde om uddannelserne**
 - Intensivere inddragelsen af myndigheder og organisationer i uddannelserne
 - 3. Forskningsbaseret myndighedssamarbejde**
 - Styrke universitetets kompetencer inden for myndighedssamarbejde
 - 4. Strategisk dialog**
 - Sikre relevant inddragelse af myndigheder og organisationer i universitetets strategiske rådgivningspaneler

Konkrete tiltag

Københavns Universitet vil arbejde med de fire indsatsområder via følgende konkrete initiativer:

1. Matchmaking

Københavns Universitet vil arbejde for at udvikle en kultur og udbrede en fælles forståelse på universitetet for de mange samarbejdsmuligheder med myndigheder og organisationer, og KU vil arbejde for at skabe de bedst mulige rammer for det eksterne samarbejde. Det skal være åbent, transparent, nemt og attraktivt at samarbejde med KU. Derudover vil KU øge sit fokus på relationsopbygning og -udvikling samt etablere gensidigt forpligtende samarbejdsaftaler med både nationale og internationale myndigheder og organisationer.

1.a Uformelle møder og netværk

KU vil være en attraktiv mødeplatform, hvor myndigheder og organisationer i endnu højere grad end nu mødes med universitetets forskere og studerende for at videndele, drøfte samarbejdsmuligheder og indgå forskningsbaserede samarbejder. For at øge sandsynligheden for et vellykket match vil universitetets fakulteter og institutter facilitere både formelle og uformelle møder, herunder øge forskernes indsigt i myndighedernes forskningsbehov samt udbrede kendskabet til universitetets styrkepositioner.

Derfor vil vi...

- Fremme og styrke fora, hvor studerende og forskere inden for forskellige discipliner kan mødes med repræsentanter fra myndigheder og organisationer, f.eks. i form af projektbørser, temabaserede workshops, seminarer og konferencer
- Øge synligheden af eksisterende og nye matchmaking-initiativer
- Kommunikere og profilere universitetets forskningsmæssige styrkeområder, blandt andet via initiativet "KU med kant", så ekspertisen er let tilgængelig
- Skabe endnu tættere kontakt til myndigheder og organisationer via karrierebørser og mentorprogrammer for studerende
- Udbrede best practice mellem universitetets fakulteter om de mest effektive måder at facilitere mødet og samarbejdet med KU's eksterne samarbejdspartnere

1.b Strategiske partnerskaber

KU ønsker at etablere langvarige strategiske partnerskaber med udvalgte nationale og internationale myndigheder og organisationer med henblik på et tæt forsknings- og uddannelsessamarbejde. KU har f.eks. et omfattende samarbejde med hospitaler og sygehusvæsen, og oplagte temaer bag de strategiske partnerskaber kunne være fødevarer, medicin, sundhed og velfærdsteknologi, sund aldring, naturforvaltning og -planlægning, sikkerhed, bæredygtighed og klima, oplevelsesøkonomi, globale kulturer og markeder samt sociale medier og netværk.

UDKAST

I disse partnerskaber vil KU blandt andet styrke de studerendes mulighed for at uddanne og videreuddanne sig i myndigheder og organisationer via praktik- og specialeforløb eller "ErhvervsPhD-ordningen". Inden for udvalgte fagområder, vil KU tilbyde kombinationsstillinger (delte stillinger), herunder professorater, der sikrer gensidig overførsel og udvikling af viden mellem institutionerne. Endelig vil universitetet styrke samarbejdet om efter- og videreuddannelses tilbud til medarbejdere i myndigheder og organisationer.

Derfor vil vi...

- Identificere, etablere og udvikle nye partnerskaber med udvalgte myndigheder og organisationer
- Arbejde for, at "ErhvervsPhD-ordningen" fortsat kan anvendes i offentlige organisationer

2. Samarbejde om uddannelserne

Københavns Universitet arbejder konstant på at uddanne kandidater af allerhøjeste kvalitet. KU har i mange år etableret og anvendt aftagerpaneler med repræsentanter fra myndigheder, organisationer og erhvervsliv, der har rådgivet fakulteterne om indhold og relevans i KU's uddannelser og efteruddannelser. KU ønsker i endnu højere grad at inddrage myndigheder og organisationer i uddannelserne, hvor det kan være med til at styrke kandidaternes kompetencer.

2.a Øget inddragelse af undervisere fra myndigheder og organisationer

Skiftende regeringer har de seneste år haft et øget strategisk fokus på behovet for innovation i den offentlige sektor. KU's kandidater skal i relevant omfang uddannes til at kunne bidrage til at indfri disse målsætninger, ligesom de inden for relevante fagområder skal uddannes til at kunne varetage forskningsbaseret myndighedsbetjening.

Derfor vil vi...

- Inddrage undervisere og cases fra myndigheder og organisationer med henblik på at nyttiggøre praktisk erfaring i undervisningen

2.b Øget samarbejde mellem studerende, myndigheder og organisationer

KU vil styrke de studerendes mulighed for at deltage i formaliserede samarbejder med myndigheder og organisationer.

Derfor vil vi...

- Videreudvikle og markedsføre universitetets "Jobbank"
- Øge antallet af studerende, der gennemfører bachelorprojekter, udarbejder specialer samt gennemfører praktikforløb i samarbejde med myndigheder og organisationer

3. Forskningsbaseret myndighedssamarbejde

Københavns Universitet har ansvar for, at aktuel, pålidelig, uvildig og relevant viden er tilgængelig for samfundet, herunder for beslutningstagerne i Folketing, regering og myndigheder.

Inden for en række forskningsområder indgår KU allerede i en bred vifte af forskningsbaseret myndighedssamarbejde. Dette samarbejde spænder fra indgåelse af større kontrakter om levering af forskningsbaseret myndighedsbetjening i form af rådgivning med tilhørende sektorrelateret forskning til levering af en lang række større og mindre rådgivningsopgaver i form af udredninger, notater, bedømmelse af ansøgninger mv. Derudover deltager KU løbende i utallige råd, nævn, kommissioner,

UDKAST

udvalg og komitéer. KU ønsker at sikre, at universitetet udnytter alle relevante muligheder for at løse denne type opgaver.

3.a Øget fokus på forskningsbaseret myndighedssamarbejde

KU ønsker generelt at være en attraktiv samarbejdspartner for såvel nationale som internationale myndigheder. Derudover ønsker KU at sikre, at universitetet i tilstrækkeligt omfang stiller sin omfattende viden til rådighed inden for den kontraktbundne forskningsbaserede myndighedsbetjening.

Derfor vil vi...

- Øge KU's andel af den forskningsbaserede myndighedsbetjening inden for relevante forskningsområder ved at identificere og tage målrettet kontakt til udvalgte nationale og internationale myndigheder med henblik på at indgå større kontrakter
- Udbrede best practice om forskningsbaseret myndighedssamarbejde i bred forstand mellem universitetets institutter
- Sikre, at der tages hensyn til karrierevejene for de forskere, der indgår i forskningsbaseret myndighedssamarbejde

4. Strategisk dialog

Københavns Universitet prioriterer højt at have en løbende strategisk dialog med erhvervsliv myndigheder og organisationer med henblik på at videndele, bidrage til at adressere aktuelle samfundsmæssige problemstillinger samt generere nye samarbejder om forskning, innovation og uddannelse.

4.a. Strategiske rådgivningspaneler

For at give fakulteternes ledelser sparring og for at skærpe forskernes og de studerendes fokus på problemstillinger, der gavner fakulteternes strategiske arbejde inden for forskning, innovation og uddannelse, vil alle fakulteter inddrage strategiske rådgivningspaneler bestående af medlemmer, der bredt repræsenterer fakultetets interesser og har de kompetencer og den indsigt, der er nødvendig for at fremme fakultetets styrkeområder og strategiske udviklingsmuligheder.

Derfor vil vi...

- Identificere og invitere relevante repræsentanter fra myndigheder og organisationer til at deltage i KU's strategiske rådgivningspaneler
- Invitere til en årlig event, hvor medlemmer af universitetets rådgivningspaneler har mulighed for at diskutere relevante emner med forskere og studerende

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 14

Emne: Høring af trafikplan for den statslige jernbane 2012 - 2027

1 bilag

Trafikplan for den statslige jernbane 2012-2027

Høringsudgave

10. oktober 2012

Forord

I de senere år er der vedtaget en lang række større og mindre anlægsprojekter indenfor jernbanen og den øvrige kollektive trafik. Blandt de større baneprojekter kan nævnes Signalprogrammet, Femern Bælt-forbindelsen, ny bane mellem København og Ringsted, elektrificering, Metrocityring, letbaner m.fl. Disse initiativer giver nye udviklingsmuligheder for den danske jernbane og betyder, at de senere års betydelige vækst i den kollektive trafik forventes at fortsætte fremover.

Trafikplanen giver et overblik over vedtagne projekter og den forventede udvikling i togbetjening og passagerprognoser på 5, 10 og 15 års sigt – helt ned på stationsniveau.

Det fremgår af Lov om trafikselskaber §8, at der mindst hvert fjerde år skal udarbejdes en statslig trafikplan. Trafikplanen skal redegøre for statens overvejelser og prioriteringer for den jernbanetrafik, der udføres som offentlig servicetrafik på kontrakt med staten.

Med udgangspunkt i den statslige trafikplan skal trafikselskaberne ligeledes hvert fjerde år udarbejde en trafikplan for den lokale og regionale kollektive trafik jf. lovens §9.

Formålet med trafikplanerne er at sikre en god sammenhæng i den kollektive trafik. Denne anden udgave af en trafikplan for den statslige jernbane har derfor fokus på at opstille et fælles planlægningsgrundlag, som kan anvendes af alle aktører.

Denne udgave af Trafikplan 2012-2027 er baseret på prognoser fra en foreløbig version af Landstrafikmodellen, kaldet TIM. Når Landstrafikmodellen foreligger, vil trafikplanen blive opdateret, så der er konsistens i forhold til Landstrafikmodellens prognoser.

Trafikplanen sendes i høring hos kommuner, regioner, trafikselskaber, togoperatører og infrastrukturforvaltere. Med udsendelsen af dette udkast vil Trafikstyrelsen opfordre alle parter til at fremkomme med deres bemærkninger.

God læselyst!

Lov om trafikselskaber

”§ 8. Transportministeren udarbejder mindst hvert fjerde år efter høring af trafikselskaberne og kommunerne en trafikplan for den jernbanetrafik, der udføres som offentlig servicetrafik på kontrakt med staten. I planen redegøres for statens overvejelser, og statens prioriteringer fremlægges. Planen skal bl.a. indeholde oplysninger om politiske og økonomiske servicemålsætninger for den statslige offentlige servicetrafik samt en beskrivelse af besluttede statslige projekter og dispositioner, der berører kapaciteten på jernbanenettet og disses samspil med den eksisterende offentlige servicetrafik.”

§ 9. Trafikselskabet udarbejder med udgangspunkt i den statslige trafikplan mindst hvert fjerde år en plan for serviceniveauet for den offentlige servicetrafik, der varetages af trafikselskabet.

Indhold

Trafikplan 2012-2027	7
Formål og indhold	7
Mål og visioner for den kollektive trafik	7
Virkemidler	9
Togbetjeningen de kommende år (2010-2027)	10
Passagerudviklingen de kommende år (2010-2027)	12
Udviklingen frem til i dag (1995-2010)	14
Status for den kollektive trafik	17
Den vigtige sammenhæng	19
Togets markedsandel	20
Den seneste udvikling	21
Organisering af jernbanetrafikken	25
Jernbanens organisering	25
Indkøb af jernbanetrafik	27
Baneprojekter	31
Beslutede baneprojekter	31
Andre beslutede initiativer	40
Undersøgte projekter	42
Puljer	46
Passagerudviklingen frem til i dag	49
Udviklingen frem til i dag (1995-2010)	49
Passagerudviklingen de kommende år	57
Årsag til passagerudvikling	57
Passagerudvikling pr. station	61
Fordeling på banenettet	62
Baggrundsvækst	66
Togbetjening	69
Udviklingen frem til i dag	69
Togbetjeningen de kommende år	71
Fremskrivning af togbetjeningen	74
Køreplaner	79
Kapaciteten på banenettet	81
Om banekapacitet	81
Forhold, som påvirker en banes kapacitet	83
Praktisk kapacitet	85
Nuværende kapacitetsudnyttelse	85
Bilag 1 Passagerudvikling pr. station	91
Bilag 2 Passagerudvikling pr. strækning	97
Bilag 3 Linjediagrammer	99
Bilag 4 Fremskrevet togbetjening pr. strækning	107

Trafikplan 2012-2027

Trafikplanen er en fælles vidensramme for trafikale overvejelser på statsligt, regionalt og lokalt niveau. Planen giver et overblik over besluttede projekter på baneområdet og sandsynlige trafikale og passagermæssige effekter. Med de besluttede baneprojekter opnås fortsat vækst i passagertrafikken på bane, men målsætningen om fordobling kræver yderligere initiativer.

Formål og indhold

I Trafikplanen gennemgås baneprojekterne med fokus på deres trafikale og passagermæssige konsekvenser. Med udgangspunkt i denne gennemgang opstilles passagerprognoser for den statslige jernbane over de kommende 15 år for henholdsvis 2017, 2022 og 2027. Ligeledes skitseres de mulige konsekvenser for togbetjeningen ved linjediagrammer. Dermed kan Trafikplanen udgøre en fælles vidensramme for de trafikkontrakter, som staten skal indgå i de kommende år, samt for de udbud og trafikale overvejelser, der foretages på lokalt og regionalt niveau. De viste linjediagrammer er eksempler og må ikke betragtes som præcise forventninger.

Trafikplanen er afgrænset til at omfatte den statslige offentlige servicetrafik på jernbanen, dvs. fjern-, regional- og S-tog. Privatbaner, bus og metro indgår bl.a. i statusbeskrivelse. Godstrafik indgår i forbindelse med kapacitetsmæssige betragtninger. Udgangspunktet for trafikplanen er allerede besluttede projekter samt vedtaget politik og lovgivning, herunder også økonomiske rammer.

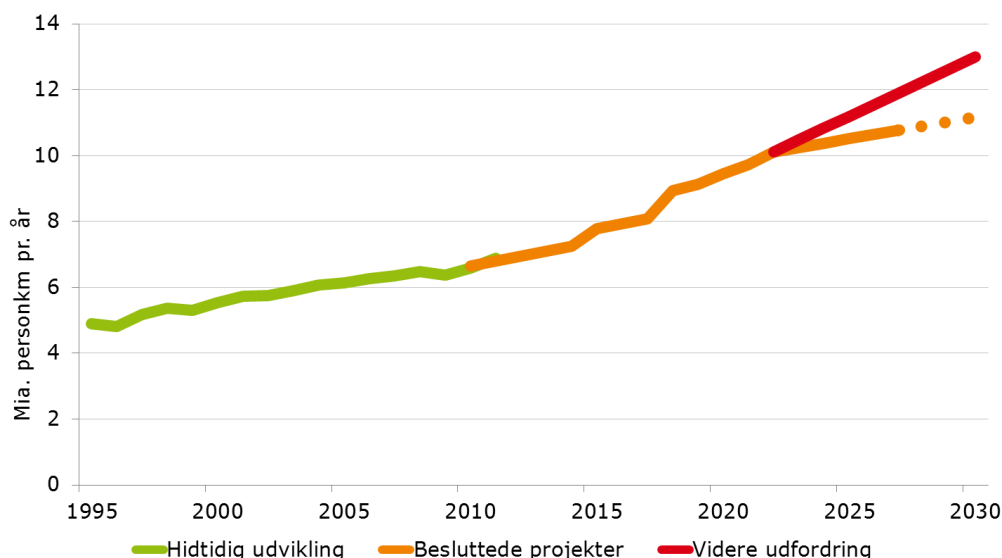
Essensen af selve "planen" fremgår af trafikplanens første kapitel. Kapitlet giver et overblik over besluttede mål og visioner for den kollektive trafik, de virkemidler staten har til at realisere disse og fremtidige forventninger til togbetjening og passagerudvikling. Resten er principielt uddybende opslagsværk med baggrundsinformation, metodebeskrivelse og forklaring på de overvejelser, der ligger bag den fremlagte plan.

Mål og visioner for den kollektive trafik

I aftale om "En grøn transportpolitik" fra januar 2009 er formuleret en ambitiøs målsætning om, at den kollektive transport skal løfte det meste af fremtidens vækst i trafikken. Det skal bidrage til at reducere transportsektorens CO₂-udledning. Samtidig skal der tages øget hensyn til natur og miljø, støjbelastningen fra trafikken skal reduceres og trafiksikkerheden forbedres.

Målsætningen har været omsat til, at danskerne skal køre dobbelt så meget med tog i 2030. Der sigtes mod en fordobling af persontransporten fra 6,5 mia. personkm

Figur 1. Hidtidig og forventet fremtidig passagertrafik på jernbane sammenlignet med målsætning.



årligt til 13 mia. personkm årligt.

Det skal bl.a. nås gennem investeringer i infrastrukturen. Parterne bag aftalen har oprettet en infrastrukturfond på 94 mia. kroner, som skal anvendes til ny infrastruktur frem mod 2020. Omkring to tredjedele af fondens midler er afsat til forbedringer i den kollektive trafik. Jernbanen skal være pålidelig, sikker og topmoderne.

De besluttede baneprojekter muliggør, at de senere års betydelige vækst i banetrafikken kan fortsætte fremover. Sammen med effekter af den generelle baggrundsudvikling forventes trafikken at stige fra 6,5 mia. personkm i 2009 til 11,1 mia. personkm i 2030. Af den samlede vækst på 4,6 mia. personkm årligt tegner den statslige bane sig for 3,5 mia. personkm årligt, mens metro, letbaner og privatbaner tegner sig for andre 1,1 mia. personkm årligt.

For at nå en fordobling behøves tiltag, som kan føre til en vækst på yderligere 1,8 mia. personkm årligt.

Det skal ske med videre initiativer efter 2020. Indtil nu er der iværksat to omfattende strategiske analyser af fremtidens trafikale udfordringer og de langsigtede løsningsmuligheder. Analyserne har særligt fokus på hovedstadsområdet og Østjylland. Arbejdet afsluttes i 2013, hvorefter forligskredsen bag en grøn transportpolitik vil drøfte resultaterne og de videre perspektiver.

På baneområdet er de centrale temaer forbindelserne mellem Øst- og Vestdanmark,

fremtidens banesystem i Jylland samt den kollektive trafik og ringforbindelserne i hovedstadsområdet.

Der er formuleret et mål om, at etablere den såkaldte *timemodel*, som betyder, at transporttiden mellem de største byer skal reduceres til en time. I første omgang København–Odense, Odense–Aarhus og Aarhus–Aalborg. Det indgår også at skabe hurtigst mulige forbindelser til Vejle, Fredericia og Horsens. Visionen omfatter en videre udbredelse mod Esbjerg og på sigt også mod Herning.

Desuden undersøges en ny bane Aarhus–Galtens-Silkeborg, banebetjening af Billund og Aalborg lufthavn, letbaner i Odense og Aalborg samt videre elektrificering af hovednettet. I hovedstadsområdet analyseres de langsigtede kapacitetsforhold på Københavns Hovedbanegård og i Kastrup, mulighed for nye knudepunkter i Ny Ellebjerg og Glostrup, forlængelse af S-togsdriften til Roskilde og Helsingør samt mulighederne for ny banebetjening af en række byområder.

I EU's hvidbog om fremtidens transport i Europa "Transport 2050" fastsættes mål for forskellige typer af ture – i byer, mellem byer og over store afstande. Medlemslandene er forpligtet til bl.a. indførelse af en række tekniske standarder på det transeuropæiske net (TEN-T) i 2030.

De igangværende overvejelser vil kunne lede til beslutning om realisering af en række nye baneprojekter, hvormed målsætningen om en fordobling i 2030 vil kunne nås.

EU's hvidbog om fremtidens transport i Europa "Transport 2050"

For transport mellem byer er målsætningen: 50% af al passagerbefordring og godstransport over mellemlange afstande bør overflyttes fra vej til jernbane og vandveje.

- Senest i 2050 bør hovedparten af passagerbefordring over mellemlange afstande på 300 km og derover foretages ad jernbane.
- Senest i 2030 bør 30 % af den del af vejgodstransporten, som transporteres ca. 300 km og derover, overføres til andre transportformer såsom jernbane eller vandveje, og målet forhøjes til 50 % senest i 2050.
- Der etableres et fuldt funktionelt og EU-dækkende basisnet af transportkorridorer med faciliteter, som sikrer en effektiv overførsel mellem transportformer (TEN-T-basisnet) senest i 2030, et højkapacitetsnet af høj kvalitet senest i 2050 og et tilhørende sæt af informationstjenester.
- Senest i 2050 forbindes alle basisnettets lufthavne med jernbanenettet og helst med højhastighedsnettet. Det sikres, at alle basisnettets søhavne i tilstrækkelig grad er forbundet med jernbanegodstransporten og om muligt de indre vandveje.
- Senest i 2020 etableres en ramme for et europæisk informationsstyrings- og betalingssystem for multimodal transport, der omfatter såvel passagerer som gods.
- Det vil blive tilstræbt at anvende principperne om "brugeren betaler" og "forurenere betaler" fuldt ud og inddrage den private sektor i at eliminere forvriddinger, skabe indtægter og sikre finansiering af fremtidige investeringer i transportsektoren.

Figur 2. Timemodellen



Virkemidler

Realisering af målsætningen forudsætter først og fremmest, at grundproduktet – dvs. rejsetid, frekvens, komfort, tilgængelighed og pris – bliver mere konkurrencedygtigt.

Fra statslig side kan en række forskellige virkemidler bringes i anvendelse i bestræbelserne på at øge anvendelsen af den kollektive trafik. Trafikplanen har fokus på de virkemidler staten kan påvirke, dvs. investeringer i infrastruktur og indkøb af trafik.

Først og fremmest er det som hidtil muligt at satse på infrastrukturudbygninger, som giver mulighed for at forbedre togbetjeningen med kortere rejsetid, hyppigere drift og bedre rettidighed eller betjening af helt nye rejsestrømme.

Nye baner

Størst effekt opnås ved at etablere nye baner og stationer, der betjener trafiktunge områder eller rejserelationer, hvor togforbindelse hidtil ikke findes eller ikke er brugbar, dvs. betjening af helt nye rejsestrømme. Væsentligste eksempel de seneste 15 år er Øresundsforbindelse med bane via Kastrup. Et andet eksempel er den københavnske metro, som udvides væsentligt de kommende år.

Hertil kommer letbaner i Aarhus og Ring 3. I mindre skala er etableret en række nye stationer.

Højere hastighed

Udover ny infrastruktur opnås størst effekt ved markante rejsetidsreduktioner, som kan forrykke konkurrenceforholdet overfor bil. Det kan opnås ved færre stop, ved at opgradere strækningshastighed eller mere vidtgående ved at anlægge nye strækninger med højhastighed.

Kortere rejsetid medfører bedre udnyttelse af togmateriel og færre personaleudgifter, som eventuelt kan finansiere driftsudvidelser. Er der tale om markante reduktioner, kan det få stor betydning for passagerantallet. Et eksempel er Storebæltsforbindelsen, hvor rejsetiden blev reduceret med mere end en time. Sammen med afskaffelse af færger opnåede man væsentlige driftsbesparelser, som mere end opvejede de betydelige udvidelser i togtrafikken. Passagererne opnåede væsentlige fordele, hvilket betød markant flere rejser.

Femern Bælt-forbindelsen og visionen om en timemodel er tilsvarende initiativer fremover.

En lang række mindre projekter med bl.a. hastighedsopgraderinger rundt omkring i systemet vil trække i samme retning.

Udvidet kapacitet

Udvidet kapacitet giver mulighed for at køre flere tog, hvilket kan give kortere ventetid til næste afgang. Det kan også betyde bedre mulighed for gennemkørende tog og dermed reduceret rejsetid for de fleste rejsende. Kommende eksempler på kapacitetsudvidelser er den ny bane København-Ringsted og udbygning til dobbeltspor i Sønderjylland og på Nordvestbanen samt indirekte også Signalprogrammet.

Øget kapacitet kan også bruges til at forbedre rettidigheden, da et trafiksystem med mere restkapacitet giver mindre forsinkelses-påvirkning imellem togene. Det nye signalsystem sigter også på en forbedring af rettidigheden.

Forenkling

Rettidigheden kan også påvirkes på andre måder, først og fremmest gennem forenkling af driftskoncepter, som mindsker gensidig påvirkning i trafiksystemet. Dette opnås ved i højere grad at isolere togsystemer fra hinanden samt ved at anvende systematisering med faste toglinjer og minuttal.

En mere ensrettet driftshåndtering med større grad af gentagne processer vil forsimple produktionen. Det giver bedre overblik og i sidste ende mere rettidig trafikafvikling til

glæde for de fleste rejsende. Det er samtidig enklere at kommunikere for brugere, også ifm. uregelmæssigheder.

Etablering af faste, hensigtsmæssige knudepunkter for systematisk togkrydsning kan desuden give grundlag for bedre samspil mellem bus og tog.

Øget systematisering kan til gengæld betyde, at mindre trafikstrømme fx mister direkte forbindelse, og at man må undlade visse præcise tilpasninger til efterspørgslen.

Andre forhold

Markedsføring og produktudvikling er væsentlig for at udbrede anvendelsen. Det er afgørende at gøre opmærksom på faktiske forbedringer. Også denne opgave lettes ved konceptforbedringer, det skal være enkelt at anvende den kollektive trafik. Desuden skal komforten være i orden.

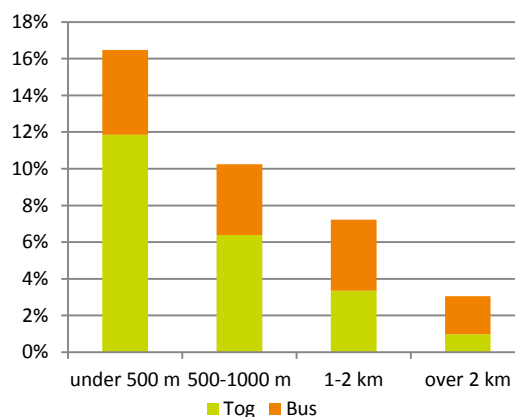
IT- og mobiludviklingen med smartphones har sammen med produkter som rejseplanen, bedre trafikinformation og nye rejsehjemler i form af bl.a. mobilbilletter og rejsekort medvirket til at gøre den kollektive trafik lettere tilgængelig.

For den rejsende er det dør-til-dør rejsen, der har betydning. Selve togrejsen udgør ofte kun en mindre del af den samlede rejse, tilbringertransporten har derfor også stor betydning for toganvendelsen. Der er kommet fokus på en god sammenhæng i den kollektive trafik. Det skal være nemt og enkelt at skifte med gode korrespondancer og terminalforholdene skal være i orden.

En lang række forhold, som ikke direkte har med togbetjening at gøre, har også indflydelse på toganvendelsen. Det gælder fx prisudvikling for konkurrerende transportmidler, primært omkostning ved bilkørsel. Sådanne forhold kan principielt påvirkes gennem afgifter og tilskud, som påvirker benzinpris, registreringsafgifter, kørselsafgifter, og alternativt gennem takstreguleringer. Et andet virkemiddel er at begrænse bilanvendelsen med fx færre parkeringspladser eller indirekte ved at acceptere stigende trængsel på vejene.

Den væsentligste langsigtede faktor for toganvendelsen er dog lokalisering af befolkning og arbejdspladser. Disse kan principielt påvirkes gennem langsigtet planlægning, fx ved krav om stationsnær byudvikling for bestemte funktioner, primært større arbejdspladser.

Figur 3. Kollektiv andel blandt pendlere efter afstand mellem station og arbejdsplads.



Kilde: Transportvaneundersøgelsen 2006-2010.

Togbetjeningen de kommende år (2010-2027)

Togtrafikens omfang afhænger af de tilskud fra staten, som ydes i form af kontraktbetaling til indkøb af trafik som offentlig service. Størstedelen af trafikken indkøbes via de forhandlede kontrakter med DSB for Fjern- og regionaltog henholdsvis S-tog. Resten indkøbes via udbudte kontrakter for trafikken i Midt- og Vestjylland henholdsvis Kystbanen og den danske del af Øresundstrafikken.

Den nuværende DSB kontrakt udløber med udgangen af 2014 og der er ikke truffet beslutning om afløseren. Det er uklart, hvor mange midler der vil være til rådighed efter 2015, og hvor langt pengene rækker med det til den tid gældende omkostningsniveau.

Det er derfor ikke muligt at sige noget entydigt om det faktiske trafikomfang efter 2015 for DSB trafikken og efter 2018 for regionaltrafikken i Midt- og Vestjylland.

Alle fremtidige angivelser om trafikomfanget på statens net må tages med dette forbehold.

Langsigtet udvikling

Den fremtidige togbetjening er skitseret med udgangspunkt i følgende principper:

- Timemodellen mellem de største byer København, Odense, Aarhus, Aalborg samt Odense og Esbjerg forventes løbende implementeret i takt med infrastrukturudbygningerne. Timemodellen forventes at være grundstammen i fjerntrafikken og separeres så vidt muligt fra regionaltrafikken.

- Der forventes etableret et antal knudepunkter, hvor togene mødes på samme minuttal hver time, og hvor der således bliver de bedst mulige skiftemuligheder mellem fjerntog, regionalto og busser.
- Antal tog på den enkelte strækning og standsninger på den enkelte station tager udgangspunkt i samfundsøkonomiske hensyn.

Med udgangspunkt i ovennævnte principper er opstillet et bud på, hvordan togbetjeningen på den statslige bane kan udvikle sig på 5, 10 og 15 års sigt i takt med den løbende ibrugtagning af vedtagne projekter. En gennemgang af projekterne findes i kapitlet "Baneprojekter", mens overvejelserne bag den fremskrevne togbetjening er uddybet i kapitlerne "Togbetjening" og "Kapaciteten på banenettet". Den fremskrevne togbetjening er for hvert planår beskrevet i bilag 3 i form af linjediagrammer, der viser antal tog pr. strækning og stop pr. station. En tabeloversigt med den forventede togbetjening pr. strækning fremgår af bilag 4.

Udvikling frem til 2017

Planår 2017 afspejler situationen før åbning af ny bane København-Ringsted, men efter ibrugtagning af en række baneprojekter.

Projekter

Frem til 2017 forventes gennemført følgende baneprojekter, der har fokus på hastighedsopgraderinger og udbygning af infrastruktur:

- Nyt dobbeltspor København H-Ny Ellebjerg (2012)
- Opgradering Langå-Struer (2012)
- Ny station i Langeskov (2013)
- Opgradering Lyngby-Hillerød (2014)
- Renovering af Nørreport station (2014)
- Udbygning af Nordvestbanen (2015)
- Elektrificering Lunderskov-Esbjerg (2015)
- Udbygning Vamdrup-Vojens (2015)
- Aarhus letbane, etape 1 (2016)
- Ny station i Gødstrup (2016)

Med ibrugtagning af letbanen i Aarhus i 2016 forventes trafikbetjeningen på Grenaabanen at udgå af det statslige banenet.

Mulig togbetjening 2017

Det nye dobbeltspor Ny Ellebjerg-København (2012) gør det muligt at køre tog fra

København H via Ny Ellebjerg mod Roskilde i stedet for via Valby, men køretiden er 2-3 minutter længere. Muligheden forventes udnyttet fra 2014.

Opgraderingen Langå-Struer (2012) reducerer rejsetiden med op til 17-18 minutter. Der forventes etableret knudepunkt i Viborg med henblik på at opnå bedst mulige omstigningsmuligheder til regionale busser.

Langeskov station forventes åbnet 2013 og betjenes af fjerntogsystemet til Syd- og Sønderjylland, hvilket forlænger rejsetiden for de gennemrejsende passagerer med op til 3 minutter.

Opgraderingen Lyngby-Hillerød (2014) kan reducere rejsetiden med op til 3 minutter. Med signalprogrammet vil være muligt at køre flere tog Holte-Hillerød.

Opgraderingen af Nordvestbanen (2015) kan reducere rejsetiden med op til 5-6 minutter. Der forventes etableret knudepunkt i Holbæk med henblik på at opnå bedst mulige omstigningsmuligheder til Odsherredsbanen og regionale busser. Mulig samdrift med Odsherredsbanens tog forventes ikke udnyttet.

Med elektrificeringen Lunderskov-Esbjerg (2015) forventes fjerntogene til Esbjerg at være elektriske, men stadig en del af det syd- og sønderjyske fjerntogsystem.

Dobbeltsporsudbygningen Vamdrup-Vojens (2015) tilgodeser primært godstrafikken, som får reduceret køretid og øget kapacitet. Samtidig forventes rejsetiden for passagertog mellem Kolding og Tinglev reduceret med op til 12 minutter for nogle tog.

Der forventes fra 2016 at køre letbanetog Odder-Aarhus-Grenaa, hvorefter strækningen Aarhus-Grenaa udgår af den statslige togbetjening. På Aarhus H forventes letbanetogene at benytte en ny perron i nordsiden af banegraven, hvormed perron sporkapaciteten på Aarhus H bliver væsentligt udvidet.

Gødstrup station ved det nye sygehus er åbnet (2016), og den forventes betjent på en måde, der sikrer, at både Herning og Holstebro fortsat vil være knudepunkter med gode omstigningsmuligheder til andre tog og busser. Det vil være muligt at betjene Gødstrup med direkte tog fra og til Aarhus.

Udvikling fra 2017 til 2022

Planår 2022 afspejler situationen efter åbning af den ny bane København-Ringsted og Femern Bælt-forbindelsen, men uden udbygning af de tyske landanlæg til dobbeltspor.

Projekter

Frem til 2022 forventes følgende baneprojekter gennemført:

- Ny bane København-Ringsted (2018)
- Opgradering Hobro-Aalborg (2018)
- Metrocityringen (2018)
- Femern Bælt-forbindelsen (2020)
- Opgradering Ringsted-Odense (2020)
- Letbane Ring 3 (2020)
- Ny station syd for Hillerød (2020)
- Signalprogrammet (2014-2021)

Mulig togbetjening 2022

Den ny bane København-Ringsted (2018) medfører en markant ændring af togbetjeningen i Danmark. Ad den ny bane forventes 6 passagertog, dels de hurtigste fjerntog (lyntog), dels en ny regionallinje København-Køge-Haslev-Næstved, men også andre regionaltog mod Odense og Nykøbing. Ad den nuværende bane er der plads til 11 tog i timen, hvormed betjeningen København-Holbæk kan udvides til to stop og to hurtige tog i timen. (efterspørgslen taler dog for at flytte yderligere tog fra den nuværende til den nye bane).

Regionaltrafikken i Østdanmark forventes adskilt fra fjerntrafikken og tilrettelagt med et antal hensigtsmæssige knudepunkter. Et stigende trafikomfang vil øge belastningen på København H.

Timemodellen forventes implementeret med en linje med lyntog København-Aalborg i timedrift, som undervejs kun standser i Odense, Aarhus og Randers, men derudover en anden linje København-Aarhus, som også standser i Vejle, Fredericia og Horsens. Derudover kan der være behov for en lyntogslinje København-Esbjerg, som bl.a. betjener Kolding.

Opgradering Hobro-Aalborg (2018) vil kunne reducere rejsetiden Aarhus-Aalborg til lidt over 1 time. Opgradering Ringsted-Odense (2020) forventes at reducere rejsetiden med lyntog København-Odense til 1 time. Rejsetiden Odense-Aarhus vil som i dag være mere end 1 time.

Med Femern Bælt-forbindelsen (2021) udbygges Vordingborg-Femern til dobbeltspor, og Ringsted-Femern elektrificeres. Såvel

fjerntog som regionaltog på Sydbanen bliver elektriske. Passagerunderlaget mellem København og Hamburg over Femern forventes tilstrækkeligt til et trafikomfang svarende til et tog i timen. Driftsmønstret i denne trafik er specielt usikkert, fordi det først og fremmest må bero på beslutninger hos den eller de operatører som driver trafikken. Det er her antaget at trafikken med hurtige fjerntog med få stop kan kombineres med interregionale tog med flere stop.

Signalinfrastrukturen er i sin helhed ny (2021). Det betyder ekstra kapacitet, blandt andet ved samtidig indkørsel på alle krydsningsstationer og bortfald af signalbetingede hastighedsreduktioner. Rettidigheden forventes forbedret, fordi antallet af signalfejl er reduceret væsentligt.

Udvikling fra 2022 til 2027

Planår 2027 afspejler situationen efter udbygning af Femern Bælt-forbindelsens tyske landanlæg til dobbeltspor, som skal være klar senest 7 år efter åbning af den faste Femern Bælt-forbindelse.

Projekter

- Det fuldstændige Femern Bælt anlæg inklusive dobbeltspor i Tyskland (Bad Schwanau-Puttgarten).

Mulig togbetjening 2027

Indtil nu er det i perioden efter 2022 kun besluttet at opgradere Femern Bælt-forbindelsens tyske landanlæg med dobbeltspor, hvilket skal senest 7 år efter ibrugtagning af den faste forbindelse. Opgraderingen reducerer rejsetiden til Hamburg og Berlin og øger kapaciteten til to godstog i timen Sverige-Tyskland via Femern, mens et godstog kan køre via Padborg.

For tiden undersøges en del andre projekter, som på forskellig måde vil påvirke togbetjeningen i 2027, hvis de gennemføres. Timemodellen kan forbedres med rejsetider på 1 time Odense-Esbjerg og Aarhus-Aalborg. Rejsetiden Odense-Aarhus vil stadig være mere end en time, da en opgradering vil kræve betydelige nyanlæg.

Passagerudviklingen de kommende år (2010-2027)

De kommende år (perioden 2010-2027) forventes persontrafikken på det statslige banenet at stige 50 % fra 6,2 til 9,4 mia. personkm årligt, i alt en vækst på 3,1 mia. personkm. Det er en gennemsnitlig vækst på

2,5 % årligt, lidt mere end den historiske vækst i perioden 1995-2010.

Tabel 1. Forventet udvikling i transportarbejde 2010-2027 fordelt på hovedsegmenter

mia personkm	2010	2017	2022	2027
Intern S-bane	1,0	1,2	1,1	1,2
Øvr. intern Østdanmark	1,7	1,9	2,4	2,5
Intern Vestdanmark	1,2	1,4	1,5	1,5
Over Storebælt	2,0	2,4	3,1	3,4
Over Øresund	0,3	0,4	0,4	0,4
Øvrig udland	0,2	0,2	0,4	0,4
Total statslige baner	6,2	7,4	8,9	9,4
Øvrige baner*	0,4	0,7	1,2	1,4
Total alle baner	6,6	8,1	10,1	10,8

* Metro, letbaner og privatbaner

Væksten er jf. Tabel 2 dels et resultat af en række vedtagne projekter, der vil føre til bedre togbetjening, hvilket forventes at give en vækst på 1,6 mia. personkm, dels et resultat af baggrundsvækst.

Tabel 2. Årsag til forventet vækst på statslige baner 2010-2027

mia personkm	2010-2027
Ny bane København-Ringsted	0,6
Opgradering Ringsted-Odense	0,1
Femernbælt-forbindelse	0,2
Metro og letbaner	0,2
Signalprogrammet	0,1
Andre baneprojekter*	0,1
Andre initiativer	0,3
Baggrundsvækst	1,5
I alt	3,1

* Hastighedsopgradering Langå-Struer, hastighedsopgradering Nordbanen, udbygning Nordvestbanen, udbygning Vamdrup-Vojens, hastighedsopgradering Hobro-Aalborg, nye stationer i Langeskov, Gødstrup og Hillerød Syd

** Rejsekort, takstnedsættelser, produktudvikling, markedsføring mv.

Størst betydning får ændringerne efter etableringen af den ny bane mellem København og Ringsted via Køge, som er første afgørende skridt i visionen om en timemodel mellem København, Odense, Aarhus og Aalborg. Der forventes en samlet vækst på 0,6 mia. personkm, hvor især trafikken over Storebælt har betydning. Desuden opnås betydelig vækst i regionaltrafikken øst for Storebælt, bl.a. som følge af markant afkortet rejsetid fra Køge og Haslev til København.

Øvrige væsentlige forbedringer skyldes hastighedsopgradering mellem Ringsted og Odense og den faste forbindelse over Femern Bælt, som tilsammen forventes at give 0,3 mia. personkm. Hertil kommer Signalprogrammet og en række andre udbygninger – bl.a. dobbeltspor mellem Lejre og Vipperød på Nordvestbanen og afsmittende effekt af Cityring og letbaner m.m.

Andre initiativer som Rejsekort, takstnedsættelser, produktudvikling mv. forventes at medføre en samlet vækst på 0,3 mia. personkm i 2027.

Hertil kommer forventning om en betydelig baggrundsvækst på 1,5 mia. personkm, hvilket er en gennemsnitlig vækst på godt 1 % årligt. Den er beregnet ved hjælp af den såkaldte TIM-model, som blev udarbejdet af DTU i 2009-2010 for at belyse effekten af Timemodellen og forskellige udformninger af kørselsafgifter. Modellen forudsætter en befolkningsudvikling centreret omkring de større byer, samt en forskydning i generel adfærd mod længere rejser, som lettere kan tiltrækkes med tog end korte rejser.

Baggrundsvækst for Øresund er særskilt prognose til 2017 fra Trafikstyrelsen samt prognoser fra Øresundsbrokonsortiet til 2027. Trafikken til Tyskland er baseret på prognoser fra Femern A/S.

Udenfor det statslige banenet forventes passagertransporten at stige markant fra 0,4 til 1,4 mia. personkm årligt. Det skyldes primært markante baneudbygninger med Metrocityring og letbaner i Aarhus og på Ring 3 i København, men også på privatbanerne forventes en mærkbar vækst.

Dermed forventes den samlede kollektive banetrafik at stige 61% fra i alt 6,6 til 10,8 mia. personkm årligt i 2027.

Intern S-tog

Internt på S-banen forventes en vækst på 14%, hvilket svarer til den forventede baggrundsvækst i S-banefingrene. Hastighedsopgradering Lyngby-Hillerød, en ny station syd for Hillerød og bedre rettidighed som følge af signalprojektet mm betyder flere rejser. Omvendt vil den ny bane mellem København og Ringsted medføre overflytning fra S-tog til den ny bane mellem Køge og København. Metrocityringen medfører overflytning på centralafsnittet, men vækst i byfingrene.

Inkl. omstigere fra regional- og fjerntog forventes en samlet vækst i S-togsrejser på 16%.

Øvrig trafik øst for Storebælt

Den øvrige interne passagertransport øst for Storebælt forventes at stige med knap 50% fra 1,7 til 2,5 mia. personkm årligt. Heraf er ca. en tredjedel en effekt af baggrundsvækst jf TIM, mens to tredjedele skyldes forbedret togbetjening, primært som følge af ny bane København-Ringsted, men herudover pga. udbygning af Nordvestbanen.

Over Storebælt

Over Storebælt forventes en markant vækst omkring 70% fra 2,0 til 3,4 mia. personkm, heraf udgør baggrundsvækst jvf TIM knap halvdelen, mens forbedringer i togbetjeningen som følge af timemodellens første etape til Odense (ny bane København-Ringsted samt opgradering Ringsted-Odense) giver ca. 25%. Antal passagerer i Storebæltsegmentet stiger fra 8,3 til 15,0 mio. årligt.

Vest for Storebælt

Den interne trafik vest for Storebælt forventes ligeledes at stige betydeligt omkring 30%, heraf er to tredjedele en effekt af baggrundsvækst jf TIM. Især i Østjylland forventes fortsat baggrundsvækst, som her vil medføre ca. 30% flere rejser.

Over Øresund

Over Øresund forventes ligeledes en pæn vækst, omkring 50% fra 0,3 til 0,45 mia. personkm. Antal passagerer (inkl. Helsingør-Helsingborg) stiger fra 10,7 til 17,7 mio. årligt som følge af en forventning om fornyet vækst i pendlingen over Øresund, effekt af Citytunnelen, en fortsat vækst flytrafikken i Kastrup samt effekt af videreudvikling i Ørestaden.

Øvrige international

Den øvrige internationale trafik forventes mere end fordoblet fra 0,15 til ca. 0,35 mia. personkm. Antal rejser over Femern Bælt forventes med den faste forbindelse at stige markant fra 0,3 mio. i 2010 til 1,5 mio. i 2027, hvilket er den afgørende årsag til en samlet vækst fra 0,9 til 2,1 mio. rejser årligt.

En opgørelse over den forventede passagerudvikling pr. station fremgår af bilag 1 og pr. strækning af bilag 2. Kapitlet "Passagerudvikling de kommende år" indeholder en uddybende beskrivelse af passagerudviklingen de kommende 15 år samt en nærmere beskrivelse af metode og forudsætninger bag passagerprognosen.

Udviklingen frem til i dag (1995-2010)

Målsætningen om en fordobling i passagerudviklingen de kommende 15 år er større end den historiske udvikling de seneste 15 år. Men der investeres også massivt i den kollektive trafik de nærmeste år.

Passagertrafikken på de statslige banestrækninger er vokset betydeligt i perioden 1995-2010. Således er transportarbejdet vokset 37% fra 4,6 mia. personkm årligt til 6,2 mia. personkm årligt svarende til en gennemsnitlig vækst på ca. 2% årligt.

Væksten er primært et resultat af en markant udvidet og forbedret togbetjening. Af den samlede vækst på 1,7 mia. personkm årligt, vurderes ca. 1,5 mia. at skyldes bedre togbetjening. Etablering af Storebælt-forbindelsen og Øresundsforbindelsen har haft størst betydning, men andre projekter har også haft mærkbar effekt, fx Ringbanens udvidelse, afsmittende effekt af metroen, dobbeltspor på Frederikssundsbanen, forbedringer på Svendborgbanen, nærbaner i Aarhus og Aalborg samt nye stationer og en lang række løbende køreplanforbedringer.

Også togekørslen er vokset betydeligt, siden Storebæltforbindelsen åbnede for togtrafik i 1997, med 20% fra 58 mio. togkm i 1997 til 69 mio. togkm i 2010. Især trafikken over Storebælt er vokset, men regionaltogekørslen er også steget mærkbart. Kørslen med godstog er næsten halveret som følge af en udvikling hen imod færre og længere godstog, der kører transitgoods gennem Danmark.

Baggrundsforhold som befolknings- og arbejdspladsudvikling, længere pendlingsafstande og ændret bilrådighed samt udvikling i prisforholdet mellem kollektiv og individuel trafik har imidlertid også påvirket trafikudviklingen.

Samlet set er både befolkningstallet og antallet af arbejdspladser steget 6% fra 1995 til 2010 mens bilrådigheden er steget 22%.

Der er store regionale forskelle. I Hovedstadsområdet og Østjylland har der været betydelig vækst i både befolkning og arbejdspladser, mens der især i Vestdanmark uden for Østjylland har været stagnation eller nedgang.

Udviklingen i baggrundsforholdene peger dermed i forskellige retninger, og vurderes samlet set kun at have medført en begrænset vækst for transportarbejdet med tog i

størrelsesordenen 0,2 mia. personkm, hvilket er en samlet baggrundsvækst på kun 0,3% årligt.

Intern S-tog

Antal rejser internt på S-banen er stagneret i perioden, og transportarbejdet er faldet 10%. Indenfor de centrale dele af S-banen er trafikken steget 60%, fordi befolkning og antal arbejdspladser i centralkommunerne er vokset, og fordi der er sket markante forbedringer som følge af metro og Ringbane m.m. Til gengæld er trafikken faldet 12% i de trafikunge byfingre, primært pga. faldende pendling mellem centralkommunerne og omegnen samt stigende bilejerskab.

Øvrig trafik øst for Storebælt

Den øvrige trafik øst for Storebælt er steget betydeligt, godt 30%, i perioden 1995-2010. Det er mest et resultat af banen til Kastrup, men skyldes også bedre muligheder for at komme videre rundt i tætbymen med Metro og Ringbane samt en række løbende køreplanforbedringer. Hertil kommer betydningen af en at markant øget pendling mellem hovedstadsområdet og øvrige Sjælland i perioden 1995-2010.

Vest for Storebælt

Den interne trafik vest for Storebælt er ligeledes steget betydeligt i perioden 1995-2010 med lidt over 30%. To tredjedele af trafikken vedrører den østjyske korridor fra Randers til Odense og Kolding, og stort set hele væksten vedrører denne korridor. Årsagen er vækst i både befolkning og arbejdspladser i Østjylland, samt at pendlingsmønstrene ændret sig, så flere rejser længere, ikke mindst mellem de store stationsbyer. Hertil kommer en vækst som følge af køreplanudvidelser og nye stationer.

Over Storebælt

Trafikken over Storebælt er steget voldsomt, ca. 75%, i perioden 1995-2010. Det er overvejende et resultat af Storebæltsforbindelsen, som skar lidt over en time af rejsetiden, og tilhørende udvidelse af IC-trafikken fra timedrift til halvtimesdrift samt senere forbedringer med lyntog hver time. Hertil kommer et jævnt stigende passagerantal over Storebælt til og fra Kastrup lufthavn og øget pendling Odense-København.

Over Øresund

Den faste forbindelse over Øresund gjorde det muligt at betjene helt nye trafikstrømme. I perioden fra 2000 til foråret 2008 voksede pendlingstrafikken markant, hvilket var drevet af stigende forskel i arbejdskraft efterspørgsel

og boligpriser på dansk og svensk side i en periode med højkonjunktur. I 2009-2010 var Øresundstrafikken stagnerende, men det seneste år er den igen vokset, delvist pga. Citytunnelen i Malmø, der blev taget i brug i december 2010.

Øvrige international

Den øvrige internationale trafik har gennemgået betydelige ændringer siden 1995. Tidligere fandtes et udbredt internationalt togsystem med forbindelser til store dele af Europa. Det er stort set overgået til flytrafik i dag. Tilbage findes primært togforbindelser til Hamburg og Berlin, hvortil omfanget af rejser til gengæld er langt større end tidligere.

Kapacitet

Banekapaciteten afhænger først og fremmest af infrastrukturen – er der enkeltspor eller dobbeltspor – men også af togenes kørselsmønster. Med begrænset kapacitet skal antallet af tog, der kan køre på en given strækning, afvejes i forhold til ønsker vedr. regularitet, hastighed og sammensætning af hurtige og langsomme tog. Problemstillingen er uddybet i kapitlet "Kapaciteten på banenettet".

De kommende års udbygninger forventes nogle steder udnyttet til at køre flere tog, andre steder hurtigere tog eller tog med en bedre rettidighed. En stor del af væksten i persontrafikken forventes derfor betjent i eksisterende tog, der hvor nødvendigt får øget passagerkapaciteten i form af længere tog eller dobbeltdækkere.

De forventede trafikale ændringer fremgår af linjediagrammerne i bilag 3. De reelle kørselsomfang vil blive fastlagt i senere kontraktforhandlinger.

Trods udbygningerne de kommende år forventes kapacitetsudnyttelsen af banenettet yderligere forøget fremover.

Mellem København og Ringsted medfører den nye bane en markant kapacitetsudvidelse, som mere end modsvarer den forventede trafikudvidelse på 5 mio. togkm. I tilslutningspunkterne omkring København H og i Ringsted øges belastningen imidlertid betydeligt. Femern Bælt-projektet vil betyde en aflastning af godstrafik henover Storebælt, hvilket dog forventes udnyttet til yderligere persontog i sammenhæng med København-Ringsted projektet. Omlægningen af godstog vil skabe en flaskehals over Storstrømsbroen, medmindre denne ender med at blive udbygget

Status for den kollektive trafik

Trafikplanen udgør det fælles grundlag for en sammenhængende kollektiv trafik. Bosætningsmønstret i Danmark kræver et betydeligt fokus på sammenhængen mellem tog og bus, hvis flere bilture skal overflyttes til kollektiv trafik.

Den kollektive trafik er sammensat af jernbaner, busser, færger og lufthavne.

De statslige baner i Danmark omfatter 2.040 km jernbane, som er betjent med passagertog. Udover de statslige baner er der 514 km privatbaner forvaltet af de regionale trafikselskaber og 21 km metro forvaltet af Metroselskabet. Dertil kommer trafikselskabernes (kommuner og regioner) vidtforgrene net af buslinjer, hvoraf nogle er lokale bybusser mens andre har en regional rolle.

Færgerne er dels statslige, dels kommunale og dels kommercielle. Lufthavnene er kommercielle eller kommunale, undtagelsen er Bornholms Lufthavn, som er statsligt ejet og drevet.

Trafik- og transportarbejde

Trafikarbejde er omfanget af tog og bussers kørsel. Trafikarbejde måles i togkilometer eller buskilometer.

Transportarbejde er udtryk for passagerernes rejseomfang, dvs. hvor mange kilometer passagererne tilbagelægger. Transportarbejde måles i personkilometer.

Kollektiv trafik udgør 12 % af det samlede transportarbejde i Danmark og 6 % af turene.

Busserne kører ca. 80% af det samlede kollektive trafikarbejde. Busserne transporterer også flere passagerer end togene. Til gengæld gennemføres 75% af det kollektive transportarbejde med tog, fordi togrejserne generelt er meget længere end busrejserne.

Tabel 3. Banetrafikken i 2010.

Baneselement	Trafikarbejde mio. togkm	Passagerer mio.	Transportarbejde mio. personkm
Tog i alt	78	238	6.587
<i>heraf</i>			
Øst for Storebælt	13	41	1.426
Vest for Storebælt	17	21	1.196
Over Storebælt	19	8	2.039
Øresundstog	..	11	222
Andre internationale tog	..	1	164
S-tog	15	93	1.108
Metro	5	53	239
Andre baner	10	11	193

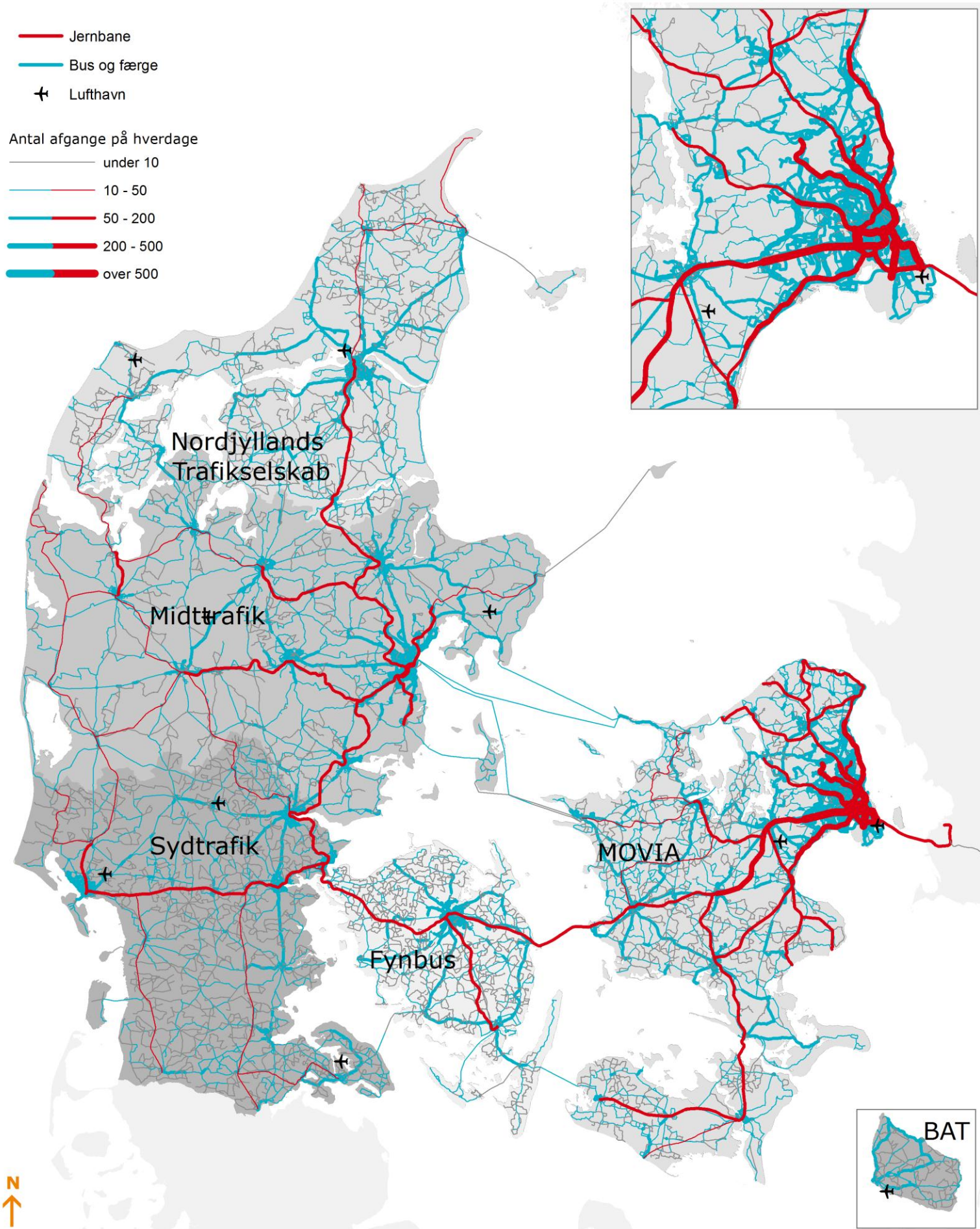
Kilde: Danmarks Statistik

Tabel 4. Bustrafikken i 2010.

Trafikselskab	Trafikarbejde mio. buskm	Passagerer mio.	Transportarbejde mio. personkm
Bus i alt	280	357	2.371
<i>heraf</i>			
Nordjyllands Trafikselskab	28	27	261
Midttrafik	83	79	794
Sydtrafik	34	23	224
Fynbus	22	18	180
Movia	111	209	895
BAT (Bornholm)	3	2	17

Kilde: Indberetninger fra trafikselskaberne til Trafikstyrelsen.

Figur 4. Det samlede kollektive net (Kilde: Landstrafikmodellen)



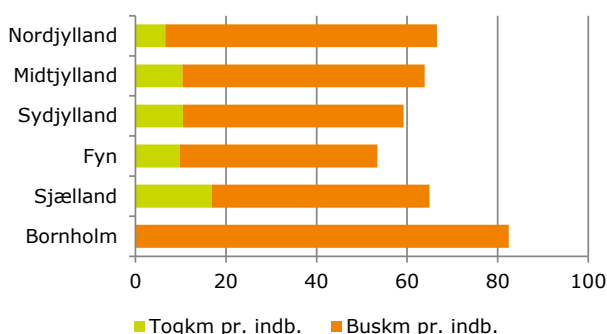
Næsten en tredjedel af transportarbejdet med tog går over Storebælt, som dermed er det største togsegment målt i personkilometer.

Movia er det største trafikselskab målt i personkilometer med bus. Midttrafik er dog ikke langt efter Movia, hvilket ikke mindst skyldes at jernbanenettet er langt mindre udbygget i Midtjylland end på Sjælland.

Målt i forhold til indbyggertallet, ligger omfanget af tog- og buskm omkring 60 km pr. indbygger i hele landet, bortset fra Bornholm, som ligger noget højere.

I Hovedstadsområdet køres væsentligt flere togkm pr. indbygger end i resten af landet, men det samlede udbud af bus- og togkm er på niveau med resten af landet. Service-niveauet virker imidlertid væsentligt højere i Hovedstadsområdet, og det skyldes at den kollektive trafik er langt mere effektiv som følge af den højere befolkningstæthed og togorienterede bystruktur.

Figur 5. Tog- og buskm pr. indbygger



Kilde: Danmarks Statistik og Rejseplanen.

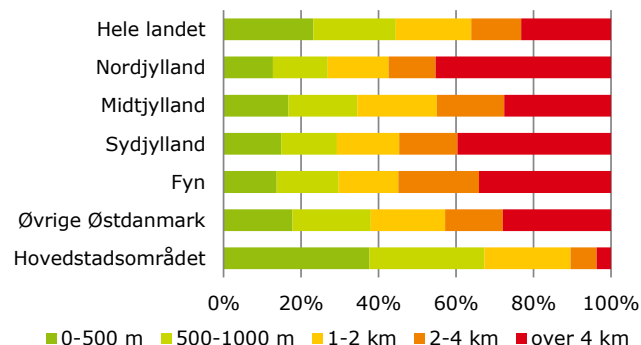
Store forskelle på stationsnærhed

Den mest effektive togrejse foregår naturligvis fra én stationsnær lokalitet til en anden stationsnær lokalitet, således at til- og frabringertiden minimeres.

Der er imidlertid store geografiske forskelle på graden af stationsnærhed, og dermed store forskelle på overflytningspotentialer fra bil til kollektiv trafik.

Som Figur 6 viser, går næsten 40% af turene i Hovedstadsområdet til en lokalitet mindre end 500 meter fra en station, og næsten 70% til en lokalitet mindre end 1 km fra en station. Uden for Hovedstadsområdet er de tilsvarende andele kun 15-20% og 30-40% af turene.

Figur 6. Afstand fra station til turens mål (andel af ture).



Kilde: Transportvaneundersøgelsen 2006-2010.

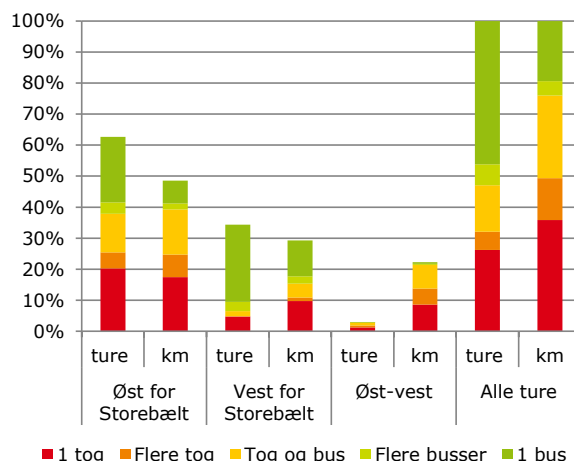
Det betyder, at afstanden mellem stationen og turens mål ligger udenfor "acceptabel gangafstand" på langt de fleste ture, og togturen skal derfor kombineres med cykel, bus eller bil.

Den vigtige sammenhæng

Forbedringer i sammenhængen mellem tog og bus kan bidrage til målsætningen om at en større del af trafikken sker i den kollektive trafik. I sidste ende handler det om at bringe rejsetiden fra dør til dør med kollektiv trafik tættere på rejsetiden med bil. Minimering af skifte- og ventetid på de kollektive terminaler er derfor helt central for at overflytte bilister til bus og tog.

Tog og busser udgør et sammenhængende net, og anvendes ofte i kombination, jf. Figur 7. Figuren viser bl.a., at der er skift på næsten hver tredje kollektive tur og knap halvdelen af det samlede kollektive transportarbejde udføres på ture med skift.

Figur 7. Ture og transportarbejde med kollektiv trafik fordelt på transportmidler og geografi.

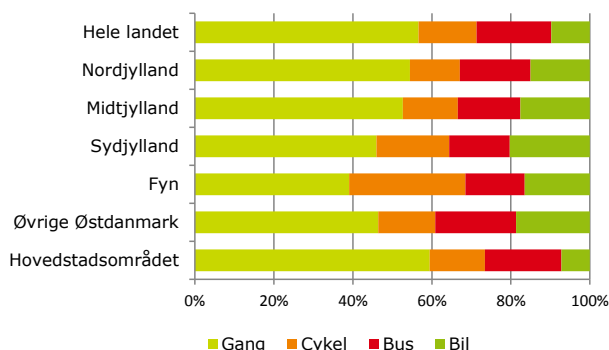


Kilde: Transportvaneundersøgelsen 2006-2010.

Næsten 80% af alle kollektive ture med skift og halvdelen af transportarbejdet på kollektive ture med skift har både start og mål øst for Storebælt, hvor der er et bedre udbud af kollektiv trafik. Øst for Storebælt benyttes tog på godt 60% af de kollektive ture, vest for Storebælt benyttes kun tog på hver femte kollektive tur.

Bussen anvendes som til- eller frabringer på en tredjedel af togturene. Tallet er nogenlunde det samme i hele landet. I langt de fleste tilfælde anvendes bussen kun enten til eller fra toget. De fleste vælger at gå eller cykle fra bopælen til stationen, bl.a. fordi det er mere besværligt og tidskrævende at koordinere bus og tog i begge ender af togtrejsen. Cykel anvendes på hver fjerde togtur og bil på hver sjette. Den samlede fordeling af til- og frabringer transportmiddel til tog fremgår af Figur 8. Selvom bus anvendes på ca. hver tredje togtur benyttes bus oftest kun i den ene ende, mens der går eller cycles i den anden ende. Bus anvendes derfor i snit kun på hver sjette tur til eller fra toget.

Figur 8. Transportform til og fra toget i procent af togturene.



Kilde: Transportvaneundersøgelsen 2006-2010.

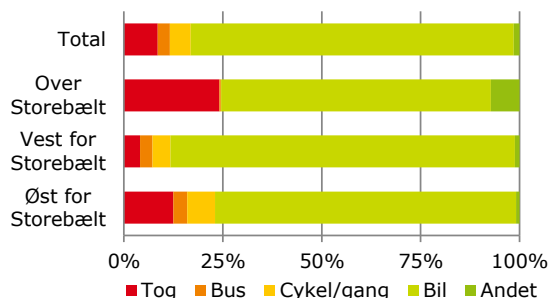
Togets markedsandel

Kollektiv trafik udgør 12% af det samlede transportarbejde i Danmark og 6% af turene. Togets markedsandel af persontransporten er ca. 9%, mens de offentlige bussers markedsandel er ca. 3%. Det samlede billede kan ses i Figur 9.

Togets markedsandel varierer meget geografisk. Øst for Storebælt er markedsandelen 12% af transportarbejdet, mens den vest for Storebælt kun er 4%. Det skyldes især at toget ofte kan konkurrere med bilen på rejsetid til og fra København. På rejser

over Storebælt er togets markedsandel næsten 25%. Den meget høje markedsandel skyldes at toget generelt står stærkest på de lange rejser.

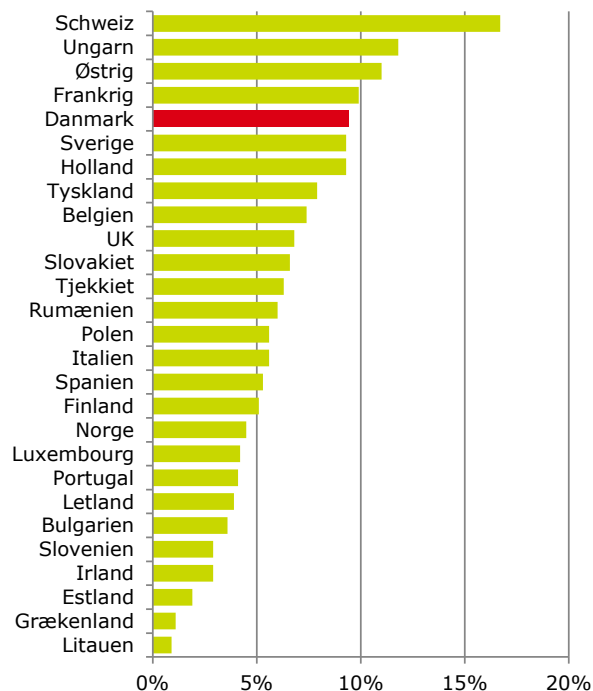
Figur 9. Markedsandele i persontransporten (andel af personkm).



Kilde: Transportvaneundersøgelsen 2006-2010.

Danskerne kører forholdsvis meget i tog sammenlignet med befolkningerne i andre europæiske lande, jf. Figur 10. Schweiz er med 17% af transportarbejdet dog i en klasse for sig. Derefter følger en række lande omkring 10%, deriblandt Danmark. Flere østeuropæiske lande har tidligere haft meget højere togandele, men toget har tabt store markedsandele til bilen siden systemskiftet i landene.

Figur 10. Togets markedsandel af persontransporten (personkm) i europæiske lande 2009.



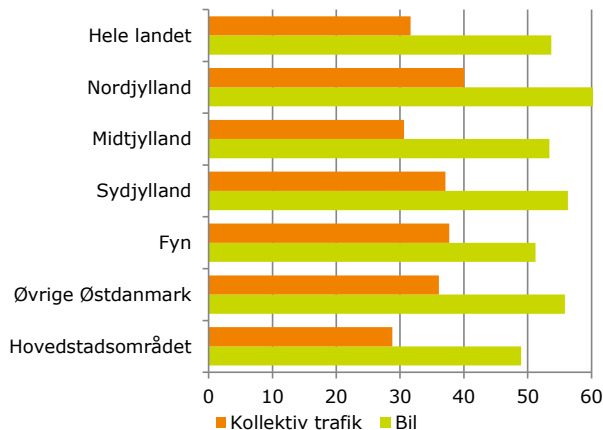
Note: Tallene er uden metro, letbaner og sporvogne. Kilde: Eurostat.

Rejsehastighed

En af de parametre der har største betydning for, hvorvidt kollektiv trafik bliver valgt til eller fra, er forskellen i rejsetid mellem en rejse med kollektiv trafik og den samme rejse med bil. Jo hurtigere den kollektive trafik er, des større andel benytter kollektiv trafik. Rejsetidsforholdet mellem bil og kollektiv trafik er dermed også et godt mål for overflytningspotentialet fra bil til kollektiv trafik.

I den landsdækkende transportvaneundersøgelse kan man beregne den gennemsnitlige hastighed fra dør til dør for både bilrejser og kollektive rejser. Resultatet fremgår af Figur 11.

Figur 11. Gns. rejsehastighed på bilture hhv. kollektive ture (km/time fra dør til dør).



Kilde: Transportvaneundersøgelsen 2006-2010.

Figuren viser at bilturene har en gennemsnits hastighed på 50-60 km/t, mens de kollektive

ture ligger på 30-40 km/t, lavest i Midtjylland og på Sjælland. Det sidstnævnte forhold skyldes at de to områder, herunder især Aarhus og Hovedstadsområdet, er præget af mange korte bus- og togture, hvor rejsehastigheden er forholdsvis lav.

Det skal understreges at tallene for bil og kollektiv trafik ikke er direkte sammenlignelige, da der ikke tale om samme ture. De kollektive ture vil typisk vælges i relationer, hvor den kollektive trafik er attraktiv, og det samme forhold gør sig gældende for bilturene. Figuren siger derfor ikke noget om konkurrenceforholdet mellem bil og kollektiv trafik.

Den seneste udvikling

Der er sket meget i den kollektive trafik de seneste år. Her gives et kort rids over udviklingen 2007-2010 i hhv. øst-vest trafikken, øst for Storebælt og vest for Storebælt. Indledningsvist dog et par landsdækkende tendenser:

Nye busnet

Der pågår i disse år en større omlægning af busnettet mange steder i landet med fokus på et mere behovsafstemt bustilbud. Dvs. flere afgang på strækninger, hvor der er mange kunder og færre eller slet ingen, hvor der er få kunder.

Flere steder indføres sammenhængende regionale net som supplement til tog med hurtige forbindelser mellem de større byer helst hver halve time. I mange byer indføres A-busser, der kører hyppigt og direkte med

Rejsetidsforhold kollektiv trafik/bil

Rejsetidsforholdet kan illustreres ved at se på pendlerture til en række udvalgte hospitaler forskellige steder i landet, som alle ligger mere end 1 km fra en station. Et rejsetidsforhold på 2 betyder at den kollektive trafik tager dobbelt så lang tid som bilen.

Rejsetidsforholdet er langt bedre til hospitalerne i Hovedstadsområdet, og dermed bliver den kollektive andel også højere.

Forskellen mellem Hovedstadsområdet og resten af landet skyldes primært, at der i Hovedstadsområdet er mere trængsel på vejene og hyppigere tog- og busafgange, så det er mere attraktivt at kombinere bus og tog.

Til	Rejsetidsforhold kollektiv trafik/bil
Rigshospitalet	1,1
Hvidovre Hospital	1,5
Herlev Hospital	1,6
Aarhus Universitetshospital Skejby	1,9
Fredericia Sygehus	2,0
Regionshospitalet Randers	2,1
Slagelse Sygehus	2,1

Note: Turene sker som bil eller cykel-tog-bus rejse i Bilrejseplanen.dk. Pendlerne bor 10 min. på cykel fra stationen i en række større oplandsbyer med station (ca. 30-40 km fra hospitalet). Mødetiden er sat til en hverdag kl. 8.00. Rejsetiden beregnes som tidsrummet mellem det nødvendige afgangstidspunkt fra bopælen og kl. 8.00

kortere rejsetid, hvor der er mange kunder. Konsekvensen kan være længere gangafstande til stoppestederne, men til gengæld vil der være kortere ventetid. De nye busnet udgør samtidig en mere effektiv tilbringertrafik til toget. Erfaringer tilsiger, at A-busserne giver flere passagerer.

Bustrafikken af områder med få kunder løses i stigende omfang med flextur. Flextur er grundlæggende koordineret taxakørsel fra dør til dør.

Nye rejsehjemler

Nye salgskanaler er ved at erstatte de traditionelle billetter. SMS/Mobilbilletter er introduceret i det meste af landet. Det landsdækkende elektroniske rejsekort er i gang med at blive udrullet, om end Midttrafik og Fynbus fortsat ikke har truffet beslutninger om at tilslutte sig rejsekortet. På Fyn har man i forvejen elektroniske billetter. Udover disse rejsehjemler introduceres i stigende grad særprodukter og rabatordninger ofte af midlertidig karakter som fx 'Gratis Søndag' i S-toget.

I 2011 blev HyperCard lanceret som en 2-årig forsøgsperiode. HyperCard er et tilbud til studerende på ungdomsuddannelser, der giver stor rabat i den kollektive trafik.

Øst-vest trafikken

Passagertallet i togtrafikken over Storebælt er vokset med ca. 4% i perioden 2007-2010. Det er en fortsættelse af den positive udvikling siden det første tog kørte over Storebælt i 1997.

Øst for Storebælt

Passagertallet i togtrafikken øst for Storebælt er vokset ca. 10% i perioden 2007-2010. Passagertallet i S-tog er dog kun vokset ca. 5%. På det seneste er passagertallet i S-tog dog steget mere, bl.a. som følge af gratis cykelmedtagning.

Metroens passagertal er steget med 33% i perioden 2007-2010. Det skyldes primært, at metroens 3. etape til Københavns Lufthavn åbnede i oktober 2007, men også fortsat byudvikling i Ørestad har været medvirkende til stigningen.

Privatbanerne i Hovedstadsområdet har siden 2007 fået ca. 20% flere passagerer jf. Figur 12.

På Frederiksværkbanen er passagertallet steget hele 30%. Fremgangen skyldes bl.a., at der siden 11. januar 2009 kører tre tog i timen på strækningen Hundested-Frederiksværk-Hillerød. Det ene er et

Kommunikation og produktudvikling

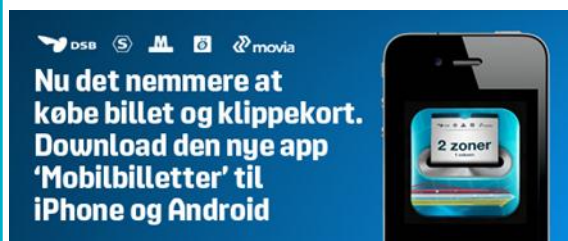
Kommunikation, herunder markedsføring og information er vigtige virkemidler til at skabe et nyt billede af det at rejse med kollektive transportmidler.

Erfaringer fra hovedstadssamarbejdet viser, at en fælles indsats med trafikinformation og en sammenhængende markedsføring har stor virkning for folks rejsevaner.

Det fælles arbejde omkring trafikinformation sig i et nyt fælles kommunikationskoncept og i et nyt fælles design, der testes hos brugerne.



Løbende tilpasning af produktporteføljen har ligeledes stor effekt på brugen af den kollektive trafik. Både i forhold til nuværende kunders behov og i forhold til at tiltrække nye brugere. Det har vist sig bl.a. ved udvikling af produkter på mobilplatform, til specielle events, og til specielle målgrupper.



hurtigtog, der kun standser på de store stationer. Det sænker rejsetiden fra 47 til 39 minutter, ikke mindst til glæde for de mange pendlere der skal videre med S-tog fra Hillerød mod København.

Passagertallet i bustrafikken øst for Storebælt har været stagnerende i perioden 2007-2010.

Øvrige initiativer i Hovedstadsområdet de senere år omfatter:

Ringbanen i fuld drift

I januar 2007 begyndte S-togene at køre på hele den nye Ringbanes strækning mellem Hellerup og Ny Ellebjerg. Ringbanen overgik også til 5-minutters drift i dagtimerne. I december 2011 øgedes frekvensen yderligere, så der nu er ned til 4 minutter mellem togene. Ringbanen er en central del af det nye

kollektive bynet i København, bestående af S-tog, Metro og A-busser med høj frekvens og korte skiftetider.

Gratis cykler med S-toget og lokalbanen

For at tiltrække passagerer fra et større opland, indførte DSB S-tog gratis cykelmedtagning i januar 2010. Siden da er antallet af cykler i S-togene mere end tredoblet. I maj 2011 havde 7% af S-togspassagererne cyklen med toget. S-togenes passagertal er også steget i samme periode. Lokalbanerne i Nordsjælland har også indført gratis cykelmedtagning.

Kollektiv trafik om natten

Siden den 20. november 2009 har S-togene kørt om natten på hele S-togsnettet. Natkørslen udføres natten efter fredag og lørdag efter en reduceret køreplan. Natmetro og natbus har også udvidet betjeningen.

Vest for Storebælt

Passagertallet i den statslige togtrafik vest for Storebælt er vokset ca. 4% i perioden 2007-2010. Dette dækker over vækst på DSB's hovedstrækninger og de centrale Arriva-strækninger fra Aarhus til Herning og Struer, hvor der er indsat de såkaldte regionale lyntog, men tilbagegang på DSB's sidebaner.

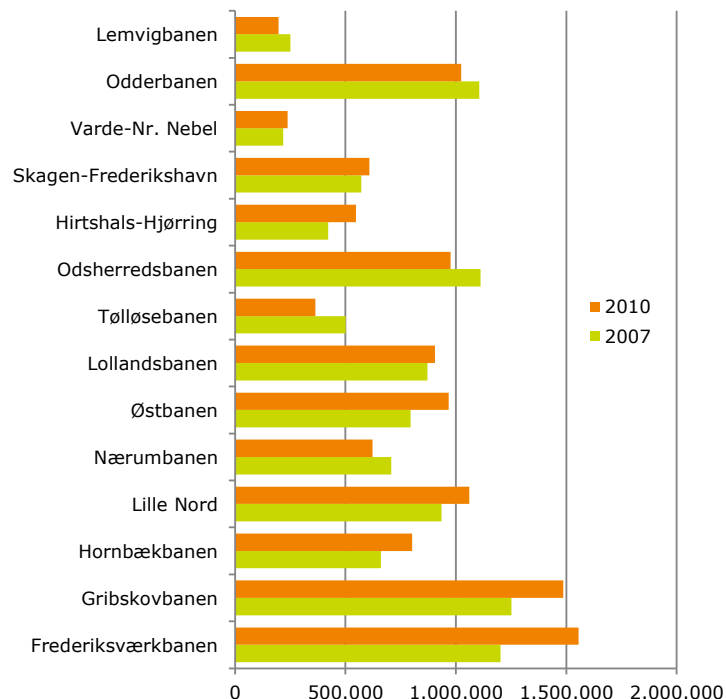
Passagertallet på privatbanerne vest for Storebælt har samlet set været stagnerende i perioden 2007-2010. Det dækker dog bl.a. over en stigning på 30% på strækningen Hirtshals-Hjørring, og et fald på 20% på Lemvigbanen (Holstebro-Lemvig-Thyborøn).

Passagertallet i bustrafikken vest for Storebælt har været stagnerende i perioden 2007-2010.

Vest for Storebælt er de senere år bl.a. sket en udvidelse af lyntogsbetjeningen i ydertimerne og bedre intern betjening af trekantsområdet.

Grundet DSBs materielmangel mister Nordjyderne dog i en overgangsperiode i køreplanen for 2012 den ene af to direkte forbindelser fra Københavns Hovedbanegård til Aalborg. Der er indsat MR-tog nord for Aarhus, hvilket nødvendiggør skift og giver længere rejsetid. Ligeså er der mellem Aarhus og Esbjerg indsat MR-tog med længere rejsetid til følge.

Figur 12. Passagertal pr. år på privatbanerne 2007 og 2010.



Kilde: Indberetninger fra trafiksselskaberne.

Regionale lyntog i Midtjylland

Fra december 2010 indsatte Arriva REX lyntog hver time mellem Herning og Aarhus. Det har sænket rejsetiden mellem de to byer med 17 minutter fra 1 time 32 min til 1 time 15 min.

mitARRIVA Trafikinfo i Arrivas tog

Arriva har i forbindelse med den genvundne kontrakt af togtrafikken i Midt- og Vestjylland etableret et nyt trafikinformationskoncept, kaldet mitARRIVA, der indebærer at nye trafikinformationsstandere opstilles på samtlige 81 standsningssteder Arriva betjener i Midt- og Vestjylland.

mitARRIVA indeholder: Videoovervågning af stationerne, adgang til internet på samtlige stationer, øget billetkøbstilgængelighed, trafikinformation i realtid, herunder trafikinformation om korresponderende tog og busser, hjemmeside med mulighed for oprettelse af egen mitARRIVA-profil.

Organisering af jernbanetrafikken

Staten bestiller og finansierer den danske statslige jernbane, der udgør grundstammen i den kollektive trafik for længere rejser. Herigennem fastlægges de overordnede rammer for togbetjening. De egentlige køreplaner fastsættes i henhold til den aftalte køreplanlægningsproces med inddragelse af de regionale trafiksselskaber og under hensyntagen til øvrige tog på nettet.

Jernbanens organisering

Jernbanesektoren er organiseret med en statsvirksomhed Banedanmark, som ejer og vedligeholder det statslige banenet. Dette net stilles til rådighed for alle jernbanevirksomheder – operatører – som ønsker at køre på det. Hovedprincippet er, at operatørerne kan søge om den banekapacitet, de ønsker, og i det omfang, det er muligt for Banedanmark, får operatørerne tildelt den ønskede kapacitet.

Privatbanernes infrastruktur varetages i regionale selskaber, som er ejet af trafiksselskaberne. Metroselskabet I/S administrerer den københavnske metro. Der oprettes anlægsselskaber til at administrere de kommende letbaner.

Operatører på statens baner

Trafikken på de statslige baner køres på forskellige betingelser. Størstedelen er persontrafik, der udføres som "offentlig servicetrafik", det vil sige trafik, hvortil der kan ydes offentligt driftstilskud. Derudover køres der "fri trafik", det vil sige togtrafik, som kører på kommercielle betingelser. Dette er i dag primært godstog, men også enkelte persontog kører som fri trafik.

DSB

DSB er den største jernbaneoperatør i Danmark og ejes af Transportministeriet. DSB kører Intercity- og regionaltogstrafik på forhandlet kontrakt med Transportministeriet. Den nuværende kontrakt udløber i 2014.

DSB S-tog

DSB S-tog er et 100% DSB-ejet datterselskab, der ligesom DSB kører på en kontrakt med Transportministeriet frem til og med 2014. S-tog kører fra København og ud på strækningerne mod Køge, Høje Tåstrup, Frederikssund, Farum, Hillerød og Klampenborg samt på ringbanen fra Ny Ellebjerg til Hellerup.

Arriva

Arriva Tog A/S har siden 2003 trafikeret de midt- og vestjyske strækninger. Kontrakten er en nettokontrakt, der omfatter strækningerne Skjern-Esbjerg, Struer-Skjern, Esbjerg-Tønder, Struer-Thisted, Skjern-Aarhus og Struer-Aarhus. I foråret 2009 vandt Arriva Trafikstyrelsens genudbud af de midt- og vestjyske strækninger frem til 2018, med mulighed for forlængelse i 2 år. Arriva Tog A/S blev i 2010 opkøbt af Deutsche Bahn (DB), som ejes af den tyske stat.

Kontraktformer i den statslige togtrafik

DSB og DSB S-tog kører på **forhandlede kontrakter** med staten. Det betyder, at de - uden forudgående udbud - har fået tildelt opgaven om at levere et aftalt produktionsomfang på baggrund af en aftalt betaling for de omkostninger, der ikke forventes at kunne dækkes af indtægterne fra passagererne.

Den øvrige togtrafik er konkurrenceudsat og tildeles operatører på baggrund af **udbud**. Udbud kan gennemføres på hhv. netto- og bruttokontrakter.

I **nettokontrakter** modtager operatøren billetindtægterne, hvorfor tilskuddets størrelse overordnet kan defineres som forskellen mellem omkostninger (inkl. provenu) og indtægter. Ved en nettokontrakt er det således operatøren, der bærer risikoen for trafikvæksten, men som samtidig har muligheden for et højere indtægtsgrundlag ved en positiv udvikling i passagertallene. Eksempel: Midt- og Vestjylland.

I **bruttokontrakter** modtager trafik køber - staten - billetindtægterne, hvorfor tilskuddets størrelse skal dække alle omkostninger (inkl. provenu) til trafikken. Da operatøren ikke direkte modtager betaling for hver enkelt passager benyttes diverse former for incitamentsordninger for at holde operatørens fokus på at tiltrække flere passagerer til trafikken. Eksempel: Kystbanen.

Opgaverne med forberedelse, indgåelse og opfølgning af kontrakter varetages af Transportministeriet.

Figur 13. Togoperatører på statens baner og de øvrige baner



DSB Øresund

DSBFirst (fra december 2011 DSB Øresund) vandt i 2007 Trafikstyrelsens udbud af trafikken på strækningen fra Helsingør over København H og videre til Københavns Lufthavn, Kastrup (Landegrænsen mod Sverige). DSB Øresund ejes af DSB (75%) og britiske First Group (25%). Kontrakten er en bruttokontrakt, der løber frem til 2015 med mulighed for forlængelse i 2 år. I Sverige videreføres trafikken til Göteborg, Kalmar og Karlskrona i regi af Veolia Transport på kontrakt med Skånetrafiken.

Fri trafik

Udover den statslige trafik køres der fri trafik på kommercielle vilkår og uden driftstilskud fra staten. Den fri trafik omfatter primært godstrafik samt enkelte kommercielt drevne persontog, såsom X2000, der køres fra København H til Stockholm af SJ (Statens Järnvägar – de svenske jernbaner).

Kommerciel passagertrafik

Jernbanevirksomheder, der udfører fri trafik med passagerer er kendetegnet ved:

- At afholde alle omkostninger, men også selv bestemme takster og køreplaner.
- Meget begrænset omfang i dag.
- At skulle leve op til samme sikkerhedsmæssige krav som offentlig service operatører.
- Kan benytte stationer på lige og ikke diskriminerende vilkår som andre operatører.
- Prioriteres lavest ved tildeling af kanaler.

Privatbaner

Endelig kører privatbanerne enkelte steder ind på de statslige baner.

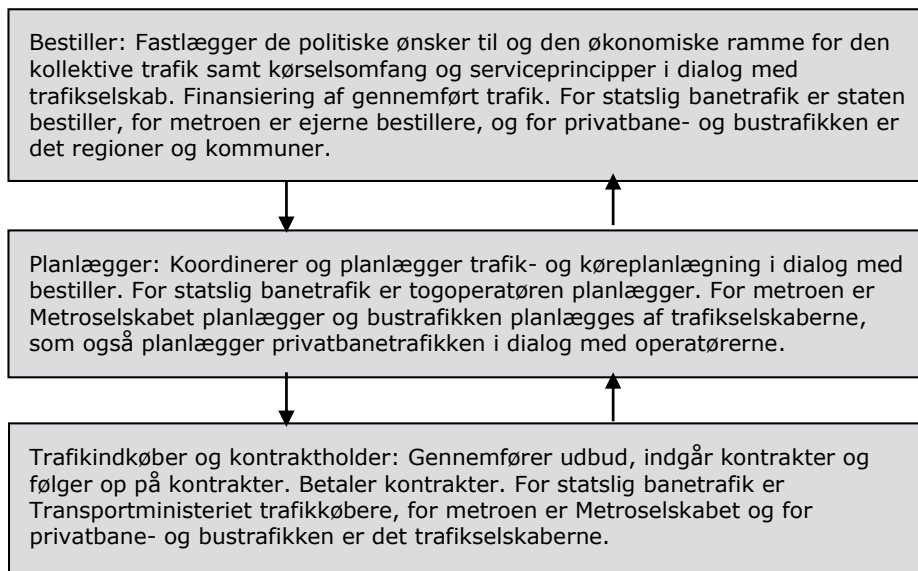
Indkøb af jernbanetrafik

I Danmark arbejder forskellige statslige, regionale og kommunale aktører med at planlægge, udvikle og drive den kollektive trafik. De enkelte aktører har forskellige roller og opgaver. Den aktuelle organisering af den kollektive trafik er en decentraliseret model, med vægt på det kommunale selvstyre og opdelt efter et skel mellem forskellige transportmidler i stedet for at have et trafikalt sigte. For alle transportmidler er dog grundlæggende tale om tre roller: Bestiller, Planlægger og Trafikindkøber/Kontraktholder. Trafikkøbsprocessen er illustreret nedenfor.

Staten finansierer og bestiller den statslige banetrafik. For den statslige banetrafik gælder således, at staten fastlægger de politiske ønsker til trafikken og den økonomiske ramme. Staten vurderer, hvilke serviceprincipper og kørselsomfang, der skal være. Alt efter om trafikken udbydes eller forhandles på plads, er der derefter to forskellige processer.

For den forhandlede trafik gælder, at Transportministeriet forhandler en kontrakt på plads med DSB, der derefter planlægger trafikken, står for markedsføring og information og har takstkompetencen i samarbejde med trafikskaberne. Transportministeriet følger op på kontrakten.

Figur 14. Trafikkøbsproces



For den udbudte trafik gælder, at Transportministeriet udbyder trafikken og følger op på kontrakten på baggrund af politiske ønsker til den kollektive trafik. Operatørerne byder ind på et bestemt betjeningsomfang, og planlægger selv trafikken og den præcise køreplan, som Banedanmark skal godkende. I et enkelt tilfælde indeholdt udbudsmaterialet en specifik køreplan (Kystbanen). Togoperatøren har derudover samme opgaver som DSB med undtagelse af DSB Øresund, der kører på bruttokontrakt, hvilket betyder, at staten har takstkompetencen på Kystbanen.

For den statslige jernbane har togoperatørerne ansvaret for planlægning, markedsføring, trafikinformation, takstsystem og takster (i dialog med trafikselskab), indkøb og vedligehold af materiel, lokoførere, daglig drift, passagertællinger, billetsalg og billetsalgssystem.

Der findes en række velfungerende samarbejder på tværs af sektoren, som bidrager til at skabe sammenhæng i køreplaner, omstigningsforhold, trafikinformation og takster. De vigtigste fremgår af boksen nedenfor.

Tabel 5. Samarbejder i den kollektive trafik

Samarbejde	Parter	Opgave
Bus&Tog samarbejdet	Togoperatører og trafikselskaber. I styregruppen sidder også repræsentanter fra KL, Danske Regioner og Trafikstyrelsen.	Har gennemført mulighed for at rejse med tog, bus og metro på en samlet billet i vidt omfang. Har etableret Rejseplanen, et fælles ankenævn for den kollektive trafik, og samarbejder om udrulning af Rejsekortet.
Samarbejde i hovedstadsområdet	DSB, DSB S-tog, Metro, Movia og Trafikstyrelsen.	Sammenhæng i trafikken i hovedstaden, fælles billet, indtægtsdeling, fælles trafikinformation (TUS projekt), fælles markedsføringsplatform Byens net, fælles forretningsplan.
Trafikselskaberne i Danmark	Trafikselskaberne	Koordinering mellem trafikformerne, omdømme, produktudvikling.

Samlet trafikplan for Hovedstadsområdet

Der eksisterer allerede et tæt samarbejde mellem de kollektive trafikoperatører i hovedstadsområdet. En samlet trafikplan for alle transportformer vil kunne skabe endnu større fokus på den vigtige sammenhæng mellem tog, bus, metro og letbane.

Hovedstadsområdet kendetegnes ved at staten kører en meget stor del af den lokale kollektive trafik (S-tog og Kystbanen), og der er bl.a. derfor et særligt behov for tæt koordination mellem staten og de lokale aktører.

Den seneste samlede trafikplan for hovedstadsområdet blev udgivet af Hovedstadens Udviklingsråd (HUR) i 2005. En samlet trafikplan skal ses i tæt sammenhæng med byudviklingsplanen for Hovedstadsområdet (Fingerplanen).



Internationale rammer for den danske jernbane

Rammebetingelserne for jernbanen – og transportområdet i øvrigt – fastlægges i dag i vid udstrækning på internationalt eller mellemstatsligt plan.

Et udsnit af de reguleringer, der er fastlagt i EU-regi omfatter bl.a. organisatoriske og markedsmæssige forhold, statsstøtteregler, passagerrettigheder, harmonisering af infrastruktur og materiel, miljøkrav og baneafgifter.

Et særligt fokus har været rettet mod interoperabilitet på jernbanen. Det er målet, at der bliver stillet enslydende krav til infrastruktur, materiel, færdselsregler og lokomotivførere, sådan at jernbanetrafikken kan afvikles uhindret på tværs af grænserne i EU.

Første skridt i harmoniseringen er etableringen af det såkaldte Trans-Europæiske Netværk for transport (TEN-T). Det omfatter i Danmark alle de væsentlige hovedstrækninger og internationale transportkorridorer. Medlemslandene er bl.a. forpligtet at indføre

en række tekniske standarder på TEN-T hovednettet senest i 2030 og for det samlede TEN-T net senest i 2050.

Senest er en omarbejdning af den første jernbanepakke fra 2000 afsluttet i form af direktiv "om oprettelse af et fælles europæisk jernbaneområde".

Direktivet sigter mod en fortsat udvikling mod en mere konkurrencebaseret jernbanesektor. Herunder større uafhængighed til infrastrukturforvaltere og jernbanevirksomheder samt udvidet adgang til infrastrukturkapacitet bl.a. gennem introduktion af 'godkendte ansøgere' og åbning af adgang til jernbanerelaterede serviceydelser.

Desuden præciseres Kommissionens overvågningsopgave, og Jernbanenævnet tillægges nye opgaver for at sikre markedsudvikling og hindre konkurrenceforvridning i sektoren.

Endelig opdateres bestemmelserne om betaling for anvendelse af infrastrukturen.

Direktivet får kun i mindre omfang betydning for Danmark, der i stor udstrækning allerede har tilpasset sig sektorens organisering og principielt har åbnet for adgang til infrastrukturkapacitet og serviceydelser.

Baneprojekter

I de kommende år skal en række nye investeringer medvirke til at nå den politiske målsætning om, at den kollektive trafik skal løfte det meste af fremtidens trafikvækst.

Med trafikaftalerne de senere år er besluttet en lang række større og mindre projekter til forbedring af jernbanen og den øvrige kollektive trafik. De spænder lige fra konkrete anlægsprojekter, som implementeres de kommende år, til forundersøgelser og analyser, som danner grundlag for videre udvikling af banen. Kapitlet gennemgår samtlige besluttede projekter med fokus på deres trafikale og passagermæssige effekter.

Desuden omtales de screenede projekter med en kort omtale af screeningens formål.

Endelig beskrives en række tiltag der ikke er direkte rettet mod jernbaneinfrastrukturen, men ikke desto mindre har en vigtig rolle for spillet mellem transportformer. Disse omfatter bl.a. Buspuljer og DSB's Parker og Rejs pulje.

Besluttede baneprojekter

I det følgende gennemgås samtlige besluttede, men endnu ikke ibrugtagne baneprojekter. Projekterne præsenteres i kronologisk rækkefølge i forhold til forventet ibrugtagning. Figur 16 giver et samlet overblik over besluttede baneprojekter og hvornår de forventes taget i brug.

Nyt dobbeltspor mellem København H og Ny Ellebjerg (2012)

Som en del af KØR-projektet (mindre Kapacitetsudvidelse Østerport-Ringsted) anlægges et nyt dobbeltspor mellem København H og Ny Ellebjerg med forventet ibrugtagning i 2012. Formålet med projektet er at skabe ekstra kapacitet for fjerntog ind på og ud af København H. Det vurderes, at projektet vil give kapacitet til at afvikle op til

to ekstra tog på København H i timen i hver retning, men køretiden er 2-3 minutter længere.

Figur 15. Nyt dobbeltspor Khb. H-Ny Ellebjerg

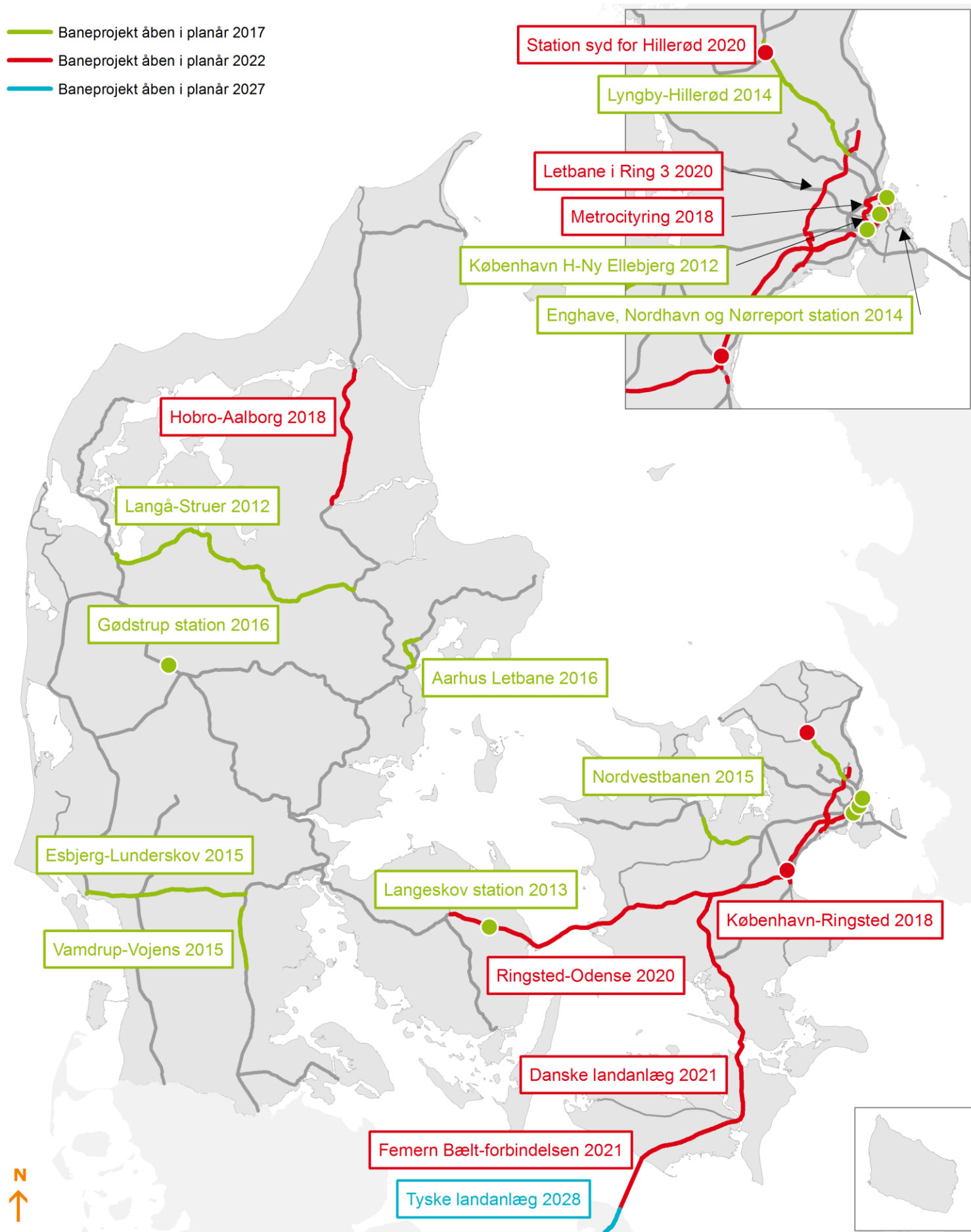


Opgradering Langå-Struer (2012)

Opgraderingen omfatter nedlæggelse og forbedring af overkørsler, sporfornyelse samt fjernelse af en række hastighedsnedsættelser. Projektet medfører køretidsforbedringer på 7-8 minutter mellem Langå og Struer og 17-18 minutter i modsat retning.

Opgraderingen understøtter derimod ikke, at der etableres en egentlig halvtimedrift Aarhus-Viborg. På grund af krydsningsstationernes placering mellem Langå og Viborg bliver der tale om en afstand mellem togene på skiftevis 20 og 40 minutter.

Figur 16. Beslutede projekter med forventet ibrugtagnings år



Figur 17. Opgradering Langå-Struer



Ud over rejsetidsforkortelserne giver opgraderingen mulighed for at etablere Viborg som knudepunkt, hvor togene i begge retninger krydser hinanden. Der bliver derfor optimale omstigningsmuligheder til de lokale og regionale busruter.

Opgraderingen forventes at betyde 0,1 mio. flere passagerer pr. år.

Ny station i Langeskov (2013)

Ny station i Langeskov mellem Nyborg og Odense åbnes i 2013.

Figur 18. Ny station i Langeskov



Stationen forventes at få 0,2 mio. passagerer årligt ved åbning i 2013 stigende til 0,3 mio. passagerer i 2027. Samtidig forlænges rejsetiden med op til 3 minutter for gennemkørende passagerer i de tog, som skal betjene stationen, hvilket forventes at medføre bortfald af ca. 40.000 rejser årligt.

Opgradering Lyngby-Hillerød (2014)

Opgraderingen sker i sammenhæng med det nye signalsystem CBTC, der inkluderer togkontrolanlæg og dermed muliggør en hastighedsopgradering til 120 km/t. Det giver køretidsforbedring på op til 3 minutter på strækningen, dog afhængig af den konkrete køreplan. Det vil være muligt at køre flere tog Holte-Hillerød, men muligheden forventes ikke udnyttet.

Der forventes en gevinst på 0,9 mio. passagerer pr. år i 2027.

Figur 19. Opgradering Lyngby-Hillerød

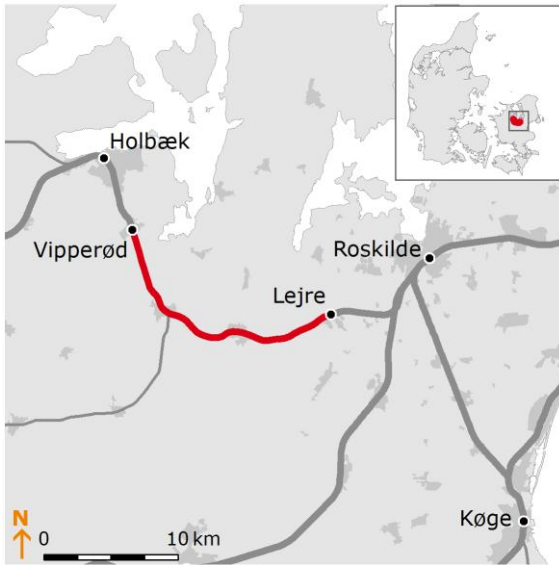


Udbygning af Nordvestbanen (2015)

Projektet omfatter anlæg af et ekstra spor på den 20 km lange strækning på Sjælland mellem Lejre og Vipperød samt en hastighedsopgradering til 160 km/t mellem Roskilde og Holbæk, herunder sporudretning og nedlæggelse af overkørsler.

Projektet giver køretidsforbedringer på seks minutter for gennemkørende tog. Det giver mulighed for at få en bedre køreplan med mere ensartet afstand mellem togene end i dag, og det gør det muligt at køre flere tog.

Figur 20. Udbygning af Nordvestbanen



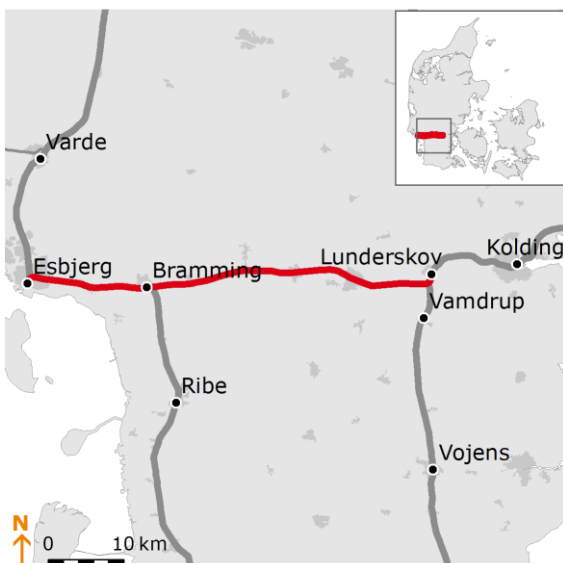
I perioden 2015–2018 forventes der kun i begrænset omfang kørt flere tog, da kapaciteten på den tilstødende bane København-Høje Taastrup stort set er opbrugt og signaltekniske årsager max giver mulighed for 4 tog. Først når den nye bane København-Køge-Ringsted åbner og signalprogrammet er udrullet, vil der blive kapacitet til større trafikudvidelser.

Udbygning af Nordvestbanen forventes samlet at medfører 1,1 mio. flere ture pr. år i 2027.

Elektrificering Lunderskov – Esbjerg (2015)

Den 55 km lange, dobbeltsporede bane Lunderskov-Esbjerg skal være elektrificeret i

Figur 21. Elektrificering Lunderskov-Esbjerg



2015. Hermed bliver det muligt at køre gennemgående elektriske tog København-Esbjerg. Ud over de miljø- og klimamæssige forbedringer, betyder elektrificering store driftsøkonomiske besparelser og billigere materielanskaffelser. Togene kan anvendes mere effektivt, og et antal dieseltogsæt kan frigives til andre strækninger.

Elektrificeringen forventes ikke at have væsentlig effekt for køreplanen og antal passagerer.

Udbygning Vamdrup-Vojens (2015)

Udbygningen omfatter anlæg af et ekstra spor, fornyelse af eksisterende spor og nedlæggelse af tekniske stationer. Med udbygningen bliver banen sammenhængende dobbeltsporet fra Fredericia til Tinglev.

Figur 22. Udbygning Vamdrup-Vojens



Udbygningen skal især tilgodese godstrafikken, der nærmer sig kapacitetsgrænsen på strækningen Vamdrup-Vojens. Fra 2021 vil en væsentlig del af godstrafikken blive omlagt til Femern-forbindelsen, men herefter forventes godstrafikken gennem Sønderjylland igen at stige frem til der er fuld kapacitet på Femern Bælt forbindelsens tyske landanlæg.

Projektet giver derudover mulighed for at indføre køreplaner med reduceret rejsetid for passagererne på i gennemsnit 4 minutter. Nogle passagertog mellem Kolding og Tinglev kan få reduceret rejsetiden med op til 12 minutter.

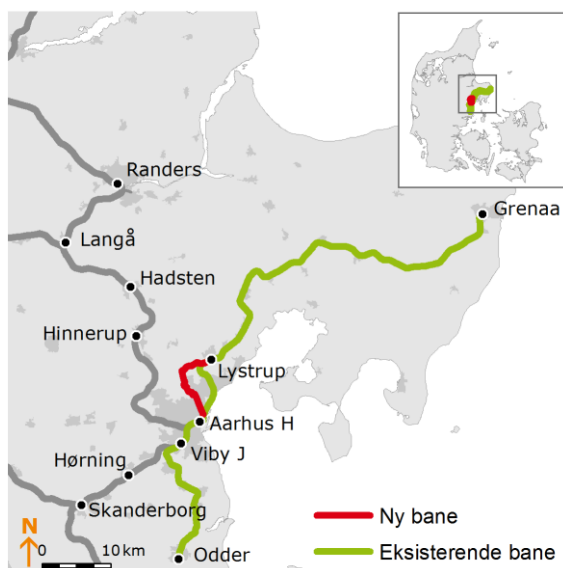
Aarhus letbane, etape 1 (2016)

Første etape af letbanen i Aarhus omfatter dels lokalbanerne Odder-Aarhus og Aarhus-Grenaa samt en 12 km letbane fra Aarhus Nørreport ad Randersvej via Skejby til det nye

byudviklingsområde i Lisbjerg. Letbanen kobles til Grenaabanen sydvest for Lystrup station.

De lokale parter har et mål om at åbne letbanen i 2016. Samtidigt forventes trafikbetjeningen på Grenaabanen at udgå af det statslige net. På det resterende statslige net forventes en vækst på 0,4 mio. passagerer årligt.

Figur 23. Aarhus letbane, etape 1



Letbanen giver banebetjening til nye områder af Aarhus og dermed reduceres rejsetiden for passagerer med kollektiv trafik. Rejsetiden forventes uforandret på de eksisterende baner til Odder og Grenaa.

Med planerne om at etablere separate spor for letbanen på Aarhus H forventes en lettelse af den stærkt udnyttede perronsporskapacitet på Aarhus H, hvilket vil være til gavn for øvrige tog på Aarhus H.

Tabel 6. Aarhus letbanes effekt på passagertallet i antal påstigninger per døgn.

Transportmiddel	Uden letbane	Med letbane	Forskel i pct.
Bybus	119.700	110.000	-8%
Regionalbus	79.600	78.400	-1%
Tog	34.300	35.300	3%
Lokalbane/Letbane	14.400	56.100	288%
Alle kollektive transportmidler	248.000	279.800	13%

Kilde: VVM-redegørelse og miljørapport for Letbane i Århus-området – etape 1

Ny station i Gødstrup (2016)

Senest samtidig med åbning af det nye regionssygehus i Gødstrup nordvest for

Herning, åbnes en station umiddelbart ved sygehuset. Stationen forventes at have 0,15 mio. passagerer i 2027.

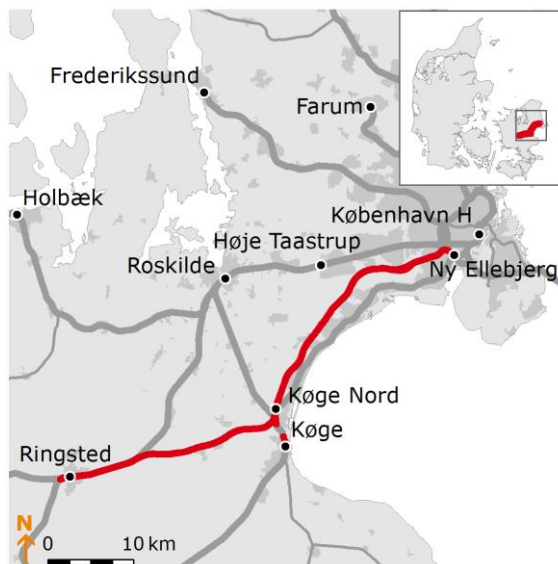
Figur 24. Ny station i Gødstrup



Ny bane København-Ringsted (2018)

Projektet omfatter en ny dobbeltsporet, elektrificeret jernbane mellem København og Ringsted over Køge. Den maksimale strækningshastighed vil være op til 250 km/t.

Figur 25. Ny bane København-Ringsted



Nye fjerntogsstationer etableres i Ny Ellebjerg og Køge Nord. Fra Køge Nord er der mulighed for viderekørsel ad "Lille Syd" mod Næstved.

Den nye bane mellem København og Ringsted over Køge øger kapaciteten væsentligt mellem København og Ringsted og giver mulighed for en markant udvidet køreplan med flere tog

Tabel 9. Metrocityringens effekt på antal påstigere i busser, tog og Metro pr. hverdagsdøgn opdelt på områder. 1.000 påstigende passagerer pr. hverdagsdøgn.

Kollektivt transportmiddel	Tætby			Øvrig Københavns Kommune			Øvrige hovedstadsområde		
	Basis	Cityring	Ændring	Basis	Cityring	Ændring	Basis	Cityring	Ændring
Bus	237	114	-123	125	111	-14	295	292	-3
S-tog	187	174	-13	84	79	-5	183	183	0
Regional og fjernbog	57	58	1	4	4	0	118	120	2
Lokalbaner	0	0	0	0	0	0	23	23	0
Metro	142	375	233	73	77	4	8	9	0
I alt	623	722	99	287	271	-16	628	627	-1

Kilde: Cityringen, VVM-redegørelse og miljørapport, Metroselskabet m.fl. 2008

Metrocityringen vil give en mere effektiv betjening af Københavns tætby med højklasset kollektiv trafik og vil binde den kollektive trafik sammen på tværs ved blandt andet at forbinde de radiale S-tog og metrolinjer.

Metroen forventer i alt omkring 240.000 passagerer pr. hverdagsdøgn, når Metrocityringen åbner. Flest vil der være på København H (41.000), Kongens Nytorv (36.000) og Østerport (20.000), mens der vil være færrest passagerer på Nuuks Plads (6.000) og Aksel Møllers Have (7.000).

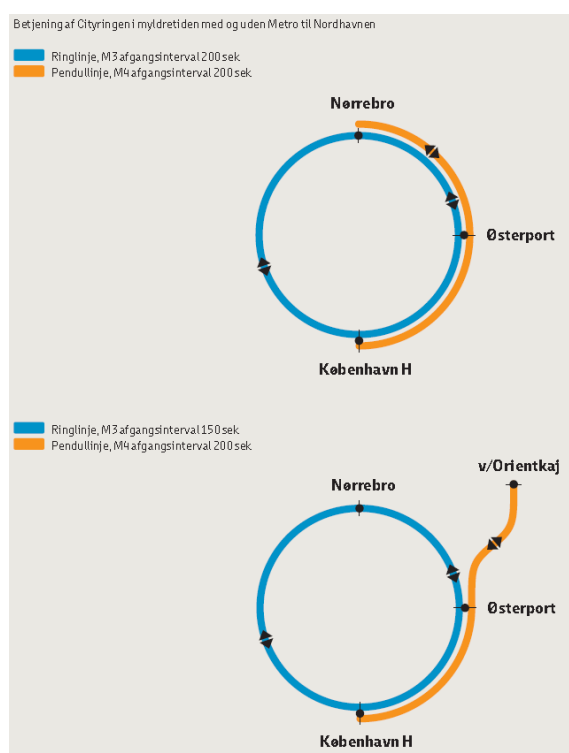
Afgrening til nordhavnsområdet

I de kommende år skal der ske en omfattende byudvikling i det tidligere nordhavnsområde i København. Området kan knyttes til det primære kollektive trafiksystem ved en afgrening fra Metrocityringen mellem Østerport og Triangelen. En udredning af mulighederne for at etablere en metro til nordhavnsområdet er gennemført af Metroselskabet og By&Havn. Udredningen viser, at der vil være en række fordele ved at anlægge en afgrening til Nordhavn samtidig med Cityringen.

Der er indgået aftale mellem ejerne (staten, Københavns Kommune og Frederiksberg) om at igangsætte de forberedende arbejder og projekteringer. For den indgåelse af de store anlægskontrakter i begyndelsen af 2014, skal ejerne endeligt godkende projektet.

Metrocityringen medfører en markant omfordeling af passagerer fra Nørreport (-6,3 mio. passagerer årligt) til København H (+7,7 mio. passagerer årligt) og Østerport (+2,5 mio. passagerer årligt). Desuden overflyttes 6,3 mio. passagerer årligt fra andre S-banestationer og Ringbanen til metro. I tætbyen kommer de mange nye passagerer især fra bus. Metrocityringen forventes at generere 82.000 nye passagerer til den kollektive trafik pr. hverdagsdøgn. På den statslige bane er effekten 0,4 mio. færre passagerer i 2027.

Figur 28. Betjening af Cityringen med og uden Metro til Nordhavnen



Femern Bælt-forbindelsen (2021)

Den faste forbindelse over Femern Bælt består af to særskilte danske projekter: En Kyst-til-kyst forbindelse over Femern Bælt og de danske landanlæg. Hertil kommer tyske landanlæg.

Kyst-til-kyst-forbindelsen forventes at blive en sænketunnel. Tunnellen vil få en samlet længde på ca. 20 km inkl. ramper og planlægges til en toghastighed på 200 km/t.

De danske landanlæg består af et ekstra spor langs den eksisterende bane fra Vordingborg til Femern Bælt, idet dog Storstrømsbroen som udgangspunkt er forudsat at forblive enkeltsporet, og dermed kan udgøre en flaskehals.

Storstrømsbroen

De konstaterede problemer med Storstrømsbroens vedligeholdelsestilstand har vist, at broen ikke kan håndtere den trafik, der er forudset i Femernprojektet.

Der er gennemført en udredning af fem forskellige scenarier, hvor broen enten renoveres eller der anlægges en ny (dobbeltsporet) forbindelse vest for den nuværende bro.

Analysen viser, at den på kortere sigt billigste løsning for forbindelsen over Storstrømmen er en renovering af den eksisterende forbindelse. Den samfundsøkonomisk mest rentable løsning er anlæg af en ny kombineret vej- og dobbeltsporet jernbanebro.

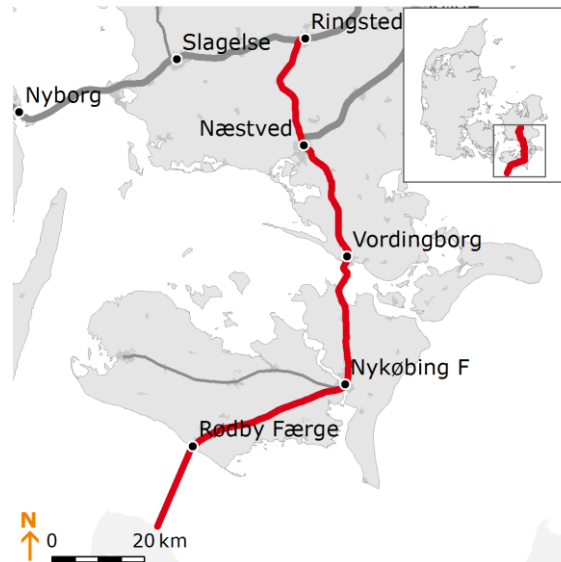
Forligskredsen vil i efteråret 2012 drøfte løsningen, herunder finansieringsmuligheder.

Hele banen elektrificeres. Der arbejdes med to grundløsninger: En bane til 160 km/t og en bane til 200 km/t. Det overvejes, om der skal etableres en ny station nærmere Holeby.

Etableringen af Femern Bælt-forbindelsen og de danske landanlæg vil betyde, at der vil køre flere tog mellem Danmark og Tyskland. Med opgraderingen af de danske landanlæg opnås væsentlige rejsetidsgevinster for den indenlandske trafik til/fra Lolland. Højere frekvens og markant kortere rejsetid forventes at øge passagertallet over Femern

Bælt-grænsesnippet fra 0,4 mio. i 2008 til 1,4 mio. i 2022.

Figur 29. Femern Bælt-forbindelsen



De tyske landanlæg elektrificeres i forbindelse med Femern Bælt-forbindelsens ibrugtagning, mens banen fra Femern Bælt til Bad Schwartau nord for Lübeck først forventes udbygget til dobbeltspor syv år efter. Frem til udbygningen af de tyske landanlæg forventes der højst at køre 20 passagertog og 24 godstog dagligt i hver retning mellem Danmark og Tyskland.

Trafikken mellem Danmark og Tyskland

Grundstammen i trafikken over Padborg er intercitytog hver anden time mellem København og Flensburg. Togene køres af DSB IC3-tog, som har tysk togkontrollsystem. I Flensburg er der gode forbindelser med hurtige regionaltog til og fra Hamburg, der fra 2014 udvides fra totimetrafik til timetrafik. Hertil kommer to internationale tog Aarhus – Hamburg (- Berlin) samt et nattoget København – Amsterdam/Praha/Basel. Af de 400.000 årlige togpassagerer over Padborg grænse rejser 80 procent til/fra Jylland og 20 % til/fra Fyn- og Sjælland.

Over Tønder kører regionaltog Esbjerg – Niebüll hver anden time. I Niebüll er der gode forbindelser med hurtige regionaltog til og fra Hamburg. Det årlige passagertal over Tønder grænse er ca. 80.000, og et så begrænset passagertal kan næppe begrunde andet end regionaltog over grænsen. Det kan dog overvejes at udvide trafikken til timetrafik i dagtimerne, så alle tog Esbjerg – Tønder kører til og fra Niebüll.

Over Rødby kører fire tog København – Hamburg hele året og yderligere to tog i ferieperioden. Et af togene kører til/fra Berlin. Det årlige passagertal er ca. 330.000. Mellem København og Nykøbing F er de internationale tog sammenkoblet med det hurtige regionaltog, der standser i Høje Taastrup, Næstved og Vordingborg. På den måde bliver den internationale trafik forholdsvis billig at producere, ligesom den ikke belaster den højt udnyttede banekapacitet mellem København og Ringsted. Med åbningen af den ny bane København – Ringsted (2018) og Femern-forbindelsen (2021) vil rejsetiden mellem København og Hamburg kunne reduceres fra de nuværende ca. 4½ time til ca. 3 timer 15 minutter, og når de tyske landanlæg er fuldt udbygget til ca. 3 timer. Det vil gøre togrejser København – Hamburg mere attraktive i forhold til flyrejser.

Opgradering Ringsted-Odense (2020)

Projektet omfatter en hastighedsopgradering til 200 km/t, som skal gøre det muligt at opfylde timemodellens mål om en rejsetid København – Odense på knap 1 time. Undersøgelsen er ikke igangsat, men der er reserveret et beløb på 0,6 mia. kr. (2009 priser). Det forudsættes at hastighedsopgraderingen kan nås indenfor denne ramme. Den samlede effekt vurderes at være 0,5 mio. flere passagerer pr. år i 2027.

Figur 30. Opgradering Ringsted-Odense

**Letbane Ring 3 (2020)**

11 københavnske omegnskommuner, Region Hovedstaden og Transportministeriet har indgået aftale om at bygge en 28 kilometer lang letbane i Ring 3 på strækningen Lundtofte-Ishøj.

Letbanens rute kommer forbi de to store hospitaler i Herlev og Glostrup samt Danmarks Tekniske Universitet. Letbanen vil komme til at køre i midten af vejbanen på store dele af strækningen, og den vil få en topfart på 70 kilometer i timen, mens gennemsnitsfarten bliver på omkring de 30 kilometer.

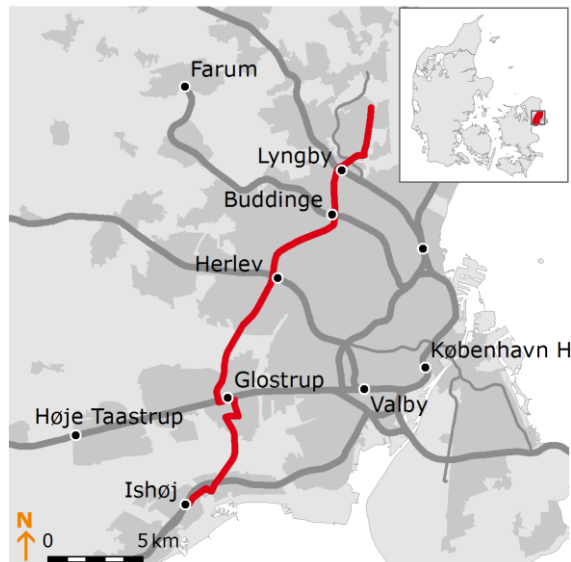
I åbningsåret (oprindeligt 2018) forventes Letbanen at få 58.000 passagerer pr. hverdagsdøgn. Den afledte effekt på S-toget er 7.000 flere påstignere, mens busserne får 28.000 færre pr. hverdagsdøgn.

Den samlede effekt for den statslige bane vurderes at være 2,7 mio. flere passagerer i 2027.

Udgifterne til projektet forventes at blive 3,75 mia. kr., hvoraf staten vil bidrage med 1,5

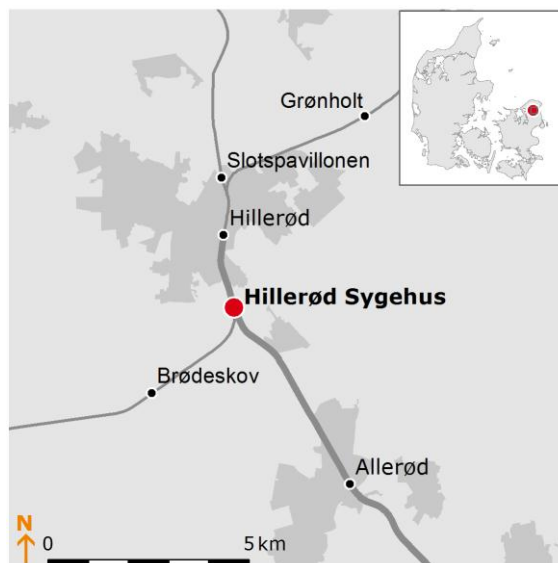
mia. kr., mens kommunerne og regionen finansierer det resterende beløb.

Figur 31. Letbane Ring 3

**Ny station syd for Hillerød (2020)**

Senest samtidig med åbning af det nye regionssygehus syd for Hillerød, åbnes en station, som ligger umiddelbart ved sygehuset. Stationen er fælles for S-banen og Lokalbanen Hillerød-Frederiksværk-Hundested. Ud over at betjene regionssygehuset og det omkringliggende opland, vil stationen skabe bedre omstigningsmuligheder mellem de to baner og dermed kortere rejsetider mellem S-banen og Frederiksværkbanen. Stationen forventes at få omkring 0,35 mio. passagerer årligt i 2027.

Figur 32. Ny station syd for Hillerød



Ombygning af Hillerød station

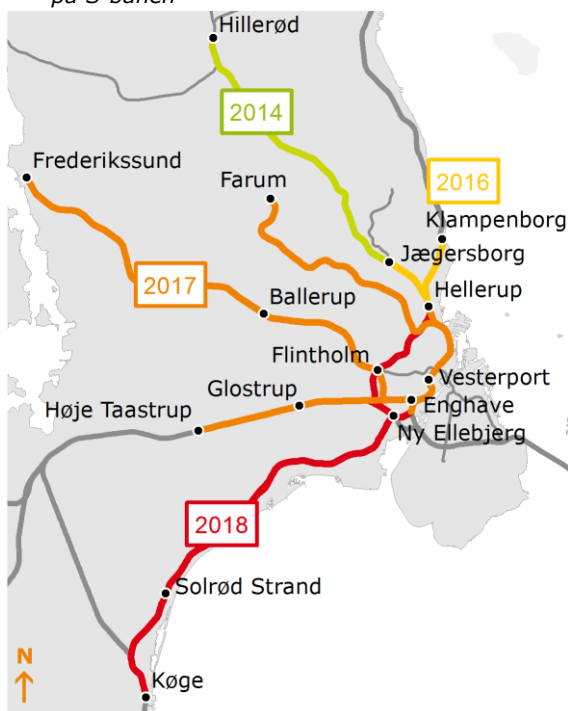
En ombygning af Hillerød station, kan give passagerer fra Gribskovbanen, Hornbækbanen og Lille Nord direkte adgang til den nye station ved det kommende Supersygehus i Hillerød Syd. Det vil øge tilgængeligheden til sygehuset fra det nordlige optageområde betragteligt.

Med "Aftalen om takstnedsættelser og investeringer til forbedring af den kollektive trafik" er fra statslig side reserveret penge til medfinansiering af ombygningen.

Signalprogrammet (2014-2021)

Signalprogrammet omfatter en totaludskiftning af signal-, togkontrol og trafikstyringsanlæggene på både fjernbanen (ERTMS niveau 2) jf. Figur 34 og S-banen (CBTC) jf. Figur 33. De nye signalanlæg vil medføre en reduktion i antallet af signalfejl og dermed føre til en forbedring af rettidigheden.

Figur 33. Udrulningsplaner for Signalprogrammet på S-banen



Med Signalprogrammet opnås en række forbedringer, blandt andet fordi signalinformationer mellem trafikcentral og tog overføres kontinuert via radio og fordi to tog på en krydsningsstation altid kan køre ind samtidig. På enkelte dele af nettet udvides kapaciteten, som følge af optimering af blokafsnit, blandt andet fjernbanen København H-Østerport.

Den forbedrede rettidighed forventes at give 2 % flere passagerer på fjernbanen og 1 % på S-banen, hvilket i 2027 medfører 2,3 mio. flere passagerer.

Renovering af Nordhavn, Nørreport og Enghave stationer

Renoveringerne betyder frem for alt, at passagerne får lettere ved at benytte stationerne. På Nørreport station betyder en direkte adgang fra middelalderbyen til metroen, at passagerpresset på især S-togsperronen bliver reduceret.

Andre besluttede initiativer

Rejsekort

Rejsekort er et nyt landsdækkende billetsystem for både tog og bus, som forventes at gøre det nemmere og mere attraktivt at rejse med kollektiv transport. Enkelte trafikelskaber har dog endnu ikke tilsluttet sig ordningen. Rejsekortet vurderes at medføre 2 % flere rejser på både fjern og S-banen. Det medfører 3,4 mio. flere passagerer pr. år i 2020.

Takstnedsættelser

1. marts 2012 blev indgået en politisk rammeaftale om takstnedsættelser og pulje til forbedringer af den kollektive trafik. Med aftalen er det besluttet at nedsætte taksterne i den kollektive trafik med 500 mio. kr. årligt fra den 1. januar 2013 og at afsætte en årlig pulje på 500 mio. kr. til investeringer i forbedringer af den kollektive trafik fra 2013.

Puljen til takstnedsættelser er siden blevet korigeret til 662 mio. kr. årligt. Puljen er aftalt udmøntet til takstnedsættelser på ca. 20 pct. uden for myldretiden i lokaltrafikken, hvilket vurderes at medføre en vækst i det samlede passagertal på 3-4 %. Samtidig indføres et nyt ungdomskort, hvormed man permanentgøre det hidtidige såkaldte HyperCard, og målgruppen udvides.

Parterne bag aftalen er desuden enige om at nedsætte en kommission med henblik på at analysere mulige tiltag til modernisering af infrastrukturen, reduktion af trængsel og luftforurening i hovedstadsområdet samt et yderligere løft af den kollektive trafik.

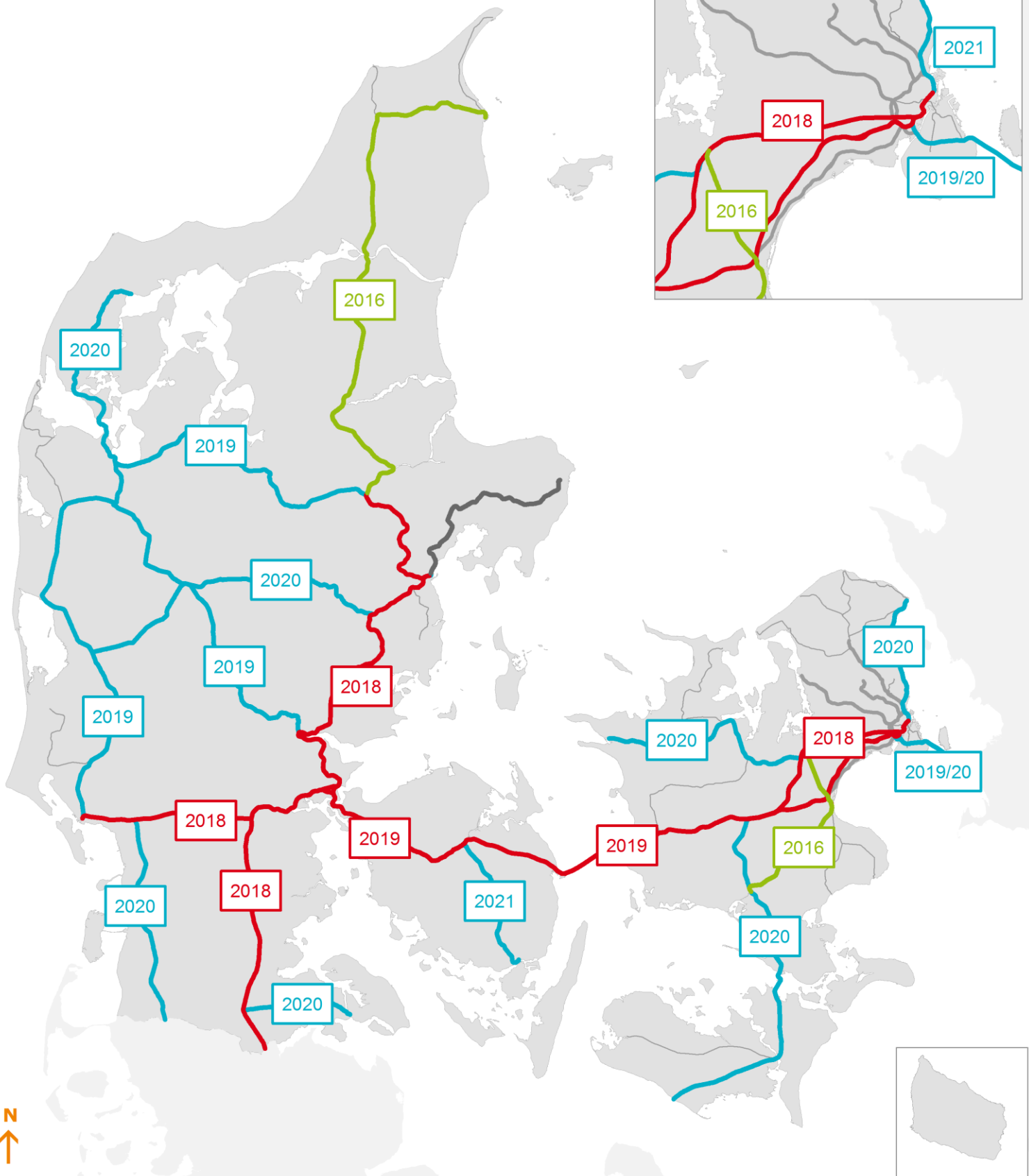
Øvrigt

Udover ovennævnte initiativer forventes forsat produktudvikling, markedsføring mv.

Andre initiativer forventes i alt at medfører 8 mio. flere passagerer pr. år i 2027.

Figur 34. Udrulningsplaner for Signalprogrammet på fjernbanen

- Første strækning
- Hovedstrækning
- Sekundær strækning
- Udstyres som letbane



Undersøgte projekter

De allerede besluttede projekter vil give den danske jernbane et stort løft. Men der er også brug for en sammenhængende strategisk planlægning og prioritering af den langsigtede indsats efter 2020, hvor hovedparten af de projekter, der på nuværende tidspunkt er igangsat eller besluttet, vil være realiseret.

De strategiske analyser

Som led i den strategiske planlægning på transportområdet gennemføres derfor to omfattende strategiske analyser af fremtidens trafikale udfordringer og de langsigtede løsningsmuligheder for fremtidens infrastruktur efter 2020.

Ideen med de strategiske analyser er allerede nu at begynde at kortlægge, hvilke langsigtede strategier for udviklingen af Danmarks vej- og banenet, der kan sættes på i fremtiden.

Arbejdet med de strategiske analyser afsluttes i 2013, hvorefter forligskredsen bag en grøn transportpolitik vil drøfte resultaterne og perspektiverne for de langsigtede prioriteringer for indretningen af Danmarks infrastruktur på den anden side af 2020.

På baneområdet er de centrale temaer:

- Fremtidens banesystem i Jylland
- Forbindelserne mellem Øst- og Vestdanmark
- Den kollektive trafik og ringforbindelserne i hovedstadsområdet

Udover de strategiske analyser iværksættes løbende en række analyser på baggrund af trafikpolitiske aftaler.

Screening af linjeføringer for Timemodellen og banebetjening af Østjylland

Trafikstyrelsen har i 2011 gennemført en første screening af tre principielt forskellige alternative hovedlinjeføringer for Timemodellen, samt af togbetjeningen i den østjyske korridor:

A. En 'grundmodel' med kortere linjeføringer og bedre banekapacitet i den nuværende banekorridor via Lillebælt mellem Odense og Aarhus.

Maksimal hastighed 200 km/t og én times rejsetid Odense-Aarhus.

B. Som alternativ til grundmodellen en direkte linjeføring mellem Odense og Horsens via en forbindelse over det nordlige Lillebælt.

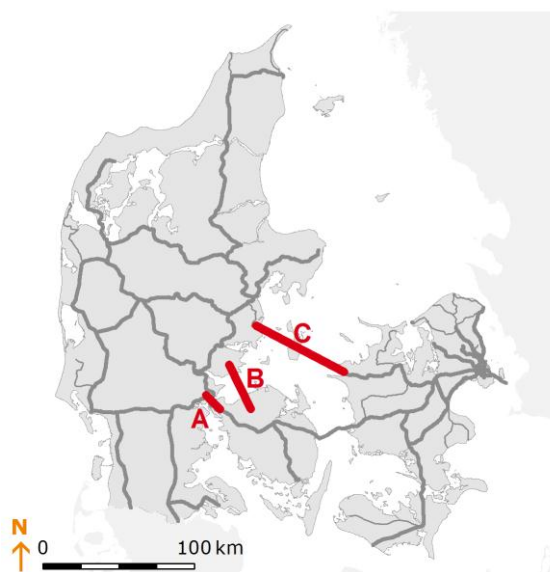
Maksimal hastighed 300 km/t og ca. 35 minutters rejsetid Odense-Aarhus.

C. Et grundlæggende alternativt koncept for timemodellen, med baggrund i en så direkte linjeføring som muligt mellem

Hovedstadsområdet og Aarhus via Kattegat.

Maksimal hastighed 300 km/t og én times rejsetid København-Aarhus.

Figur 35. Timemodellens linjeføringer



Opgradering Aarhus-Hobro til Timemodellen

Banedanmark undersøger frem til 2013 mulighederne for at forbedre rejsetider og trafikbetjening mellem Aarhus og Hobro. Overordnet mål er, at rejsetiden Aarhus-Aalborg skal bringes ned på én time som forudsat i Timemodellen.

Undersøgelsen vil blandt andet omfatte mulighederne for at tilpasse det nuværende sporlayout. Banedanmark forventer imidlertid, at justering af sporlayoutet inden for jernbanearealet ikke er tilstrækkeligt til at reducere rejsetiden til én time mellem Aarhus og Aalborg, hvorfor ændret linjeføringen visse steder samt nedlæggelse af én eller flere overkørsler også undersøges.

Ny bane Aarhus-Galten-Silkeborg

Trafikstyrelsen har i 2011 gennemført en screening af en ny direkte bane mellem Aarhus og Silkeborg. Banen til 160 km/t vil halvere rejsetiden mellem Aarhus og Silkeborg, som vil blive ca. 22-24 minutter og medføre en vækst i togpassagerer på mellem 33 % og 55 %.

Banebetjening af Billund lufthavn

Trafikstyrelsen gennemfører i 2011-2012 en forundersøgelse af muligheden for banebetjening af Billund lufthavn.

En analyse af rejsestrømme peger klart på, at en banebetjening af Billund bør tage udgangspunkt i en østlig linjeføring rettet mod Vejle, og med så gode forbindelser som muligt videre mod både Horsens-Aarhus og Fyn-Sjælland. Forlængelse til Billund by bør overvejes. En østlig linjeføring kan enten tilsluttes Vejle-Herningbanen via Jelling eller anlægges som en letbane direkte fra Vejle.

Banebetjening af Aalborg Lufthavn

Banedanmark screener mulighederne for at banebetjene Aalborg Lufthavn, enten ved en stikbane fra Aalborg eller ved en omlægning af banen Lindholm-Brønderslev, så alle banens tog betjener lufthavnen.

Letbaner i Odense og Aalborg

Odense kommune har gennemført en foranalyse, der peger på 21 km letbane i den såkaldte H-model, som har en fælles strækning i midtbyen og to grene i hver ende. Med udgangspunkt i foranalysen har kommunen iværksat en VVM-analyse/skitseprojektering.

Region Nordjylland, Nordjyllands Trafikselskab og Aalborg Kommune har offentliggjort en vision om en letbane fra Aalborg station til universitet i byens østlige del.

Med "Aftalen om takstnedsættelser og investeringer til forbedring af den kollektive trafik" er afsat penge til en forcering af letbaneprojektet i Odense og et beslutningsgrundlag for en letbane i Aalborg.

Analyse af konsekvenserne ved at anlægge nye stationer

I det fleste tilfælde betyder en ny station en forbedring for personer, der bor og arbejder omkring den nye station. Men samtidig betyder et ekstra stop, at en række passagerer får forlænget deres rejse. En stationsanalyse skal derfor opgøre fordele og ulemper for at nå frem til den samfundsøkonomisk mest optimale løsning.

Trafikstyrelsen gennemfører i 2012-13 en analyse med henblik på optimering af stationsstrukturen på det statslige banenet. De enkelte stationer (både eksisterende og mulige nye stationer) behandles ikke enkeltvis, men analyseres i sammenhæng til strækningen. Følgende parametre vil indgå i analysen af potentialerne for at optimere stationsstrukturen på en given strækning:

- Konsekvenser for banekapaciteten ved at åbne og lukke specifikke stationer
- Muligheder for betjeningskoncepter – herunder om nuværende betjeningskoncept er det mest hensigtsmæssige og hvordan en evt. ny station kan indpasses i nuværende betjeningskoncept
- Vurdering af om anden kollektiv transport kan være et alternativ – herunder om det kan være relevant med busbetjening eller letbaner
- Effekter for den øvrige togtrafik – herunder vurdering af i hvilken grad en ny station vil påvirke den øvrige togtrafik på strækningen
- Afstand mellem stationer – vurdering af strækningens samlede stationsstruktur i relation til passagerer og bystørrelser
- Samfundsøkonomi – hvor aspekter som tidsgevinster, tidstab, omkostninger til drift, anlægsomkostninger mv. indgår

S-tog til Roskilde/Helsingør

Som led i de strategiske analyser har Trafikstyrelsen screenet mulighederne for at ændre trafikeringen af Kystbanen til S-tog samt for at supplere trafikken mellem Høje Taastrup og Roskilde med S-tog.

Screeningen viser, at der med en S-togsløsning kan opnås en række fordele, blandt andet højere frekvens, flere forbindelser uden togskitte samt bedre rettidighed.

Hvis der politisk ønskes en hurtig omstilling til S-tog, peger screening på samme signalløsning som på S-banen. Ønskes i stedet en mere langsigtet løsning, peger screeningen på, at to-system-S-tog vil være den bedste løsning.

Kapacitetsforholdene i Københavns Lufthavn Kastrup

Kapaciteten gennem Københavns Lufthavn Kastrup begrænses af en udfletning for godstog vest for Kastrup, der betyder, at godstog mod Sverige skal krydse både godstog og passagertog i modsat retning i niveau.

Banedanmark skal, i tilknytning til Femern Bælt projektet, undersøge muligheder for kapacitetsforøgelse på Øresundsbanen, for eksempel en såkaldt sporsluse, hvor et godstog kan blive "parkeret" uden at genere den øvrige trafik, indtil der er plads til at køre godstoget hen over sporene fra Sverige.

Som et alternativ til en udfletning skal Banedanmark undersøge mulighederne for en alternativ benyttelse, hvor den primære ændring er, at alle tog fra København, inklusive godstog, benytter den nuværende station under Terminal 3, mens alle tog mod København benytter de nuværende godsspor, som ligger noget længere væk fra Terminal 3.

Analyse af stationskapaciteten ved Københavns Hovedbanegård

Trafikstyrelsen udfører frem til 2013 en strategisk analyse af den langsigtede udvikling af banekapaciteten i hovedstadsområdet og herunder af stationskapaciteten ved Københavns H.

De første undersøgelser af Københavns H viser, at kapaciteten er opbrugt for fjern- og regionaltog, mens København H ikke er begrænsende for kapaciteten på S-banen.

Blandt andet på grund af den nye bane mellem København og Ringsted forventes der en stor vækst i antallet af fjern- og regionaltog til og fra København H i fremtiden. Kapacitetsproblemerne på København H gør dog, at der er en risiko for, at de mange nye tog ikke vil kunne afvikles eller kun vil kunne afvikles med en meget lav kvalitet.

Bedre banebetjening i håndfladen

Transportministeriet har udarbejdet en screening af banebetjeningen i "håndfladen" i Hovedstadsområdet.

Screeningen "Øget banebetjening i hovedstadsområdet inden for Ring 3" giver et bud på fremtidige strategiske udbygningsmuligheder af banenettet indenfor Ring 3.

Selv med en metroafgrening til Nordhavn (omtalt side 37) vil der fortsat være store

områder i Storkøbenhavn, især uden for tætbym, hvor der er langt til nærmeste station. Derfor lægger screeningen op til at arbejde videre med at undersøge en række scenarier eller linjeføringer jf. Figur 36.

Resultaterne viser, at det i første omgang kan være fornuftigt at fokusere på afgreninger og forlængelse af de eksisterende metrostrækninger. Derfor anbefales igangsætning af en metroafgrening til Ny Ellebjerg. Endvidere anbefales, at der ses nærmere på de kapacitetsproblemer, der kommer på længere sigt over havnen.

Med "Aftalen om takstnedsættelser og investeringer til forbedring af den kollektive trafik" er afsat penge til undersøgelser i hovedstaden af, hvordan flere letbaner og metroudbygning kan bidrage til et sammenhængende kollektiv trafiknet.

Analyse af sammenhængende kollektivt net i hovedstadsområdet

Transportministeriet udarbejder frem til 2013 en analyse med formål at kortlægge og beskrive potentialerne ved at udvikle Ny Ellebjerg og Glostrup til nye trafikale knudepunkter. Det skal ligeledes undersøges hvordan en metroafgrening til Ny Ellebjerg kan understøtte knudepunktstankegangen.

Analysen vil bl.a. behandle trafikale muligheder, passagerpotentiale og rejsestrømme, byudviklingsperspektiver, anlægsomkostninger og langsigtede perspektiver.

I arbejdet inddrages der bl.a. erfaringer og viden fra de igangværende analyser af kapacitetsforholdene ved Københavns Lufthavn Kastrup og stationskapaciteten ved København H.

Figur 36. Bedre banebetjening i håndfladen. Mulige linjeføringer for Metro, letbane og BRT (Bus Rapid Transit) jf. Københavns Kommunes screening



Ny Ellebjerg som knudepunkt

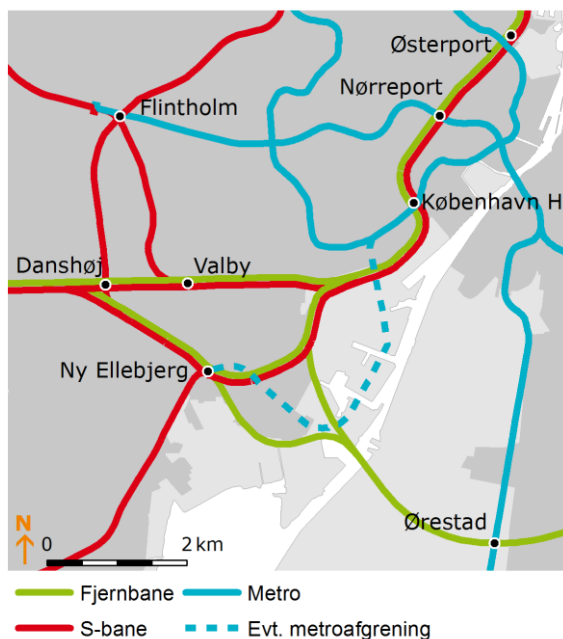
Hovedstadsområdet har i dag få centrale knudepunkter, hvor passagerer i den kollektive trafik kan skifte mellem linjer med henblik på at komme hurtigt til deres endelige rejsemål. Flere kollektive trafikknudepunkter med gode omstigningsmuligheder giver alternative rejsemuligheder og samtidig opnås et mere robust kollektivt transportsystem.

På Ny Ellebjerg station er der foruden perroner på S-banen etableret perroner på den nye bane til Ringsted. Der er dog på nuværende tidspunkt ikke planer om at anlægge perroner på Kastrupbanen.

Stationen forventes at blive taget i brug til fjern- og regionaltog i 2014 og vil i fremtiden komme til at ligge centralt i Hovedstadens kollektive trafiknet. I 2018 når København-Ringsted ibrugtages, vil både den nye bane og Kastrupbanen såvel som Ringbanen og S-banen til Køge mødes her. Ny Ellebjerg vil blive yderligere styrket såfremt der i fremtiden bliver etableret en metroafgrening hertil over Sydhavn.

Der synes dermed at være muligheder for, at passagererne i den kollektive trafik kan få et mere attraktivt tilbud med kortere rejsetider, hvis stationen udvikles til et knudepunkt.

Figur 37. Ny Ellebjerg som knudepunkt

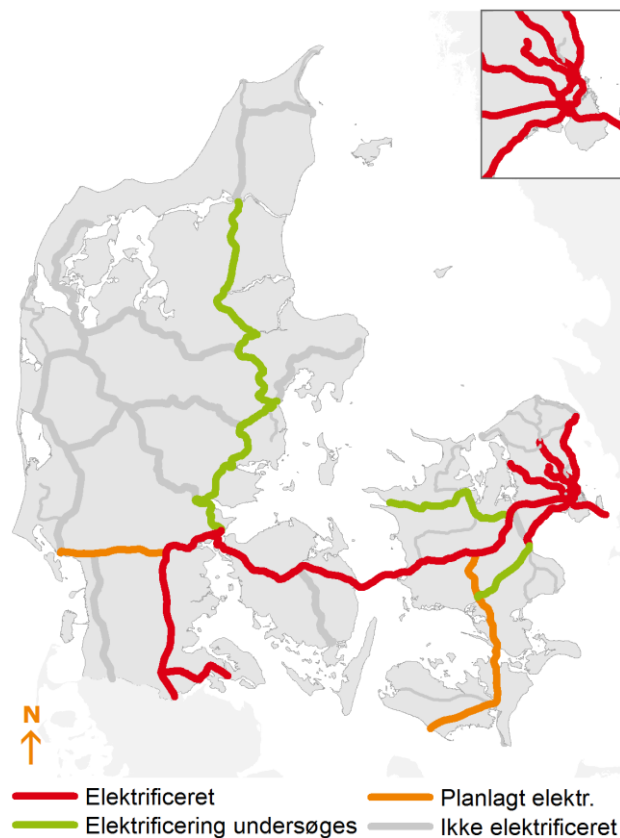


Elektrificering

Regeringen ønsker at elektrificere større dele af jernbanenettet, og det er politisk besluttet, at Banedanmarks screening af muligheder for at fortsætte elektrificeringen af fjernbanerne i Danmark skal suppleres med udarbejdelse af egentlige anlægsoverslag for elektrificering af følgende baner:

- Køge Nord - Næstved
- Roskilde - Kalundborg
- Fredericia - Aalborg.

Figur 38. Elektrificering af jernbanen



Anlægsoverslagene skal være klar, så der kan træffes politisk beslutning om de næste skridt for elektrificering af hovedstrækningerne i efteråret 2013. Beslutningen skal tilpasses både Banedanmarks signalprogram samt udskiftning af togmateriellet.

Ikke behandlede projekter

En fast forbindelse mellem Helsingør og Helsingborg og ny bane ad Ring 5 er ikke undersøgt fra statslig side og indgår ikke i trafikplanen.

Puljer

Skal der flere passagerer i den kollektive trafik gælder det om at gøre den samlede rejse så attraktiv så muligt. Der er desuden et stort uudnyttet potentiale for flere passagerer i form af rejser der starter eller slutter længere væk fra stationen. Skal nogle af disse rejser overføres til kollektiv trafik, vil det typisk kræve et skift mellem transportmidler i form af bus, cykel og bil til eller fra togstationen.

Buspuljerne

Landet over arbejdes der på mange projekter til forbedring af den kollektive trafik. Med støtte fra buspuljerne har kommunerne og trafikelskaberne sat gang i over 200 projekter. Der er disponeret eller udbetalt over 700 mio. kr. fra puljerne til disse projekter, og hertil skal lægges en betydelig egenfinansiering fra kommunernes og trafikelskabernes side.

Buspuljerne yder midler til medfinansiering til projekter, der øger bussernes sammenhæng med den øvrige kollektive trafik, herunder forbedrede adgangs- og skifteforhold samt forbedre information på terminaler og stationer. Derudover gives midler til projekter, der øger fremkommeligheden og dermed sikre højere hastighed og bedre regularitet for busserne, og endelig tildeles midler til projekter med andre tiltag, der giver flere blivende passagerer i den kollektive trafik.

I Figur 39 illustreres anlægsprojekter støttet gennem buspuljerne, der forbedrer sammenhængen mellem bus og tog ved ombygning og modernisering af

stationsforpladser samt ved at lette adgangsforholdene på og til stationer.

Udover projekterne i ovenstående figur støttes en række andre projekter som har til formål at styrke sammenhængen mellem bus og tog. F.eks. er der tildelt støttemidler til projekter, der højner informationsniveauet i busser og privatbanetog om eventuelle korrespondancer på stationer og andre knudepunkter, ligesom der er tildelt midler til formidling og koordinering af den information, som kunden har behov for, når der skal foretages rejser med skift mellem flere forskellige kollektive transportmidler.

DSB's pulje til bedre adgang til den kollektive trafik

Med DSB's pulje til bedre adgang til den kollektive trafik skal DSB sikre bedre adgang til stationerne inden for rammen af 1 mia. kr. i perioden 2009 – 2020. Puljen finansieres gennem salg af ledige DSB-arealer.

DSB er forpligtet til at etablere parkeringspladser for såvel bilister og cyklister, og dertil knyttede adgangsveje og omstigningsforhold ved stationerne. Udmøntning af puljen fremgår af Figur 40.

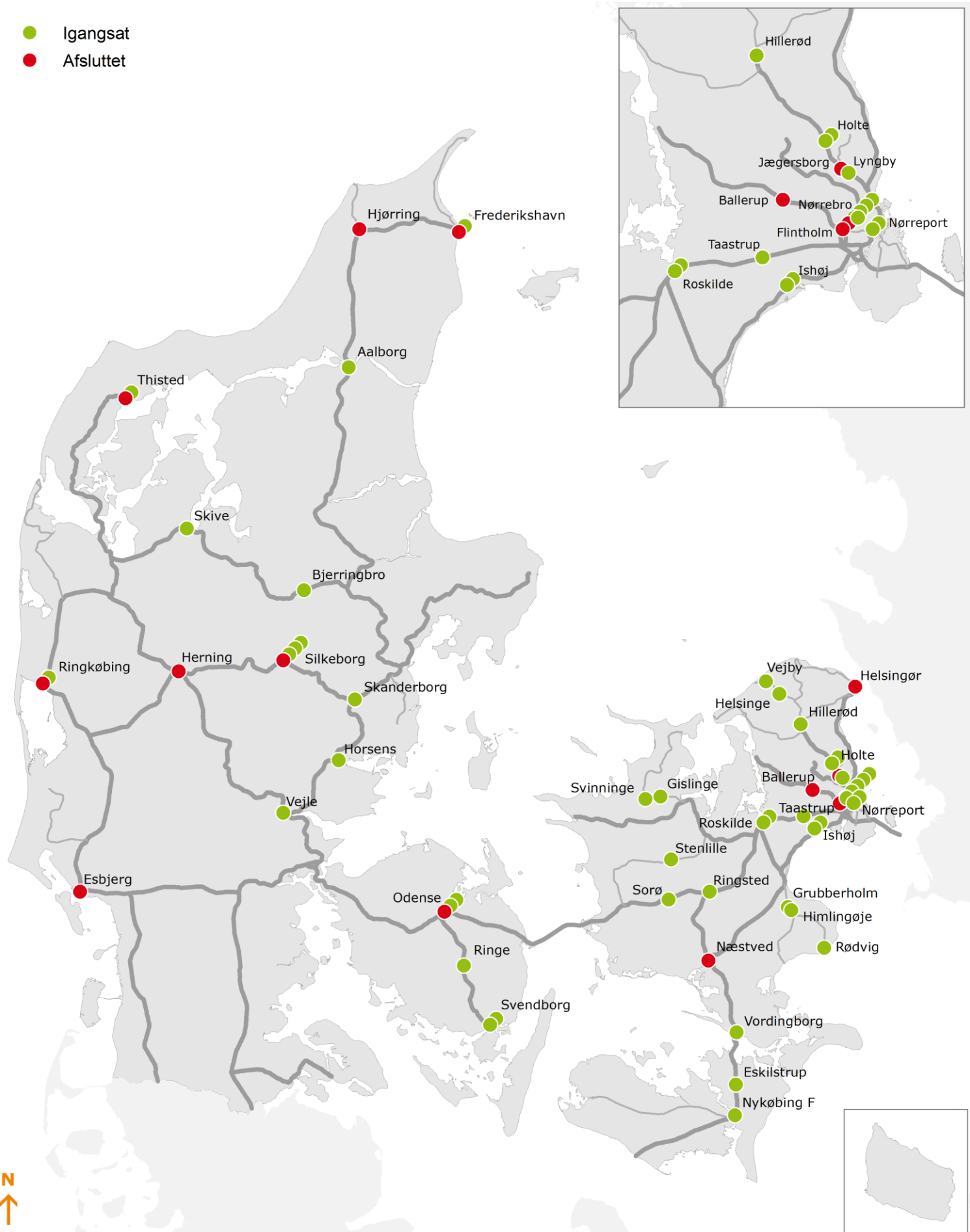
Cykelpulje

Udover ovennævnte puljer administrerer Vejdirektoratet en cykelpulje.

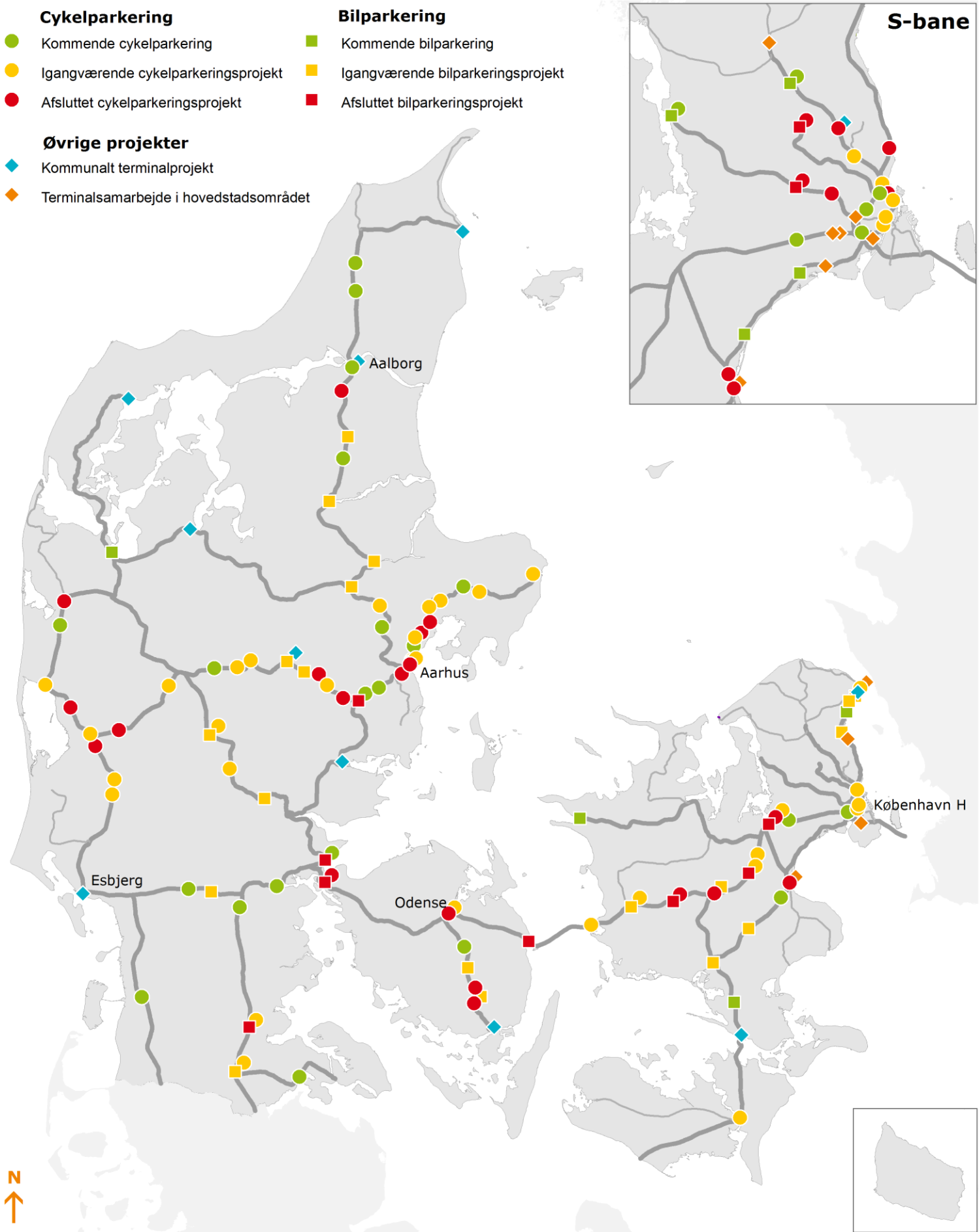
Formålet med cykelpuljen er at forbedre forholdene for cyklister, så cyklen bliver en mere attraktiv transportform – og dermed også mere attraktiv som tilbringer til den kollektive trafik.

Figur 39. Buspuljeprojekter på stationer, ansøgningsrunde 1-6

- Igangsat
- Afsluttet



Figur 40. DSBs pulje til bedre adgang til den kollektive trafik



Passagerudviklingen frem til i dag

Togtrafikken på det statslige banenet er i perioden 1995-2010 vokset med 37 % fra 4,6 mia. til 6,2 mia. personkm, primært som følge af bedre togbetjening. Etablering af Storebæltsforbindelsen og Øresundsforbindelsen inkl. Kastrupbanen har haft størst betydning.

Tog og bus udgør i dag 12 % af persontransportarbejdet. Det er en lille stigning i forhold til 1995, hvor markedsandelen var 11 %.

Som kortet næste side viser, kører der langt flest passagerer på banestrækningerne i Hovedstadsområdet og på hovedbanen mellem København og Østjylland.

Udviklingen frem til i dag (1995-2010)

Passagertrafikken på de statslige banestrækninger er vokset betydeligt i perioden 1995-2010. Således er transportarbejdet vokset 37 % fra 4,6 mia. personkm årligt til 6,2 mia. personkm årligt, svarende til en gennemsnitlig vækst på 2 % årligt. Passagerantallet er steget 20 % fra 141 mio. rejser årligt til 169 mio. rejser årligt.

Væksten er primært et resultat af markant udvidet og forbedret togbetjening. Af den

samlede vækst på 1,7 mia. personkm årligt, vurderes ca. 1,5 mia. at skyldes forbedret togbetjening. Etablering af Storebæltsforbindelsen og Øresundsforbindelsen har haft størst betydning med henholdsvis ca. 0,7 og ca. 0,4 mia. personkm., men andre projekter har også haft effekt. Ringbaneprojektet og en afsmittende effekt af metroen har tilsammen givet ca. 0,2 mia. personkm. Øvrige baneforbedringer som dobbeltspor på Frederikssundsbanen, forbedringer på Svendborgbanen, nærbane i Aarhus og Aalborg samt en række nye stationer og løbende køreplanforbedringer kan tilskrives de sidste 0,2 mia. personkm.

Baggrundsforhold som befolknings- og arbejdspladsudvikling, længere pendlingsafstande og ændret bilrådighed samt udvikling i prisforholdet mellem kollektiv og individuel trafik har imidlertid også påvirket trafikudviklingen i både positiv og negativ retning med tilsammen 0,2 mia. personkm.

Tabel 10. Transportarbejde på statens baner

mio personkm/år			ændring		skønnet årsag	
	1995	2010	total	%	betjening	baggrund
Intern S-tog	1.148	1.029	-119	-10%	96	-215
Øvr. Østdk	1.256	1.672	416	33%	255	161
Vestdk	872	1.153	281	32%	182	99
Over Storebælt	1.127	1.961	834	74%	674	160
Over Øresund	5 *)	272	266	-	266	-
Øvr. international	155	153	-2	-1%	40	-42
Sum	4.563	6.240	1.677	37%	1.513	163

Tabel 11. Passagerer på statens baner

mio rejser/år			ændring		skønnet årsag	
	1995	2010	total	%	betjening	baggrund
Intern S-tog	87	86	-1	-2%	12	-13
Øvr. Østdk	32	43	11	33%	10	1
Vestdk	15	21	5	36%	4	1
Over Storebælt	5	8	4	77%	3	1
Over Øresund	0 *)	11	10	-	10	-
Øvr. international	1	1	0	9%	0	-0
Sum	141	169	29	20%	39	-10

*) Rejser via. Helsingør - Helsingborg

Samlet set er både befolkningstal og antal arbejdspladser steget med 6%, jf. nedenstående tabeller.

Der er store regionale forskelle. I Hovedstadsområdet og Østjylland har der været betydelig vækst i både befolkning og arbejdspladser, mens der især i Vestdanmark uden for Østjylland har været stagnation eller nedgang.

Højere bilrådighed giver færre togrejser. Bilrådigheden er på landsplan steget med 22%, dog hele 31% i Hovedstadsområdet uden for København og Frederiksberg. Vest for Storebælt har den relative vækst i bilrådigheden været lidt under landsgennemsnittet.

Udviklingen i baggrundsforholdene peger dermed i forskellige retninger, og vurderes samlet set kun at have medført en begrænset vækst for transportarbejdet med tog i størrelsesordenen 0,2 mia. personkm.

Tabel 12. Befolkningsudvikling 1995-2010.

Befolkning x1000	1995	2010	Ændring
København&Frederiksberg	559	629	12%
Hovedstadsområdet i øvrigt	1.180	1.251	6%
ØstDK uden for HO	590	628	6%
Østjyske bybånd	1.172	1.301	11%
Vestdanmark i øvrigt	1.714	1.735	1%
Hele Danmark	5.216	5.544	6%

Tabel 13. Arbejdspladsudvikling 1995-2011

Arbejdspladser x1000	1995	2010	Ændring
København&Frederiksberg	334	382	14%
Hovedstadsområdet i øvrigt	555	607	9%
ØstDK uden for HO	249	248	0%
Østjyske bybånd	466	523	12%
Vestdanmark i øvrigt	933	919	-2%
Hele Danmark	2.537	2.678	6%

Tabel 14. Biler pr. 1.000 indbyggere 1995-2011

Biler pr. 1000 indb.	1995	2010	Ændring
København&Frederiksberg	173	210	21%
Hovedstadsområdet i øvrigt	290	381	31%
ØstDK uden for HO	312	379	22%
Østjyske bybånd	295	345	17%
Vestdanmark i øvrigt	321	386	20%
Hele Danmark	291	354	22%

Intern S-tog

Antal rejser internt på S-banen er stagneret i perioden, og transportarbejdet er faldet 10%. Den gennemsnitlige rejselængde er altså blevet kortere. Modsatrettede forhold har

spillet ind. På de centrale dele af S-banen er trafikken steget, mens den er faldet i byfingrene. I centralkommunerne er befolkning og arbejdspladser steget, hvilket sammen med markante forbedringer (Metro og Ringbane m.m.) har givet flere passagerer. Den samlede pendling mellem central-kommunerne og omegnen er faldet trods stigende antal arbejdspladser i centralkommunerne.

Seneste udvikling på S-banen

Passagertallet i S-togene er steget ca. 10% fra 2010 til 2011. Det skyldes primært, at man efter mange års ombygning havde et år uden sporarbejder i 2011, hvorved der er fuld effekt af de tidligere års forbedringer.

Dertil kommer ekstra passagerer bl.a. som følge af indførelsen af gratis cykelmedtagning. Også VM i cykling har bidraget med mange ekstra passagerer.

Indenfor centralafsnittet

På de centrale dele af S-banen (dvs. indenfor Ringbanen inklusive denne) er den interne passagertrafik vokset med 8,9 mio. rejser årligt og ca. 35 mio. personkm årligt, henholdsvis næsten 70% og 60%.

En stor del af væksten skyldes Ringbanens forlængelse til Ny Ellebjerg med indførelse af 5-minuttersdrift. Også på strækningen Hellerup-Valby er den interne trafik steget betydeligt. Her er togbetjeningen forbedret med en køreplan, hvor alle tog stopper på alle stationer indenfor Ringbanesnittet, hvilket har givet markante forbedringer på stationer som Svanemøllen, Nordhavn, Dybbølsbro og Enghave. Desuden er mange korte rejser på centralafsnittet blevet mere attraktive pga. metroen. Samlet vurderes forbedringer at have medført en tilgang på 6 mio. passagerer og knap 25 mio. personkm årligt.

Hertil kommer, at baggrundsudviklingen har været gunstig med en betydelig vækst i befolkning og arbejdspladser i centralkommunerne (København og Frederiksberg). Siden 1995 er befolkningstallet i centralkommunerne vokset med 12%, og antallet af arbejdspladser er vokset med 14%. De fleste nye arbejdspladser i centralkommunerne lokaliseres stationsnært, hvilket er en meget væsentlig vækstfaktor for togtrafikken. Pendlingsmønsteret har ændret sig i retning af, at flere både bor og arbejder i centralkommunerne, mens færre pendler fra de nære omegnskommuner. Det har medført flere togrejser internt på det centrale afsnit på bekostning af S-togrejser fra omegnskommunerne til København.

Tabel 15. Transportarbejde intern S-tog

mio personkm/år	1995	2010	ændring		skønnet årsag	
			total	%	betjening	baggrund
Centralafsnit *)	58	93	35	60%	24	11
Central-byfingre	836	735	-101	-12%	48	-149
Øvrige	253	201	-53	-21%	24	-76
Sum	1.148	1.029	-119	-10%	96	-215

Tabel 16. Passagerer intern S-tog

mio rejser/år	1995	2010	ændring		skønnet årsag	
			total	%	betjening	baggrund
Centralafsnit *)	14	23	9	67%	6	3
Central-byfingre	50	44	-6	-12%	3	-9
Øvrige	24	19	-5	-21%	3	-8
Sum	87	86	-1	-2%	12	-13

*) dvs. rejser indenfor Ringbanen (inklusive denne).

Mellem centralafsnittet og byfingrene

Mellem centralafsnittet og byfingrene er trafikken faldet 12%, en nedgang på 6 mio. rejser og godt 100 mio. personkm årligt. Der er tale om væsentlige trafikstrømme i korridorer, hvor togandelen ellers er særlig høj pga. kombinationen af god togtilgængelighed og dårlig biltilgængelighed, herunder besværlige parkeringsforhold i centralkommunerne, som ikke er blevet mindre besværlige i perioden.

Togudbuddet er stort set uændret i byfingrene, bortset fra mindre forbedringer på Frederikssundsfingeren og Farumfingeren. Der er dog sket mærkbare forbedringer som følge af metroen og Ringbaneforlængelsen. Uden disse forbedringer ville trafikken mellem centralafsnittet og byfingrene være faldet mere, formentlig op mod 20%.

Årsagen til nedgangen er bl.a., at den samlede pendling fra byfingrene til centralkommunerne er faldet med omkring 6% i perioden 1995-2010, trods stigende antal arbejdspladser i centralkommunerne. I stedet pendles mere på tværs af byfingrene. Dertil kommer, at bilbestanden i hovedstadsområdet udenfor centralkommunerne er steget fra ca. 300 til ca. 400 biler pr. 1000 indbyggere. I København og Frederiksberg er bilrådigheden lidt over 200 biler pr. 1000 indbyggere, hvilket også er markant flere end tidligere.

Desuden bliver størstedelen af arbejdspladserne uden for centralkommunerne - trods indførelse af stationsnærhedsprincippet i 1989 -

gennemgående lokaliseret langt fra stationerne. I de ydre byfingre er omkring 70% af arbejdspladstilvæksten lokaliseret mere end 1 km fra en station. Lokalisering langt fra stationerne er i meget høj grad med til at svække den kollektive trafik i forhold til bilen.

Endelig har billetpriserne udviklet sig ugunstigt i forhold til bilkørselsomkostninger, hvilket har medvirket til faldende toganvendelse.

Øvrige

Den interne trafik i de enkelte byfingre er faldet 21%, en nedgang på 5 mio. rejser og ca. 50 mio. personkm årligt. Det faldende passagertal i S-togene er sket på trods af stigning i befolkningstallet på 6% og stigning i antal arbejdspladser på 9% i Hovedstadsområdet uden for centralkommunerne.

Togbetjeningen er grundlæggende uændret bortset fra visse forbedringer i Farumfingeren og Frederikssundsfingeren. Sidstnævnte som følge af dobbeltsporsudbygning mellem Ballerup og Frederikssund. Årsagen skal som ovenfor findes i stigende bilrådighed, der medfører ændrede pendlingsmønstre med stigende bilbaseret pendling på tværs af byfingrene samt faldende togmarkedsandele indenfor byfingrene.

Trafikken mellem byfingrene er ubetydelig for S-banen pga. for dårlig konkurrenceevne i disse relationer, uanset den tiltagende pendling på tværs af byfingrene.

Tabel 17. Transportarbejde øvrig trafik øst for Storebælt

mio personkm/år			ændring		skønnet årsag	
	1995	2010	total	%	betjening	baggrund
Intern HO	574	740	166	29%	172	-6
HO – øvr. Østdk	604	840	237	39%	75	162
Intern øvr. Østdk	78	91	13	17%	8	5
Sum	1.256	1.672	416	33%	255	161

Tabel 18. Passagerer øvrig trafik øst for Storebælt

mio rejser/år			ændring		skønnet årsag	
	1995	2010	total	%	betjening	baggrund
Intern HO	21	29	8	35%	8	-1
HO – øvr. Østdk	8	10	3	35%	1	2
Intern øvr. Østdk	3	3	0	11%	0	-0
Sum	32	43	11	33%	10	1

Øvrig trafik øst for Storebælt

Den interne trafik øst for Storebælt er steget betydeligt, godt 30%, i perioden 1995-2010, hvilket først og fremmest er et resultat af, at togbetjeningen er betydeligt udvidet og forbedret henover perioden.

Især har etablering af en bane til Kastrup haft betydning, men også en række løbende køreplanforbedringer samt bedre muligheder for at komme videre rundt i tætbyen med Metro og Ringbane har haft mærkbar betydning.

Hertil kommer betydningen af en markant øget pendling mellem hovedstadsområdet og øvrige Sjælland i perioden 1995-2010, der har været så kraftig, at det trods øget biltæthed m.v. har betydet stigning i passagerantal.

Indenfor hovedstadsområdet

Passagertrafikken indenfor hovedstadsområdet er vokset betydeligt med 8 mio. rejser og knap 170 mio. personkm årligt, henholdsvis 35% og knap 30%. Væksten er næsten udelukkende et resultat af en stærkt forbedret togbetjening siden 1995.

Først og fremmest har banen til Kastrup, som åbnede i 1998, medført en stigning på ca. 5 mio. rejser og knap 90 mio. personkm. Andre forbedringer i togbetjeningen vurderes tilsammen at have medført ca. 3 mio. flere rejser og ca. 120 mio. ekstra personkm årligt. Der er dels tale om løbende køreplanudvidelser. Dels er det en afsmittende effekt af metroen og forbedringer på S-banen, herunder især Ringbanen.

Baggrundsudviklingen synes samlet set at have medført et uændret antal rejser. Der har

været en befolknings- og arbejdspladsvækst på 5-10% i Helsingør- og Roskildefingeren, som har ført til en stigende intern pendling i byfingrene. Til gengæld har der været faldende indpendling til København.

Udviklingen er præget af stigende biltæthed samt motorvejsudbygninger, der har fundet sted på Helsingørsmotorvejen, Motorringvejen, omkring Roskilde og på Køgebugtmotorvejen samt den nybyggede motorvej mellem Sjælland og Amager over Kalvebod. Også ugunstig billetprisudvikling i forhold til bilkørselsomkostninger har negativ indvirkning på antal togpassagerer.

Mellem hovedstadsområdet og øvrige Sjælland
Passagertrafikken mellem hovedstadsområdet og øvrige Sjælland er vokset betydeligt med 3 mio. rejser og knap 250 mio. personkm årligt, ca. 35%.

Væksten er dels et resultat af løbende køreplanforbedringer, som har fundet sted på alle strækninger. Desuden er der en vis effekt af banen til Kastrup samt afsmittende effekt af metroen m.m. Tilsammen vurderes udbudsforbedringer at have medført en tilvækst på 1 mio. rejser og omkring 75 mio. personkm årligt.

Hertil kommer en markant baggrundsvækst, som har betydet en vækst på 2 mio. rejser og 160 mio. personkm årligt. Årsagen er, at den samlede pendling fra de større sjællandske byer til hovedstadsområdet er steget med 50% fra 1995 til 2010. At det alligevel "kun" har medført ca. 25% mere togtrafik hænger sammen med ovenfor nævnte stigende biltæthed og ændrede konkurrenceforhold mellem bil og bane.

Indenfor øvrige Sjælland

Den interne trafik udenfor hovedstadsområdet er også steget, men kun med 11% flere rejser og knap 15 mio. personkm årligt. Væksten er primært et resultat af den forbedrede togbetjening siden 1995.

Baggrundsudviklingen har samlet set ikke medført flere rejser. Langs de sjællandske regionalbaner har der været befolkningsvækst på 5-10%, men en lille nedgang i antal arbejdspladser.

Vest for Storebælt

Den interne trafik vest for Storebælt er steget betydeligt i perioden 1995-2010. Således er transportarbejdet vokset 32% og passagerantallet 36%.

Størst betydning har trafikken i Østjylland (her defineret som korridoren fra Odense og Kolding til Randers og samt korridoren Aarhus-Silkeborg). En tredjedel af trafikken vest for Storebælt rejser i dag internt i denne korridor, og yderligere en tredjedel skal til og fra denne korridor fra andre områder vest for Storebælt. Stort set hele væksten vest for Storebælt vedrører Østjylland.

Intern og til/fra Østjylland

I Østjylland er passagertallet vokset med ca. 65% i perioden 1995-2010, en vækst på 5 mio. rejser og godt 300 mio. personkm årligt. For rejser internt i det østjyske bybånd har stigningen endda været endnu større, omkring 80%, svarende til en vækst på 3 mio. rejser og ca. 175 mio. personkm. For øvrige rejser relateret til Østjylland er passagertallet vokset med godt 50%, en vækst på 2 mio. rejser og ca. 130 mio. personkm.

Der er flere årsager til den markante vækst.

En del skyldes nye stationer og forskellige køreplanudvidelser, som i alt vurderes at have medført ca. 2 mio. flere rejser og ca. 120 mio. flere personkm. På strækningen Fredericia-Aarhus kører i dag ca. en tredjedel flere tog end i 1995. På strækningen Aarhus-Silkeborg er udbuddet fordoblet. Desuden er der bedre forbindelser internt i trekantsområdet.

Forbedringerne skønnes at have bidraget op til 20% for interne østjyske rejser og 10% for rejser mellem Østjylland og øvrige områder vest for Storebælt. Desuden er der åbnet tre nye stationer: Viby J og Hørning i 2003 som en del af nærbaneprojektet i Aarhus og Hedensted i 2006. De tre nye stationer har bidraget ca. 0,6 mio. rejser årligt.

Hertil kommer en betydelig baggrundsvækst. Som det eneste område i Jylland har der i det østjyske bybånd været vækst i både befolkning og arbejdspladser på omkring 11-12%, hvilket i sig selv har bidraget med en vækst i passagertallet.

Pendlingsmønstrene har også ændret sig, hvilket er en meget væsentlig vækstfaktor. Flere pendler længere, ikke mindst mellem de store stationsbyer, hvor togandelen er relativt stor, dog stadig væsentligt lavere end pendlingen fra Sjælland mod København. Den lavere togandel i Østjylland sammenlignet med pendlingen til København skyldes bl.a. den væsentlig bedre biltilgængelighed, herunder bedre parkeringsmuligheder. Dertil kommer at langt størstedelen af byudviklingen i Østjylland sker langt fra stationerne.

Tabel 19. Transportarbejde intern trafik vest for Storebælt

mio personkm/år			ændring		skønnet årsag	
	1995	2010	total	%	betjening	baggrund
Intern Østjylland	212	385	173	82%	47	126
Til/fra Østjylland	394	525	131	33%	78	53
Øvrige	266	243	-23	-9%	57	-80
Sum	872	1.153	281	32%	182	99

Tabel 20. Passagerer intern trafik vest for Storebælt

mio rejser/år			ændring		skønnet årsag	
	1995	2010	total	%	betjening	baggrund
Intern Østjylland	4	8	3	78%	1	2
Til/fra Østjylland	4	6	2	54%	1	1
Øvrige	7	7	-0	0%	2	-2
Sum	15	21	5	36%	4	1

Pendlingen mellem de større byer i det østjyske bybånd er steget med omkring 70%. Pendlingen til Aarhus fra de øvrige større østjyske byer er endda omtrent fordoblet. Der har også været en væsentlig stigning i pendlingen fra andre større byer i Jylland til byerne i det østjyske bybånd. Længere pendlingsafstande har medført passagervækst, idet togets markedsandel vokser med stigende pendlingsafstand.

En modsat rettet faktor er stigende biltæthed samt motorvejsudbygninger (bl.a. mellem Aarhus og Herning og ved Vejle Fjord), hvilket dog ikke har opvejet effekten af de ændrede rejsemønstre.

Øvrige rejser vest for Storebælt

Den øvrige trafik vest for Storebælt er stort set uændret i perioden 1995-2010.

Stagnationen dækker dog over en kombination af en vækst som følge af nye stationer og køreplanudvidelser, som i alt vurderes at have medført knap 2 mio. nye rejser, og en stort set tilsvarende nedgang pga. ugunstige baggrundsforhold.

Nogle steder er der samlet set tale om nedgang, mens man andre steder, hvor der er realiseret forbedringer, har oplevet en mindre vækst. Fx har der været et fald på strækningen fra Esbjerg til Tønder, men vækst omkring Aalborg.

Åbning af fem stationer på den nye Aalborg Nærbane med tilhørende køreplanudvidelser, samt fire nye stationer i Midt- og Vestjylland (Gjesing i Esbjerg, Varde Kaserne, Birk Centerpark øst for Herning og Herning Messecenter), har tilsammen bidraget med ca. 0,7 mio. rejser årligt.

Hertil kommer køreplanforbedringer mellem Aarhus og Herning, Aarhus og Viborg, Esbjerg og Varde samt omfattende forbedringer på Svendborgbanen, der tilsammen vurderes at have medført i størrelsesordenen 1,3 mio. flere rejser årligt. Desuden har togene kørt med høj driftsstabilitet

Til gengæld har baggrundsudviklingen medført en nedgang. Befolkningen udenfor Østjylland er kun vokset ganske lidt i perioden 1995-2010, men i større byer som fx Herning, Viborg og Holstebro har der været en befolkningsvækst på omkring 5% på bekostning af befolkningsnedgang i

landområderne og de mindre byer. Tilflytningen til de større byer har umiddelbart en positiv effekt på toganvendelsen. Det samme gælder generelt længere pendlingsafstande blandt midt- og vestjyderne.

I modsat retning trækker højere biltæthed, samt en forrykkelse af konkurrenceforholdet mellem bil og bane, dels pga. ugunstig prisudvikling, og dels pga. at der siden 1995 er sket en del højklassede vejudbygninger – motorveje og omfartsveje – især i Nordjylland og i Midt- og Vestjylland samt motorvej på Fyn. Dette har haft en negativ effekt på togenes passagertal, som overstiger betydningen af længere pendling og tendens til koncentration af befolkning og arbejdsplads i de større byer.

Over Storebælt

Trafikken over Storebælt er steget ca. 75% i perioden 1995-2010, en vækst på 0,8 mia. personkm og 4 mio. rejser årligt.

Storebæltsforbindelsen, der blev taget i brug 1997, skar lidt over en time af rejsetiden. Desuden blev IC-trafikken udvidet fra timesdrift til halvtimesdrift. Fra 1996-2000 steg trafikken over Storebælt fra 4,7 til 6,7 mio. rejser årligt (et mindre midlertidigt fald i 1998 skyldes bilbroens ibrugtagning). Efterfølgende er trafikken steget yderligere til knap 8,4 mio. rejser årligt. En del skyldes yderligere planforbedringer med lyntog hver time.

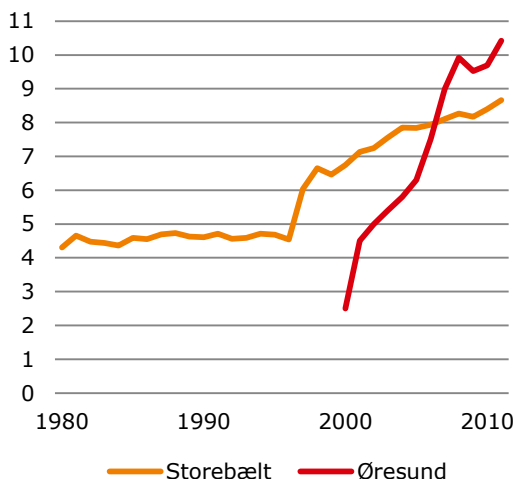
Desuden er der afsmittende effekt fra Øresundsprojektet med banen til Kastrup fra 1998 samt for metroen fra 2002. Rejsende over Storebælt til Kastrup (samt Tårnby og Ørestad) omfatter i 2010 ca. 0,8 mio. rejser og ca. 200 mio. personkm, hvilket har været stigende i takt med flytrafikkens udvikling. Uden Storebælts- og Øresundsprojektet ville denne trafik sandsynligvis have været ubetydelig.

Det meste af trafikstigningen over Storebælt vurderes således at være relateret til projekter og køreplanforbedringer, kun en mindre del tilskrives baggrunds-vækst. Det kan underbygges af, at trafikken over Storebælt i de 15 år forinden var stort set konstant.

Beregningsmæssigt er antaget, at væksten siden 2005 kan tilskrives baggrundsforhold, men der er tale om en ret usikker vurdering.

Figur 42. Udviklingen over Storebælt og Øresund

mio.rejser årligt



Note: Antal rejser på Øresundsbroen år 2000 er efter broens åbning 1. juli 2000. Der var 3,6 mio. rejser med hurtigbåd over Øresund i 1999.

Over Øresund

Trafikken over Øresund udgjorde godt 250 mio. personkm (regnet til landegrænsen) og 11 mio. rejser i 2010, heraf er 0,8 mio. rejser og knap 20 mio. personkm årligt via Helsingør-Helsingborg.

Trafikken over Øresundsbroen har gennem de første godt ti år været præget af to vidt forskellige perioder. I perioden fra 2000 til foråret 2008 voksede persontrafikken markant fra ca. 4½ mio. rejser til ca. 10 mio. rejser. Det var i særlig grad pendlingstrafikken, som

voksede, hvilket i høj grad var drevet af stigende forskel i arbejdskraftefterspørgsel og boligpriser på dansk og svensk side i en periode med højkonjunktur.

I 2009-2010 var Øresundstrafikken stagnerende, men det seneste år er den igen vokset, hvilket formentlig har en nær sammenhæng med Citytunnelen i Malmø, der blev taget i brug i december 2010.

Lufthavnen i Kastrup har på nær et enkelt år (2009) haft et stigende antal flypassagerer gennem hele perioden, hvilket har afsmittende virkning på togtrafikken både over Øresund og internt på dansk side.

Uden den faste Øresundsforbindelse ville der ikke have været nogen trafik, og derfor tilskrives hele trafikomfanget de gennemførte forbedringer i togudbuddet.

Øvrige international

Den øvrige internationale trafik har gennemgået betydelige ændringer siden 1995, selvom det samlede antal rejser og transportarbejde er nogenlunde det samme. I 1995 fandtes et forholdsvis udbredt internationalt togsystem med forbindelser til store dele i Europa. Dette marked er i al væsentlighed overtaget af flytrafik i dag, som har haft markant faldende priser og udvidede rutenet i perioden. Tilbage findes primært togforbindelser til Hamburg og Berlin, hvortil samkvemmet til gengæld er langt større end tidligere. Hertil kommer forbindelse til Bornholm i sammenhæng med Øresundsforbindelsen.

Passagerudviklingen de kommende år

Fra 2010 til 2027 forventes persontrafikken på det statslige banenet at stige fra 6,2 til 9,4 mia. personkm årligt, hvilket er en vækst på 50%. På det samlede banenet forventes persontrafikken at stige fra 6,6 til 10,8 mia. personkm årligt. Væksten på det statslige banenet er dels et resultat af besluttede baneprojekter, dels resultat af udviklingen i en række baggrundsforhold såsom befolkningsudvikling, arbejdspladsudvikling og udvikling i bilejerskab m.m. (baggrundsvækst).

Persontrafikken på det statslige banenet forventes at vokse med 50% fra 2010 til 2027. Det er en gennemsnitlig årlig vækst på knap 2,5%. Men der er, som det fremgår af nedenstående tabeller, store regionale forskelle i passagerudviklingen. Tabellerne viser den forventede passagerudvikling frem til 2027 fordelt på hovedsegmenter.

Tabel 21. Forventet udvikling i transportarbejde 2010-2027 fordelt på hovedsegmenter

mia personkm	2010	2017	2022	2027
Intern S-bane	1,0	1,2	1,1	1,2
Øvr. intern Østdanmark	1,7	1,9	2,4	2,5
Intern Vestdanmark	1,2	1,4	1,5	1,5
Over Storebælt	2,0	2,4	3,1	3,4
Over Øresund	0,3	0,4	0,4	0,4
Øvrig udland	0,2	0,2	0,4	0,4
Total statslige baner	6,2	7,4	8,9	9,4
Øvrige baner*	0,4	0,7	1,2	1,4
Total alle baner	6,6	8,1	10,1	10,8

* Metro, letbaner og privatbaner

Tabel 22. Forventet udvikling i passagerer 2010-2027 fordelt på hovedsegmenter

mio rejser	2010	2017	2022	2027
Intern S-bane	86	94	96	98
Øvr. intern Østdanmark	43	48	56	58
Intern Vestdanmark	21	23	24	24
Over Storebælt	8	10	14	15
Over Øresund	11	15	16	17
Øvrig udland	1	1	2	2
Total statslige baner	169	191	208	214

Note: I opgørelsen indgår hver rejse kun i ét segment. En rejse fra Hillerød til Aarhus optræder fx kun i "Over Storebælt" uanset, at S-tog er anvendt fra Hillerød til København H, hvor der skiftes til lyntog. Segmentet "Intern S-bane" indeholder således kun rene S-bane rejser, hvorfor tallet ikke svarer til det samlede antal rejser med S-tog.

Årsag til passagerudvikling

En stor del af den samlede vækst skyldes besluttede udbygninger af banenettet, som i

perioden 2010-2027 forventes at medføre en vækst på 1,6 mia. personkm.

Størst betydning har den nye bane mellem København og Ringsted via Køge, som er første afgørende skridt i visionen om en timemodel mellem København, Odense, Aarhus og Aalborg. Der forventes en samlet vækst på 0,6 mia. personkm i 2027, hvor især trafikken over Storebælt har betydning. Desuden opnås betydelig vækst i regionaltrafikken øst for Storebælt, hvor en mærkbar del vil være overflyttet fra S-tog mellem Køge og København.

Øvrige baneudbygninger forventes at medføre samlet vækst på 0,7 mia. personkm i 2027. Her er det især Femern Bælt-forbindelsen og udbygning til 200 km/t mellem Ringsted og Odense, samt signalprogrammet og afledte effekter af metro og letbaner, der har betydning.

Andre initiativer som Rejsekort, takstnedsættelser mv. forventes at medføre en samlet vækst på 0,3 mia. personkm i 2027.

Omtrent halvdelen af den samlede vækst frem til 2027 er en baggrundsvækst på 1,5 mia. personkm, som dels skyldes befolkningsvækst centreret omkring de større byer, og dels en fortsat forskydning i generel adfærd mod længere rejser, som lettere tiltrækkes med tog end korte rejser.

Uden for det statslige banenet forventes en meget betydelig vækst som følge af metroens udvidelse med en Cityring samt letbaner i Aarhus og i den københavnske vestegn på Ring 3. Også på privatbanerne forventes vækst.

En deltaljeret opgørelse af årsagerne til den forventede passagerudvikling i rejser og transportarbejde fremgår af Tabel 23 og Tabel 24.

Tabel 23. Årsager til forventet passagerudvikling på statslige baner 2010-2027

mio rejser/år	Intern S-tog	Øvr. in- tern Øst	Intern Vest	Store- bælt	Øre- sund	Øvr. Udland	Total
Situation 2010	86,0	42,6	20,8	8,3	10,5	1,0	169,2
Langå-Struer	-	-	0,1	0,0	-0,0	-0,0	0,1
Langeskov	-	-	0,2	0,1	0,0	-0,0	0,3
Nordbanen	0,8	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,9
Nordvestbanen	-	1,1	-	0,0	0,0	0,0	1,1
Vamdrup-Vojens	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Letbane Århus	-	-	-0,7	0,1	-	0,0	-0,6
Gødstrup	-	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2
København-Ringsted	-1,9	5,2	-	1,7	0,0	0,1	5,1
Hobro-Aalborg	-	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Metrocityring	-2,4	1,6	-	0,1	0,2	0,1	-0,4
Letbane Ring3	2,7	-0,1	-	-	-	-	2,5
Hillerød Syd	0,3	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,3
Ringsted-Odense	-	0,0	-0,0	0,5	0,0	0,0	0,5
Femernbælt	-	-	-	-	-	1,1	1,1
Signalprogrammet	1,6	0,4	0,2	0,1	-	0,0	2,3
Baneprojekter total	1,1	8,2	0,0	2,8	0,2	1,2	13,6
Andre initiativer	4,5	2,3	1,1	0,5	-	0,0	8,4
Baggrundsvækst	6,4	4,5	2,4	3,3	6,3	0,0	22,8
Situation 2027	98,0	57,6	24,4	14,9	17,0	2,2	214,1

Tabel 24. Udvikling i transportarbejde 2010-2027 fordelt på årsag

Mio personkm	Intern S-tog	Øvr. in- tern Øst	Intern Vest	Store- bælt	Øre- sund	Øvr. Udland	Total
Situation 2010	1.029	1.672	1.153	1.961	272	156	6.244
Langå-Struer	-	-	8	1	-0	-0	9
Langeskov	-	-	9	14	0	-0	23
Nordbanen	18	1	-	0	1	0	20
Nordvestbanen	-	50	-	3	0	0	54
Vamdrup-Vojens	-	-	1	2	1	2	6
Letbane Århus	-	-	10	44	-0	-0	54
Gødstrup	-	-	5	2	0	0	7
København-Ringsted	-94	286	-	343	6	12	552
Hobro-Aalborg	-	-	13	4	0	0	17
Metrocityring	7	92	-	48	3	16	165
Letbane Ring3	18	-6	-	-	-	-	12
Hillerød Syd	7	1	-	2	0	0	10
Ringsted-Odense	-	2	-1	94	2	1	98
Femernbælt	-	-	-	-	-	193	193
Signalprogrammet	19	18	11	22	-	0	69
Baneprojekter total	-25	443	56	578	12	224	1.288
Andre initiativer	56	92	66	121	-	0	334
Baggrundsvækst	114	267	259	700	161	0	1.502
Situation 2027	1.173	2.474	1.534	3.360	445	381	9.367

Tabel 25. Transportarbejde intern S-tog 2012-2027

mio personkm /år	2010	2027	ændring		skønnet årsag	
			total	%	betjening	baggrund
Centralafsnit *)	93	89	-4	-5%	-6	1
Central-byfingre	735	832	97	13%	10	87
Øvrige	201	252	51	26%	26	25
Sum	1.029	1.173	144	14%	31	114

Tabel 26. Passagerer intern S-tog 2012-2027

mio rejser/år	2010	2027	ændring		skønnet årsag	
			total	%	betjening	baggrund
Centralafsnit *)	23	22	-2	-7%	-2	0
Central-byfingre	44	51	8	17%	3	4
Øvrige	19	25	6	32%	4	2
Sum	86	98	12	14%	6	6

*) dvs. rejser indenfor Ringbanen (inklusive denne).

Intern S-tog

Antal rejser internt på S-banen forventes tilsammen at stige med 12 mio. rejser (144 mio. personkm) årligt, en vækst på 14%.

Kortere køretid på Nordbanen mellem Lyngby og Hillerød samt ny station syd for Hillerød giver ca. 1 mio. nye rejser (25 mio. personkm) årligt. Der forudses ikke andre ændringer af togbetjeningen, men en række baneprojekter har modsatrettet afsmittende betydning.

Metrocityring giver et samlet minus på godt 2 mio. rejser, men stort set uændret transportarbejde. Indenfor centralafsnittet sker en nettooverflytning fra S-banen på godt 3 mio. rejser (11 mio. personkm) årligt. Mellem centralafsnittet og byfingrene opnås til gengæld en vækst på 1½ mio. rejser (21 mio. personkm) årligt. Endelig regne OTM med, at Metrocityringen vil medføre en generel omfordeling af aktivitet i hovedstadsområdet mod centralkommunerne, hvilket giver et minus internt i byfingrene på knap ½ mio. rejser årligt (3 mio. personkm).

København-Ringsted medfører et minus på 2 mio. rejser (94 mio. personkm) årligt, hvilket altovervejende skyldes en overflytning fra Køge Bugt Banen til den ny bane via Køge.

Letbane i Ring 3 giver et samlet plus på godt 2½ mio. rejser (18 mio. personkm) årligt, primært i form af korte rejser internt i byfingrene til letbanens knudepunkter.

Endelig forventes signalprogrammet og andre initiativer tilsammen at give et plus på ca. 6 mio. rejser (75 mio. personkm) årligt.

Udvikling i baggrundsforhold jf. TIM forventes at medføre vækst på ca. 6½ mio. rejser (114 mio. personkm) årligt.

Udover de interne S-togsrejser anvendes S-tog ofte i kombination med regional- og fjern tog. Det samlede antal rejser med S-tog forventes i alt at stige fra 93 mio. rejser i 2010 til 107 mio. rejser i 2027.

Øvrig trafik øst for Storebælt

Den interne trafik øst for Storebælt forventes at stige mærkbart med 15 mio. rejser (802 mio. personkm) årligt frem til 2027, ca. en tredjedel mere end i 2010, hvilket er omtrent samme relative vækst, man har oplevet de seneste 15 år med bl.a. ny bane til Kastrup.

Størst betydning får den ny bane mellem København og Ringsted, som forventes at medføre godt 5 mio. flere rejser (286 mio. personkm) årligt. Det er dels pga. helt nyt hurtigt togprodukt til Næstved via Køge, som medfører overflytning fra Køge Bugt Banen samt nye passagerer fra bl.a. Haslev, men også effekt af en række forudsatte køreplanforbedringer i regionaltrafikken på både Vestbanen og Sydbanen.

Desuden forventes en betydelig afsmittende virkning af metrocityringen på knap 2 mio. flere rejser (92 mio. personkm) årligt i den sjællandske regionaltrafik.

Hertil kommer udbygning af Nordvestbanen med flere og hurtigere tog, som forventes at medføre ca. 1 mio. flere rejser (50 mio. personkm) årligt. Øvrige baneprojekter, primært Signalprogrammet, forventes tilsammen at medføre ca. ½ mio. flere rejser årligt. Andre initiativer – rejsekort, takstnedsættelse etc. – forudsættes at give 2 mio. flere rejser årligt.

Udvikling i baggrundsforhold forventes at give 4½ mio. flere rejser (267 mio. personkm) årligt.

Tabel 27. Transportarbejde øvrig øst for Storebælt 2012-2027

mio personkm/år	2010	2027	ændring		skønnet årsag	
			total	%	betjening	baggrund
Intern HO	740	1.051	310	42%	220	90
HO – øvr. Østdk	840	1.313	473	56%	301	172
Intern øvr. Østdk	91	110	19	21%	13	6
Sum	1.672	2.474	802	48%	535	267

Tabel 28. Passagerer øvrig øst for Storebælt 2012-2027

mio rejser/år	2010	2027	ændring		skønnet årsag	
			total	%	betjening	baggrund
Intern HO	29	38	9	31%	6	3
HO – øvr. Østdk	10	16	5	51%	4	2
Intern øvr. Østdk	3	4	1	18%	1	0
Sum	43	58	15	35%	11	4

Vest for Storebælt

Trafikken vest for Storebælt forventes at stige med 3½ mio. rejser (380 mio. personkm) årligt frem til 2027, det er 17% flere rejser, men 33% større transportarbejde, dvs. gennemsnitsrejselængden stiger fra 55 til 63 km.

Det meste af væksten vedrører Østjylland, hvor trafikken stiger med godt 2½ mio. rejser årligt frem til 2027. Dette er dog en mere beskeden vækst end oplevet de seneste 15 år, hvor trafikken voksede med 5½ mio. rejser.

Årsagen er dels, at Grenaabanen forventes at udgå af det statslige net, hvorved ca. 1 mio. interne rejser årligt overføres til letbanen. Letbanen forventes dog til gengæld at medføre ca. 0,3 mio. nye rejser på de statslige baner vest for Storebælt.

Andre baneprojekter – signalprogrammet, station i Langeskov samt opgradering af

Langå-Struer og Hobro-Aalborg – medfører tilsammen ca. ½ mio. flere rejser årligt. Andre initiativer vurderes tilsammen at medføre knap 1 mio. flere rejser årligt.

Hertil kommer udvikling i baggrundsforhold, som jf. TIM vil medføre 2 mio. flere rejser årligt. Dette er kun det halve i forhold til de seneste 15 år, hvor baggrundsudvikling vurderes at have betydet ca. 4 mio. flere rejser årligt.

Den øvrige trafik vest for Storebælt forventes at vokse med ½-1 mio. rejser årligt, en følge af en række baneprojekter og andre initiativer.

Udvikling i baggrundsforhold forventes at medføre beskeden vækst på 0,1-0,2 mio. rejser årligt, hvilket dog er bedre end de seneste 15 år, hvor baggrundsforhold vurderes at have medført et fald på ca. 2 mio. rejser årligt.

Tabel 29. Transportarbejde vest for Storebælt 2012-2027

mio personkm/år	2010	2027	ændring		skønnet årsag	
			total	%	betjening	baggrund
Intern Østjylland	385	496	111	29%	16	95
Til/fra Østjylland	525	752	228	43%	81	147
Øvrige	243	285	42	17%	25	17
Sum	1.153	1.534	380	33%	122	259

Tabel 30. Passagerer vest for Storebælt 2012-2027

mio rejser/år	2010	2027	ændring		skønnet årsag	
			total	%	betjening	baggrund
Intern Østjylland	8	8	0,6	8%	-0	1
Til/fra Østjylland	6	8	2,1	33%	1	1
Øvrige	7	8	0,8	12%	1	0
Sum	21	24	3,5	17%	1	2

Over Storebælt

Trafikken over Storebælt forventes næsten fordoblet fra 8,3 mio. rejser 2010 til ca. 15 mio. rejser i 2027, en vækst på knap 7 mio. rejser årligt. Det er en procentuel vækst svarende til de seneste 15 år, hvor Storebæltsforbindelsen blev etableret. Transportarbejdet forventes at stige fra 2,0 mia. personkm årligt til 3,4 mia. personkm årligt.

En væsentlig årsag er realisering af timemodellens første etape med lyntog i halvtimesdrift og en rejsetid på en time København-Odense. Hertil kommer øvrige forbedringer som følge af den ny bane mellem København og Ringsted samt opgradering til 200 km/t Ringsted-Odense, hvor der også forudsættes flere og bedre regionaltoget, bl.a. via Køge. Tilsammen giver det en vækst på ca. 2½ mio. rejser årligt.

En lang række øvrige projekter – bl.a. Metrocityring, letbane i Aarhus, Langeskov – giver tilsammen ½ mio. flere rejser årligt. Andre initiativer med rejsekort, IT-løsninger og takstnedsættelse også tilsammen ca. ½ mio. rejser årligt. Den øvrige vækst tilskrives udviklingen i baggrundsforhold, som forventes at betyde knap 3½ mio. flere rejser årligt.

Øresund

For trafikken over Øresund anvendes en særskilt prognose for perioden 2011-2017, som Trafikstyrelsen udarbejdede i 2011. Der anvendes et vækstscenario, hvori forventes fornyet vækst i pendlingen over Øresund, dels en forventet effekt af Citytunnelen, men desuden fortsættelse af vækst flytrafikken (knap 6% årlig siden 1998) samt afsmittende effekt af den planlagte videreudvikling i Ørestaden m.m. Tilsammen forventes trafikken i Øresundstog over Øresundsbroen at vokse fra 9,7 mio. rejser i 2010 til 13,9 mio. rejser i 2017.

Tabel 31. Øresund prognose 2010-2027

mio rejser/år	2010	2017	2022	2027
Øresundsbro	9,8	14,1	15,5	16,9
Helsingør-Helsingborg	0,8	0,8	0,8	0,8
Total Øresund	10,7	14,9	16,4	17,7
heraf transit Femern	0,0	0,0	0,4	0,5
heraf Bornholm	0,2	0,2	0,2	0,2
Uden Femern/Bornholm	10,5	14,7	15,8	17,1

For den efterfølgende periode er taget udgangspunkt i en opdateret prognose fra Øresundsbrokonsortiet fra 2011 (Kilde: Ø-analyse nr. 1, januar 2011, "Øresundsbron nedjusterer forventningerne til trafikken"). I 2027 er anslået en togtrafik på 16,7 mio. rejser. Dette antages at omfatte en forventet

vækst for Femernbæltforbindelsen (ifølge FTC-prognosen fra 2002) samt øvrige projekteffekter.

Der foretages i dag ca. 0,8 mio. togrejser årligt via Helsingør-Helsingborg. Disse forudsættes uændret til 2027.

Øvrige international

Den øvrige internationale trafik forventes at stige markant, når den faste Femernforbindelse ibrugtages i 2022. Årligt forventes 1,5 mio. rejse over den faste Femernforbindelse, heraf vil 1,0 mio. være nye rejser, medens 0,4 allerede benytter Rødby-Puttgarten i dag eller overflyttes fra Padborg. En stor del af de nye rejser, 0,5 mio, forventes at blive transitrejser mellem Tyskland og Sverige.

På tysk side forventes ca. 0,1 mio. til Lübeck, 0,4 mio. til Hamburg, 0,2 mio. til Berlin og 0,7 mio. til andre destinationer. Forventningerne stammer fra den såkaldte FTC-prognose (Fehmarn Belt, forecast 2002, Final report april 2003, Case B 2015).

Der er ikke indregnet ændring i trafikken til Bornholm.

Tabel 32. Transportarb. øvrige udland 2012-2027

mio personkm/år	2010	2027	ændring
Over Femernbælt	54	277	223
heraf til Østdk	53	175	123
heraf til Vestdk	1	2	1
heraf til Sverige	0	100	99
Over Padborg	79	69	-10
heraf til Østdk	15	5	-10
heraf til Vestdk	65	65	0
Til/fra Bornholm	18	20	2
Sum	151	366	215

Tabel 33. Passagerer øvrige udland 2012-2027

1000 rejser/år	2010	2027	ændring
Over Femernbælt	309	1.503	1.193
heraf til Østdk	306	1.016	710
heraf til Vestdk	1	5	4
heraf til Sverige	2	481	479
Over Padborg	420	389	-31
heraf til Østdk	45	14	-31
heraf til Vestdk	375	375	-0
Til/fra Bornholm	153	170	17
Sum	883	2.062	1.179

Passagerudvikling pr. station

En opgørelse over den forventede passagerudvikling pr. station på det statslige banenet fremgår af bilag 1. Passagerudviklingen pr.

station er opgjort for både hverdagsdøgn og år.

De forventede fald på en række stationer i centralkommunerne kan tilskrives Metrocityringen. Metrocityringen medfører dels en overflytning af nogle rejser fra den statslige bane til Metrocityringen dels en omfordeling mellem stationer.

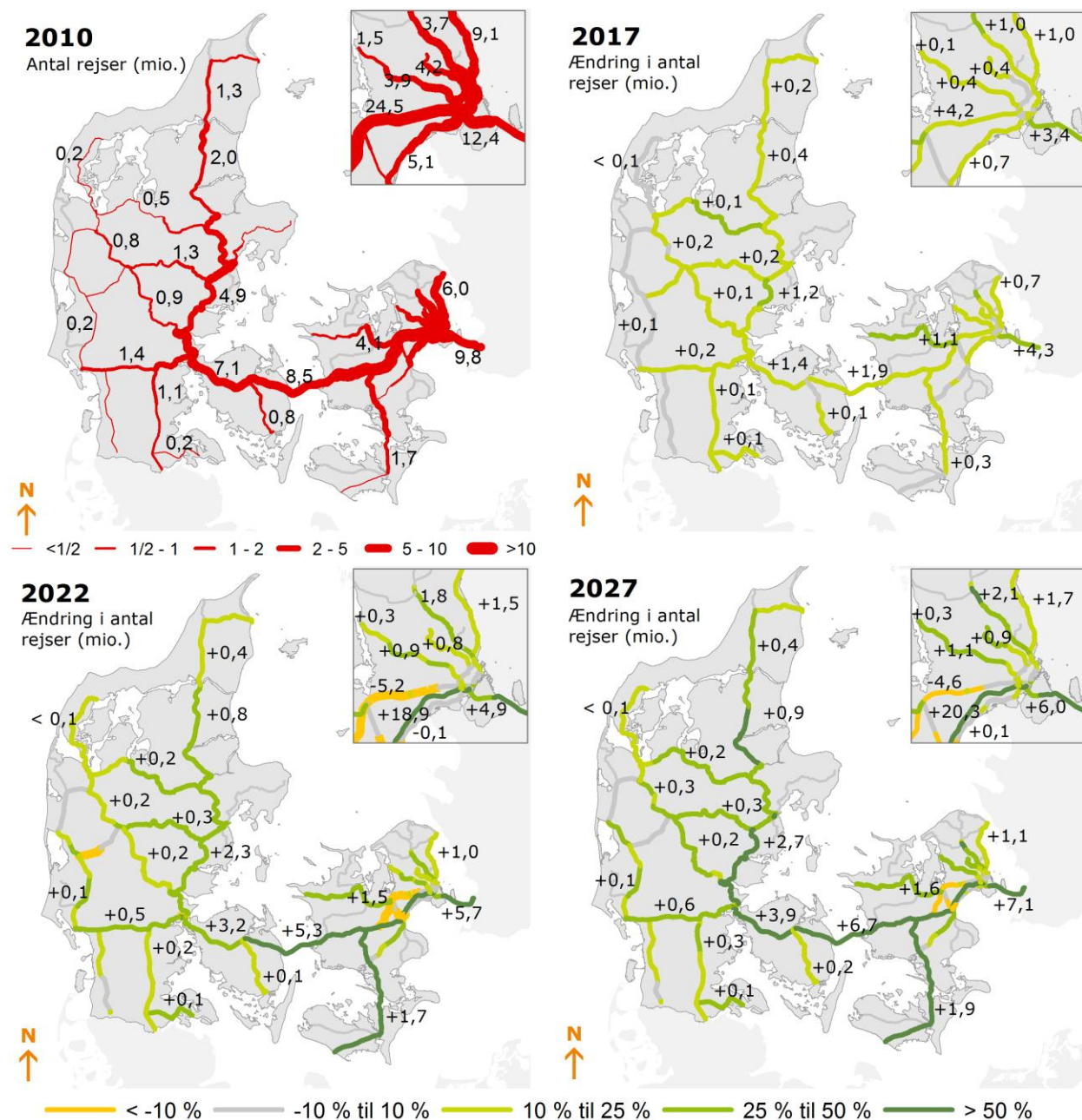
Det skal bemærkes, at ikke eksplicit er indarbejdet lokale udviklingsplaner i prognosen. Såfremt udviklingsplaner indgår i Danmarks Statistiks officielle demografiske

fremskrivinger eller lokal udvikling har været indregnet som effekt af de besluttede baneprojekter kan de dog indirekte indgå.

Fordeling på banenettet

Fordelingen af rejser på banenettet i 2017, 2022 og 2027 fremgår af strømkortene på de følgende sider. Desuden findes i bilag 2 en opgørelse af passagerudviklingen pr. strækning fra 2010-2027. Udviklingen pr. strækning er illustreret nedenfor.

Figur 43. Udvikling i antal rejser på statens baner i forhold til 2010. Farvemarkering angiver ændring i %, mens tallene for 2017, 2022 og 2027 viser den absolutte ændring i mio. rejser pr. år



Figur 44. Antal rejser på statens baner 2017



Figur 45. Antal rejser på statens baner 2022

Sum begge retninger 2022



Figur 46. Antal rejser på statens baner 2027



Baggrund for projektprognoser

Prognoserne for de enkelte projekter stammer fra en lang række forskellige grundlag. De er udarbejdet i samarbejde med Banedanmark.

- Nogle er beregnet på Trafikstyrelsens VISUM-trafikmodel, det gælder prognose for Nordvestbanen, der er beregnet ifm udarbejdelse af VVM i 2006, for København-Ringsted, der er beregnet ifm. udarbejdelse af beslutningsgrundlag i september 2009, og for Ringsted-Odense, som er beregnet i sammenhæng med København-Ringsted analyser.
- Andre er tilvejebragt ved simple elasticitetsberegninger, det gælder Vamdrup-Vojens, Langå-Struer, Nordbanen og Hobro-Aalborg, som er udført af Banedanmark.
- Prognose for Langeskov station er baseret på stationsstrukturanalyse, som Trafikstyrelsen udførte i 2008. Prognose for Gødstrup og Hillerød Syd er udført af Trafikstyrelsen i 2012 efter tilsvarende metode.
- Prognoser for Metrocityring og letbane i Ring 3 er modtaget eksternt, hvor baggrunden er beregninger på OTM (Ørestadstrafikmodellen).
- Prognose for letbane i Aarhus tager udgangspunkt i eksterne modelberegninger fra VVM-redegørelsen.
- Femernbælt er den såkaldte FTC-prognose 2002.
- Signalprogrammet er vækstrater vurderet af Banedanmark.
- Effekten af andre initiativer er baseret på Trafikstyrelsen skøn.

Der er ikke eksplicit medregnet nogen synergieffekt mellem de forskellige projekter udover, hvad der allerede er indeholdt i de enkelte projekter.

Der regnes generelt ikke med en indsvingsperiode for projekterne, dvs. der forudsættes fuld effekt i åbningsåret.

Baggrundsvækst

Baggrundsvæksten beskriver effekten af udviklingen i en række baggrundsforhold såsom befolkningsudvikling, arbejdspladsudvikling og udvikling i bilejerskab m.m.

Den anvendte baggrundsvækst i persontrafikken mellem 2010 og 2027 er indtil videre baseret på data fra modellen TIM, der blev udarbejdet af DTU i 2009-2010 for at belyse effekten af Timemodellen og forskellige udformninger af vejafgifter. I den endelige trafikplan forventes baggrundsvæksten hentet fra den kommende landstrafikmodel.

Til brug for trafikplanen er der med TIM modellen udarbejdet prognoser for hvordan trafikken kunne forventes at udvikle sig i en situation uden nye baneprojekter på 5, 10 og 15 års sigt for henholdsvis 2015, 2020 og 2025. Trafikplanens planår er efterfølgende justeret til 2017, 2022 og 2027, hvorfor TIM modellens resultater er interpoleret og viderefremskrevet til disse år.

Trafik over landegrænserne indgår ikke i TIM modellen. Særskilte prognoser er derfor udarbejdet for Øresund og Femern jf. ovenstående beskrivelse, mens trafikken over den grønne grænse som udgangspunkt forudsættes uændret.

TIM-modellen

TIM modellen beskriver vej- og banetrafik mellem 271 zoner (de gamle kommuner). Modellens fremskrivning tager højde for ændringer i befolkning, arbejdspladser, turformålsfordeling samt turlængde.

Modellens fremskrivning baserer sig dels på en fremskrivning af turantallet (totalt for bane og vej), hvor der antages en videreførelse af den historiske udvikling i antal ture per person (turfrekvensen) opdelt på 8 forskellige turformål. Samtidig fremskrives turlængden ved at antage en videreførelse af den historiske udvikling indenfor hver af de 8 turformål. Desuden fremskrives turantallet med befolkningstallet. Dette antages at påvirke alle turformål undtagen erhvervsrejser.

Tabel 34. Befolkningsfremskrivning 2012-2027

Befolkning x1000	2012	2017	2022	2027	Ændring 2012-2027
København&Frederiksberg	649	707	755	796	23%
Hovedstadsområdet i øvrigt	1.282	1.296	1.308	1.325	3%
ØstDK uden for HO	601	590	581	577	-4%
Østjyske bybånd	1.317	1.358	1.392	1.429	9%
Vestdanmark i øvrigt	1.731	1.725	1.725	1.735	0%
Hele Danmark	5.580	5.675	5.761	5.861	5%

Kilde: Danmarks statistik juni 2012

Danmarks Statistik forventer i deres seneste prognose jf. Tabel 34, at befolkningstallet i perioden 2012-2027 stiger 5% fra 5,6 mio. til 5,9 mio. Befolkningsudviklingen forudsættes koncentreret i centralkommunerne og det Østjyske bybånd.

Samtidig fremskrives turlængden. Dette sker ligeledes ved at antage en videreførelse af den historiske udvikling indenfor hver af de 8 turformål. Når turlængden generelt øges, forbedres markedsandelen for bane, og turlængderne har generelt været stigende, især i pendlertrafikken.

En del af forklaringen på dette er løbende infrastrukturforbedringer, herunder baneforbedringer. Principielt giver dette en dobbeltregning, når prognosen efterfølgende også indregner effekt af de enkelte baneprojekter. Det samlede trafikmønster vurderes dog mindre påvirket af baneprojekter end af vejprojekter.

Den forudsatte udvikling i turfrekvens og turlængde i perioden 2008-2020, som er bestemt vha. TU-data for perioden 1994 til 2006, fremgår af Tabel 35. Modellen er estimeret til beregninger i prognoseår 2020. Modelparametre for øvrige år er fremkommet

ved simpel linear inter/ekstrapolation mellem TIM's parametre for 2008 og 2020.

Tabel 35. TIM-modellens ændringer fra 2008 til 2020 i turfrekvens og turlængde efter formål

Turformål	Turfrekvens	Turlængde
Arbejde	-10%	10%
Uddannelse	-10%	10%
Hente/bringe	25%	0%
Indkøb	25%	0%
Besøg	10%	3%
Fritid	10%	3%
Ferie	10%	3%
Erhverv	160%	0%

Kilde: Estimeret på TU-data for perioden 1994-2006

TIM-modellens resultat for 2020 viser jf. Tabel 36, at det samlede transportarbejde stiger 27%, hvilket svarer til Infrastrukturkommissionens forventninger. Transportarbejdet på bane stiger 17% jf. Tabel 37. Det samlede turantal forventes at stige med 17%, mens det på bane stiger 8%. Baggrundsvæksten medfører således, at banetransporten stiger mærkbart. Uden yderligere tiltag ville der dog være tale om faldende markedsandel.

Privatbanernes forventninger til vækst

De regionale trafiksekskaber har forskellige forventninger til - eller mål for - udviklingen i privatbanernes passagertal:

- I Nordjylland forventes det at passagertallet på Nordjyske Jernbaner (Skagens- og Hirtshalsbanen) vil stige med knap 40% frem til 2027.
- I Midtjylland er der ikke foretaget en vurdering af den forventede udvikling på Odder- og Lemvigbanen.
- I Sydjylland forventes en vækst på Vestbanen Varde-Nr. Nebel på omkring 30% (fra ca. 300.000 til ca. 400.000 passagerer/år) som følge af forbedringer.
- I Nordsjælland forventes en stigning i passagertallet på 27-46% frem til 2030 – afhængig af størrelsen af de kommende års investeringer i Lokalbansens infrastruktur og materiel.
- *For resten af Sjælland (Regionstog) skal en visionsplan vedtages af Movias bestyrelse den 21. juni 2012, tilbagemelding afventes.*

Tabel 36. TIM-modellens ture (mio. årligt) og transportarbejde (mia. personkm årligt) i alt i 2008 og 2020

Turformål	Turantal		Personkm		2020	
	2008	2020	2008	2020	turantal	personkm
Arbejde	636	598	13,2	14,4	-6%	9%
Uddannelse	86	81	1,6	1,8	-6%	13%
Hente/bringe	223	291	2,0	2,7	30%	35%
Indkøb	530	693	8,3	11,0	31%	33%
Besøg	423	486	10,3	12,5	15%	21%
Fritid	333	383	8,9	10,4	15%	17%
Ferie	87	101	4,3	5,1	16%	19%
Erhverv	50	135	2,4	6,6	170%	175%
I alt	2.368	2.767	50,9	64,5	17%	27%

Tabel 37. TIM-modellens ture (mio. årligt) og transportarbejde (mia. personkm årligt) på bane i 2008 og 2020

Turformål	Turantal		Personkm		2020	
	2008	2020	2008	2020	turantal	personkm
Arbejde	48	47	1,3	1,4	-2%	8%
Uddannelse	6	6	0,2	0,2	0%	0%
Hente/bringe	9	10	0,1	0,1	11%	0%
Indkøb	20	22	0,7	0,8	10%	14%
Besøg	28	30	1,1	1,2	7%	9%
Fritid	19	20	0,7	0,7	5%	0%
Ferie	7	8	0,4	0,5	14%	25%
Erhverv	5	10	0,3	0,6	100%	100%
I alt	142	154	4,7	5,5	8%	17%

Togbetjening

Kapitlet giver et overblik over udviklingsperspektiverne for togbetjeningen på de statslige baner i de kommende 15 år. Der fastlægges et antal tog på de enkelte strækninger og en betjening af stationerne, der kan anvendes som en fælles planlægningsforudsætning for trafikale overvejelser på statsligt, lokalt og regionalt niveau i de kommende år. Der er dog ingen sikkerhed for at trafikken i praksis kommer til at udvikle sig som anført. Udviklingen beror således på mange usikre faktorer herunder de fremtidige økonomiske rammer.

Den fremtidige togbetjening på de statslige baner afhænger af en række grundlæggende faktorer. Væsentligst er de økonomiske rammer, disponibel banekapacitet og materiel, allerede indgåede kontrakter samt gældende lovgivning og politik.

De kommende års store investeringer i den kollektive trafik øger kapaciteten på det danske jernbanelnet og giver mulighed for at køre flere tog, hurtigere tog eller tog med en højere regularitet.

Kapitlet beskriver, hvordan togbetjeningen på 5, 10 og 15 års sigt kan forventes at udvikle sig i takt med den løbende ibrugtagning af de nye projekter og den forventede udvikling i efterspørgslen efter passager- og godstransport baseret på en alt andet lige fremskrivning

Overvejelserne bag opstillingen af togbetjeningen i de enkelte år forklares, herunder de givne rammer og mål for den fremtidige statslige togbetjening i Danmark.

Den fremskrevne togbetjening beskrives i bilag 3 i form af linjediagrammer for hvert planår. Linjediagrammerne angiver, hvor mange tog, der antages at køre på de enkelte strækninger og hvordan stationerne betjenes samt i hvilke relationer der forudsættes direkte togbetjening. En samlet oversigt over udviklingen i den fremskrevne togbetjening pr. strækning er opsummeret i bilag 4.

Det skal bemærkes, at den fremskrevne betjening alene udgør en fælles vidensramme for den kollektive trafik. Den præcise udmøntning af trafikomfang for den statslige offentlige servicetrafik på jernbane fastsættes enten af operatøren indenfor rammerne i en kontrakt med staten, eller i forbindelse med udbud af trafikken. De egentlige køreplaner fastsættes i henhold til den aftalte køreplanlægningsproces med inddragelse af

de regionale trafikselskaber og under hensyntagen til øvrige tog på nettet.

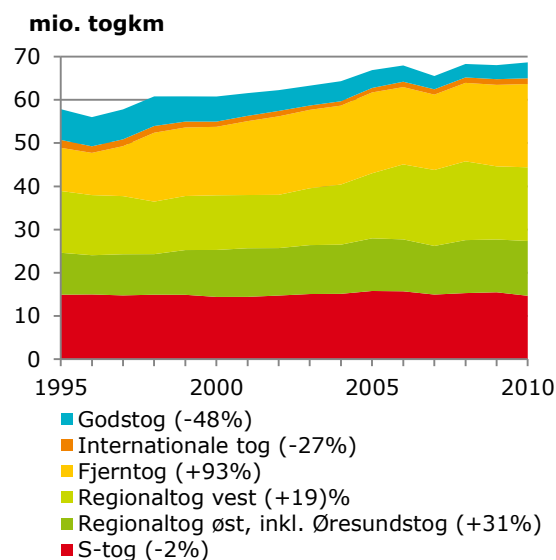
Udviklingen frem til i dag

Dagens togtrafik fremgår af Figur 48. Der er store forskelle på togtrafikken i de forskellige dele af landet.

De seneste 15 års udvikling i togtrafikken på de statslige baner fremgår af Figur 47. Siden Storebæltsforbindelsen åbnede for togtrafik i 1997, er trafikken steget med 20% fra 58 mio. togkm i 1997 til 69 mio. togkm i 2010. Især trafikken over Storebælt er vokset, men de senere år har der også været stor vækst i trafikken med regionaltog vest for Storebælt, hvilket primært kan tilskrives udviklingen i det Østjyske bybånd. Næsten dobbelt så meget togtrafik krydser bællet i dag i forhold til før Storebæltsforbindelsen.

Trafikarbejdet med godstog er næsten halveret med uændret godsmængde. Det skyldes en udvikling hen imod færre og længere godstog, som kører transitgods

Figur 47. Togtrafik på statens baner (mio. togkm)



Figur 48. Antal passagertog pr. hverdag på statens baner 2012

Fjern- og regionaltog

Antal tog per døgn per retning

1 - 25

26 - 50

51 - 100

101 - 200

201 - 500

Øvrige baner



gennem Danmark. De mindre godstog med indenlandsk gods er derimod blevet et sjældnere syn på skinnerne. Den negative udvikling ser dog ud til at være vendt de seneste år

Langsigtet udvikling

Togbetjening er fremskrevet med udgangspunkt i nedenstående kvaliteter for den statslige togtrafik, som må afvejes mod omkostningerne:

Passagerkvaliteter

- Kortest mulige rejsetider
- Hyppig frekvens
- Enkle planer med faste minuttal og gode korrespondancer
- Pålidelighed, robusthed og høj rettidighed.

Trafikhensyn

- Timemodellen forventes implementeret mellem de største byer København, Odense, Aarhus, Aalborg samt Odense og Esbjerg; timemodellen forventes at være grundstammen i fjerntrafikken og separeret fra regionaltrafikken. En konsekvens af timemodellen forventes at blive, at flere stationer vil blive betjent af regionale og lokale tog i stedet for af fjerntog.
- Der forventes etableret et antal knudepunkter, hvor togene mødes på samme minuttal hver time, og hvor der således bliver gode skiftemuligheder mellem fjerntog, regionaltog og busser.
- Antal tog på den enkelte strækning og den enkelte station afspejler en samfundsøkonomisk prioritering.
- Togbetjeningen forudsættes at være robust, så der sikres høj rettidighed. Det tilgodeses ved at en linje kører samme strækning med samme standsningsmønster, og store forskelle i efterspørgsel skal håndteres gennem flere linjer over de mest belastede strækninger eller ved opdeling af en linje med togsifte mellem den mere og den mindre belastede del.
- Forgrening til flere strækninger og deling og samling af tog bør undgås hvis man prioriterer robusthed frem for passagerens ønske om at undgå skift.

Togbetjeningen de kommende år

Udviklingen i den forventede togbetjening på 5, 10 og 15 år beskrives nedenfor. Resultatet præsenteres i form af linjediagrammer i bilag 3 samt en oversigt over tog pr. strækning i bilag 4.

En summarisk beskrivelse af den forventede udvikling i den statslige togtrafik de kommende 15 år fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 38. Udvikling i statslig togtrafik

	2010	2017	2022	2027
Trafikarbejde (mio. togkm)	65	66	74	74
Transportarbejde (mia. personkm)	6,2	7,3	8,9	9,4

Forventet togbetjening 2017

Det nye dobbeltspor Ny Ellebjerg-København (2012) giver mulighed for at øge kapaciteten mellem København H og Roskilde med op til 2 tog pr. time og retning. Udover kapacitetsforøgelsen vil anlægget kunne bruges ved uregelmæssig drift og generelt til at forbedre regulariteten.

Opgraderingen Langå-Struer (2012) reducerer rejsetiden med op til 17-18 minutter. Der forventes etableret knudepunkt i Viborg med gode omstigningsmuligheder til regionale busser.

Langeskov station forventes åbnet 2013 og betjent af fjerntogssystemet til Syd- og Sønderjylland. Standsningen i Langeskov forlænger rejsetiden for de gennemrejsende passagerer med 3 minutter.

Opgraderingen Lyngby-Hillerød (2014) kan reducere rejsetiden med op til 3 minutter.

Opgraderingen af Nordvestbanen (2015) kan reducere rejsetiden med op til 5-6 minutter. Der forventes etableret knudepunkt i Holbæk med gode omstigningsmuligheder til Odsherredsbanen og regionale busser. Det vil være muligt at etablere samdrift, hvor Odsherredsbanens tog fortsætter fra Holbæk til Roskilde, men muligheden forventes ikke udnyttet.

Med elektrificeringen Lunderskov-Esbjerg (2015) forventes fjerntogene til Esbjerg at være elektriske, men stadig en del af det syd- og sønderjyske fjerntogssystem. Det vil være muligt at køre fjerntogssystemet som lyntog

København-Odense og etablere en ny regionaltogetslinje København-Odense med nye tog med høj passagerkapacitet. Muligheden vil kunne frigøre et antal ER (IR4)- og MF (IC3)-togsæt fra regionaltrafik til fjerntrafik.

Udbygningen Vamdrup-Vojens (2015) tilgodeser primært godstrafikken, der vil få reduceret køretid og øget kapacitet. Rejsetiden for passagertog mellem Kolding og Tinglev vil kunne reduceres med op til 12 minutter.

Der forventes fra 2016 at køre letbanetog Odder-Aarhus-Grenaa. Banen Aarhus-Grenaa udgår herefter af den statslige togbetjening og dermed af Trafikplanen. På Aarhus H forventes letbanetogene at benytte en ny perron i nordsiden af banegraven, og togbetjeningen, især mod Skanderborg, vil kunne optimeres, fordi perronsporkapaciteten på Aarhus H er væsentligt udvidet.

Gødstrup station ved det nye Regionssygehus nordvest for Herning forventes åbnet 2016. Stationen forventes betjent på en måde, der sikrer, at både Herning og Holstebro fortsat vil være knudepunkter med gode omstigningsmuligheder til andre tog og busser. Regionen ønsker at det skal være muligt at betjene Gødstrup med direkte tog fra og til Aarhus, men der er i givet fald materielle og kontraktuelle bindinger det skal tænkes sammen med, og det vil have økonomiske konsekvenser.

Direkte tog fra Gødstrup til Aarhus

Gødstrup station kan enten betjenes af tog mod Aarhus eller Vejle. Regionen ønsker direkte togforbindelse til Aarhus, hvilket indikerer betjening med en forlængelse af de Arrivatog, som i dag kører mellem Herning og Aarhus.

Da Arriva ikke forventes at kunne vende togsæt på Gødstrup station, vil Arriva i givet fald blive nødt til at fortsætte til Holstebro – en strækning, der i dag betjenes af DSB. Der vil være kontraktuelle og økonomiske omkostninger forbundet hermed.

Forventet togbetjening 2022

Den ny bane København-Ringsted (2018) vil ændre togbetjeningen i Danmark betydeligt. Ad den ny bane forventes mindst 6 passagertog i timen, heraf to lyntog i halvtimesdrift uden stop København-Odense samt to hurtige regionaltog til henholdsvis Odense og Næstved-Nykøbing F, desuden en helt ny regionallinje i halvtimesdrift København-Køge-Haslev-Næstved. Hertil kommer 2 godstog. Ad den nuværende bane forventes 11 tog i timen, primært regionaltog.

Passagerefterspørgslen kan dog tale for at flytte yderligere regionaltog fra den nuværende til den nye bane.

Opgradering Hobro-Aalborg til 160 km/t (2018) forventes at reducere rejsetiden Aarhus-Aalborg til lidt mere end 1 time.

Opgradering Ringsted-Odense til 200 km/t (2020) forventes at reducere rejsetiden med lyntog uden stop København-Odense til 1 time.

Femernbælt-forbindelsen (2021) forbedrer kapaciteten og reducerer rejsetiden mellem Ringsted og Femern. Banen elektrificeres og såvel fjerntog som regionaltog forventes herefter at være elektriske. Over Femernbælt forventes et tog i timen.

Som udgangspunkt kan der højst køre timemodel-lyntog hver halve time mellem København og Odense. Højere jævnlig frekvens, fx 20-minuttersdrift, er ikke mulig, når der tillige skal køre standsende regionaltog til Odense via Køge, idet et standsende tog via Køge akkurat indhentes i Odense af lyntog i halvtimesdrift. Det er dog muligt at køre fx tre lyntog i timen, hvis det ene kører umiddelbart efter et af de andre.

Med to lyntog i timen er det muligt at køre dels en linje København-Ålborg, der undervejs kun standser i Odense, Århus og Randers, og desuden en linje København-Århus, som foruden Odense også standser i Fredericia, Vejle og Horsens.

Skal timemodel-lyntogene udbredes mod Kolding-Esbjerg, må der enten køres et ekstra lyntog i timen København-Odense, eller også skal der sammenkobles i Odense med en af lyntogslinjerne mod Århus. Deling og samling af tog koster op til fem minutters ekstra køretid og indebærer øget spredning af forsinkelser. Hertil kommer, at togene mod Århus vil være dieseldrevne, hvorfor sammenkobling kan betyde fortsat dieseldrift på den elektrificerede strækning mod Esbjerg. Uden direkte lyntog mod Esbjerg skal passagerer fra Esbjerg og Kolding til København skifte i Odense.

Det er principielt muligt at videreføre regionaltog østfra mod vest, fx mod Esbjerg, Herning og Sønderborg, men disse vil blive overhalet af lyntog i Odense, hvormed omstigning alligevel kan være mere fordelagtig. I det i bilag 3 viste togbetjenings-eksempel er alle regionaltog adskilt i Odense. Kapacitetsmæssigt kan dette kun lade sig gøre, hvis perronspor i Odense benyttes af to regionaltog mod øst og vest samtidig.

Det viste togbetjenings-eksempel indeholder de nævnte timemodel-linjer mod Ålborg og Århus og desuden en særskilt linje mod Esbjerg for at opnå en hurtig direkte forbindelse, som kan udnytte elektrificeringen til Esbjerg, og samtidig undgå ulemperne ved deling og samling. Videre udbredelse mod Herning indgår ikke i det viste eksempel. Den nuværende bane mellem Vejle og Herning er enkeltsporet med meget lav hastighed på delstrækning gennem Grejsdalen. Skal rejsetiden Odense-Herning ned omkring 1 time, vil det kræve betydelige nyanlæg udenom bl.a. Grejsdalen til kørsel med lyntog uden stop undervejs.

Regionaltrafikken i Østdanmark forventes nystruktureret og adskilt fra fjerntrafikken. Togbetjeningen forventes systematiseret for at sikre tilstrækkelig kapacitet og høj rettidighed på København H. Regionaltogsbetjeningen forventes tilrettelagt med et antal hensigtsmæssige knudepunkter. Der forventes indført nye elektriske regionaltog med høj passagerkapacitet.

Med flytning af et antal tog til den nye bane København-Ringsted vil det være muligt at udvide regionaltogsbetjeningen Holbæk-København til to stoptog og to hurtige tog i timen samt med yderligere et regionaltog København-Roskilde.

En ny regionaltogslinje forventes at køre hver halve time ad den nye bane København-Køge og videre til Haslev-Næstved, hvorefter banen Roskilde-Køge forventes betjenet sammen med Østbanen. Ud over to standsende regionaltog København-Odense forventes et hurtigt regionaltog, som stopper ved de største stationer. Et af stoptogene København-Ringsted forventes at fortsætte til Næstved i myldretiderne.

Regionaltrafikken i Østjylland inkl. Odense forventes nystruktureret. En del af regionaltrafikken forventes afviklet med "købstadslinjen". Togskifte til fjerntrafikken sker i øvrigt i Odense, Aarhus eller Kolding.

Fjerntrafikken København-Hamburg over Femern forbindelsen forventes at bestå af dels hurtige fjerntog med få stop, dels tog med flere stop som tilsammen forventes at køre en gang i timen. Nogle af fjerntogene vil formentlig blive ført videre til og fra Berlin, hvilket beror på operatørens dispositioner.

Godstrafikken forventes tilrettelagt med to tog i timen over Øresund. Togene forventes primært at køre ad den nye bane til Ringsted, hvorfra ét tog kører over Femern og ét tog over Padborg til Tyskland. Der forventes

reserveret kapacitet til yderligere et godstog over Øresund og Padborg til Tyskland.

Signalinfrastrukturen er i sin helhed ny (2021). Det betyder ekstra kapacitet, blandt andet ved samtidig indkørsel på alle krydsningsstationer og bortfald af signalbetingede hastighedsreduktioner. Rettidigheden er forbedret, fordi antallet af signalfejl er reduceret væsentligt.

Letbane i Ring 3 (2020) forudsættes at skabe skiftemuligheder til S-tog i Lyngby, Buddinge, Herlev, Glostrup og Ishøj. Med åbning af den ny bane København-Ringsted vil der blive ekstra kapacitet på den nuværende bane København-Høje Taastrup. Det er muligt at udnytte denne kapacitet til at udbygge Glostrup til stop for regionaltog og dermed skabe direkte skiftemulighed til letbanen.

Ny station ved regionssygehuset i Hillerød (2020) forudsættes at blive fælles for S-tog og Frederiksværkbanen. Gennemrejsende S-togspassagerer får ca. 1 minut længere rejsetid. Stationen forventes at blive skiftestation for passagerer fra Frederiksværkbanen til S-tog mod København i stedet for Hillerød; det vil reducere rejsetiden med 5-10 minutter.

Forventet togbetjening 2027

Af besluttede projekter findes kun opgradering af Femern Bælt-forbindelsens tyske landanlæg, der skal være gennemført senest 7 år efter ibrugtagning af den faste forbindelse. Opgraderingen forventes at reducere rejsetiden til Hamburg og Berlin og at øge kapaciteten til to godstog i timen Sverige-Tyskland via Femern, mens et godstog kan køre via Padborg.

Øget efterspørgsel i fjern- og regionaltrafikken forventes primært imødekommet ved kørsel med tog med større passagerkapacitet.

For tiden undersøges en del andre projekter, som på forskellig måde kan påvirke togbetjeningen i 2027, hvis de gennemføres.

Timemodellen kan forbedres med rejsetider på 1 time Odense-Esbjerg og Aarhus-Aalborg og i givet fald forudsættes Esbjerg og Aalborg etableret som yderligere knudepunkter. Rejsetiden Odense-Aarhus vil stadig være mere end en time, da en opgradering vil kræve betydelige nyanlæg, der ikke forventes gennemført i 2027.

Hvis yderligere elektrificering besluttet, kan lyntogene til Aarhus-Aalborg og til købstæderne, de østjyske regionaltog samt en større

del af regionaltrafikken på Sjælland være elektrisk.

Fremskrivning af togbetjeningen

Togbetjeningen, der fremgår af bilag 3 og 4 er beregnet med udgangspunkt i den opstillede langsigtede målsætning under hensyntagen til de givne rammeforudsætninger og med understøttelse af 2 nye modeller.

Modelunderstøttelse

Modellerne er udviklet med udgangspunkt i trafikeringsmodellen fra den første trafikplan. Modellerne beregner den samfundsøkonomisk optimale betjening for en række tidsbånd for 17 fjernbanestrækninger og 3 S-bane strækninger.

De modelberegnedte resultater bruges dog ikke rå, men som udgangspunkt for efterfølgende opstilling af sammenhængende togsystemer, med fokus på resultaternes robusthed i forhold til udvikling i passagertal og givet de begrænsninger og muligheder der er.

Rammeforudsætninger

Der er fire begrænsende faktorer for den fremtidige togbetjening:

Økonomi

Den politisk fastlagte økonomiske ramme er afgørende for hvilken togbetjening der kan tilbydes.

Gældende kontrakter

Trafikomfanget på kort sigt er begrænset af indgående kontrakter. Den forventede togbetjening er bestemt med hensyntagen til disse.

Disponibel kapacitet

I fastlæggelse af ønsker til fremtidens togbetjening må der tages hensyn til den tilgængelige kapacitet. Emnet behandles udførligt i efterfølgende kapitel.

Disponibelt materiel

Den forventede togbetjening afhænger af det disponible materiel og af udnyttelsen af dette og de krav der stilles vedr. fx siddeplads.

Dagens køreplaner med direkte tog fra København til næste alle egne af Danmark afvikles i høj grad ved deling og samling af tog. Det kan blive en udfordring at opretholde dette i en periode, hvor fjerntrafikken til Jylland delvist er elektrificeret delvist dieselbetjent.

Særlige ønsker, muligheder og begrænsninger

Udover ovennævnte rammeforudsætninger kan der være særlige ønsker til togbetjening. En række yderligere forhold spiller ind i fastlæggelsen af det forventede trafikomfang

Særlige ønsker

Særlige ønsker kan fx være en politisk fastlagt minimumsbetjening, implementering af timemodellen eller fx mulighed for samdrift med privatbaner.

Det er i trafikplanen forudsat, at der arbejdes mod realisering og løbende implementering af timemodellen og køreplanlægning baseret på knudepunkter i takt med opgradering af strækninger.

En strækning forudsættes minimum at skulle være betjent med et tog hver anden timen i hver retning – med undtagelse af Ystad.

Trafikomfang på strækninger

På længere sigt kan trafikomfanget udvides, men det er ikke altid ønskeligt at køre så mange tog så muligt.

Der vil ofte være tale om en afvejning af flere modsatrettede forhold: Ønsker man fx flest mulig tog, forskellige artede tog (direkte pendlertog og stoptog), højere hastighed eller højere regularitet.

Det er ej heller altid ønskeligt med så mange stop ved stationer som muligt. Ekstra togstop ved (nye) stationer vil medføre længere rejsetid for andre gennemkørende passagerer og også ekstra ressourceforbrug. Derfor kræves et tilstrækkeligt næropland, for at ulemperne ved et ekstra stop opvejes af fordelene. Tilsvarende kan der spares rejsetid ved at optimere stationsstrukturen og undlade at betjene små stationer jf. følgende case.

Køreplanlægning baseret på knudepunktstankegang

Hvad er et knudepunkt

Knudepunkter har som deres hovedformål både på kort og langt sigt at sikre den bedst mulige korrespondance i den kollektive trafik.

Et knudepunkt er på jernbanen defineret ved at flere tog fra begge retninger mødes i ca. samme minuttal, så der er mulighed for omstillinger til mange destinationer.

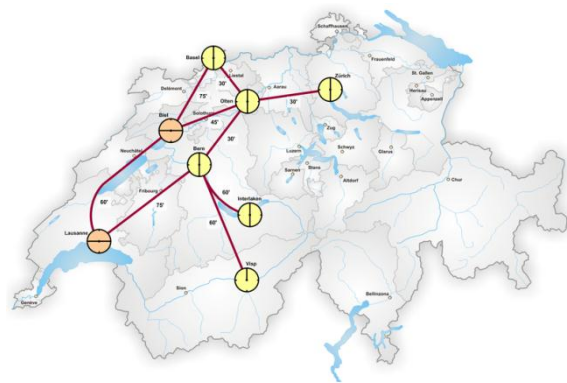
Knudepunktseksempel fra Schweiz

I Schweiz opstillede man i slutningen af 1980'erne visionen Bahn 2000, som var en kombineret time- og knudepunktsmodel. Visionen udtrykte et endemål, så der var sikkerhed for, at de nødvendige ny- og udbygninger af banerne ikke blev overhalet af kreative idéer, som krævede en helt anden planlægning.

I tilslutning til visionen definerede man, at togene skulle køre "ikke så hurtigt som muligt, men så hurtigt som nødvendigt". Ny- og udbygning af baner skulle altså ske selektivt frem mod endemålet.

Den økonomiske situation betød, at det har taget noget længere tid at nå visionen; men trods det har endemålet ligget fast. Status er, at landets to største byer Zürich og Bern i dag er forbundet af et højklasset intercity-system i halvtimedrift med knuder i begge byer i minut 00 og 30. Stort set hele strækningen er opgraderet, blandt andet med flere længere nybygningsafsnit, som samtidig har afkortet banen.

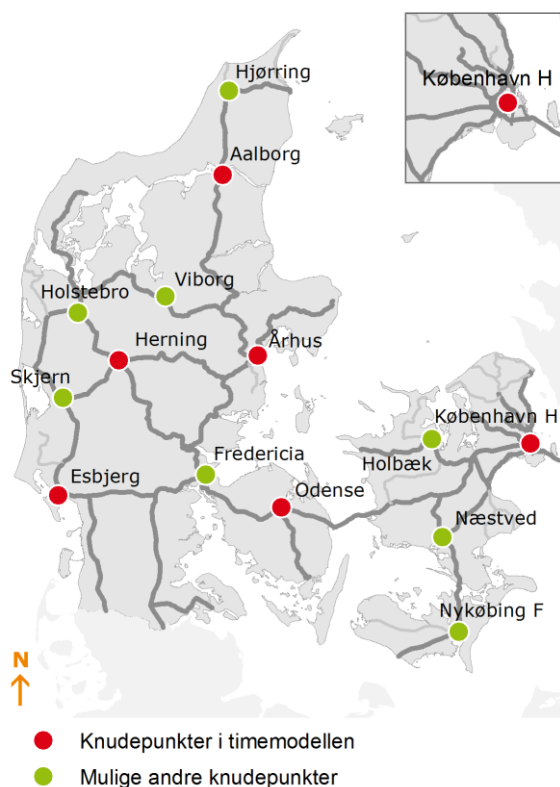
Figur 49. Knudepunktssystem Bahn 2000 i 2007. Gul (00'/30') og orange (15'/45')



Knudepunkter i Danmark

Timemodellen har udpeget forskellige stationer som knudepunkter, idet der her bliver afgang/ankomst i samme minuttal fra flere retninger.

Figur 50. Eksempel på, hvor i landet der hensigtsmæssigt kunne etableres knudepunkter:



Timemodellen kan i sin endelige form skabe grundlag for knudepunkter i København H, Odense, Aarhus, Aalborg, Esbjerg og Herning, for eksempel som i Tabel 39.

På knudepunkter kan der etableres hensigtsmæssige korrespondancer mellem de hurtige fjern tog, jf. eksemplet, og de regionale tog og busser. Samtidig får regionale tog og busser også indbyrdes korrespondancer.

Knudepunkter kan tilsvarende etableres på baner, der kun har regional tog for at skabe bedst mulig korrespondance med de regionale busser. På enkeltsporede baner vil knudepunkter typisk også være krydsningsstation for togene.

Tabel 39. Kundepunkter i Timemodellen

København H	7.00	8.00	9.00	Aalborg	7.00	8.00	9.00
Odense	8.00	9.00	10.00	Aarhus H	8.00	9.00	10.00
Esbjerg	9.00	10.00	11.00	Herning	8.00	9.00	10.00
Herning	9.00	10.00	11.00	Esbjerg	8.00	9.00	10.00
Aarhus H	9.00	10.00	11.00	Odense	9.00	10.00	11.00
Aalborg	10.00	11.00	12.00	København H	10.00	11.00	12.00

Tabel 40. Kundepunkter m. Timemodellen etape 1

København H	7.00	8.00	9.00	Aalborg	7.00	8.00	9.00
Odense	8.00	9.00	10.00	Aarhus H	8.30	9.30	10.30
Aarhus H	9.30	10.30	11.30	Odense	10.00	11.00	12.00
Aalborg	11.00	12.00	13.00	København H	11.00	12.00	13.00

I et system med tog hver time, kan knudepunkter etableres med en afstand på $\frac{1}{2}$ times køretid og mangefold heraf. I et system med tog hver halve time, kan knudepunkter tilsvarende etableres med en afstand på 15 minutters køretid og mangefold heraf.

En trafikmodel med knudepunkter behøver ikke at vente på timemodellens implementering, men kan også etableres med længere køretider. Når timemodellens første etape København – Odense er realiseret, kan det eksempelvis ske som i Tabel 40.

Værdien af knudepunkter bliver forholdsvis større i tyndere befolkede dele af landet. Her har den kollektive trafik lav frekvens, hvorfor værdien af faste korrespondancer får relativt større betydning.

Ved indførelse af en knudepunktankegang er det dog vigtigt også at være opmærksom på, at knudepunkter kan have en negativ påvirkning på rejsetiden, hvilket bør afvejes mod værdien af den bedre sammenhæng og systematik for kunderne. Høj regularitet er en forudsætning.

CASE: Optimering af stationsstrukturen

Ved at optimere stationsstrukturen, fx ved at nedlægge mindre stationer, kan der på flere strækninger opnås kortere rejsetid og deraf følgende passagervækst.

På Ystadbanen lukkede man i 2002 tre stationer og vandt 10 minutter i kortere rejsetid. Umiddelbart derefter fordobledes passagertallet, og det er siden fortsat med at vokse – dog fra et ganske lavt udgangspunkt.

Optimering af stationsstrukturen kan overvejes på Vestfyn. Ved erstatning af tog med bus på de fire mindste stationer (Holmstrup, Skalbjerger, Bred og Kavslunde) kan rejsetiden for regionaltoget mellem Odense og Fredericia forkortes væsentligt – til glæde for de mange passagerer på de større stationer. DSB har allerede i køreplan 2012 halveret betjeningen af de nævnte stationer, så de nu kun betjenes af 1 tog hver anden time i begge retninger.



Også på privatbanerne er man begyndt at se værdien af stationsoptimering. Havrebjerg og Løve stationer på jernbanestrækningen Slagelse – Høng-Tølløse (Regionstog A/S) blev fx nedlagt ved køreplansskiftet den 11. december 2011.

Nedlæggelsen skete i forbindelse med en optimering af køreplansstrukturen på den pågældende strækning og indgik som led i dels en opgradering af den pågældende strækning fra 75 km/t til 100/120 km/t, dels som led i Region Sjællands trafikbestilling for 2012.

Dilemma mellem fri trafik og fast linjestructur
Tyske erfaringer peger på, at fri trafik over tid udvikler sig fra at være robust og systematisk

til nærmest at være kørsel med enkeltog. Det er derfor en udbredt myndighedsopfattelse, at hvis man ønsker en robust og systematisk køreplan kan det ikke ske alene ved fri trafik, men for eksempel ved en form for koncession kombineret med pligt til en bestemt togbetjening.

Det er en særlig udfordring at bestemme den forventede togbetjening over landegrænser, da der er flere parter involveret og der kan være tekniske udfordringer.

Samdrift med privatbaner

Privatbanerne kører i dag i små lukkede togsystemer indenfor privatbanernes regi, hvor man på de statslige strækninger oftest kører mere vidtforgrenede togsystemer omfattende større dele af det statslige net.

Der er både fordele og ulemper ved at køre i små lukkede systemer frem for mere vidtforgrenede systemer. Den passagermæssige fordel ved små lukkede systemer er, at der køres med højere regularitet, idet forsinkelser ikke i samme grad spredes fra en strækning til en anden.

Til gengæld er der ved små lukkede systemer ikke direkte togforbindelse til lige så mange destinationer, hvilket grundet omstigning vil påvirke efterspørgslen negativt. Det er især problematisk, hvis væsentlige naturlige destinationer for en strækningsopland ligger udenfor den pågældende strækning.

Stort set i hele landet er der ønsker om samdrift mellem privatbaner og de statslige baner. Eksempler på samdriftsmuligheder er illustreret i casen "Samdrift med privatbaner" nedenfor.

Første eksempel på en realiseret samtrafik træder i kraft 1. juli 2012. Fra denne dag bliver det muligt for passagererne på Vestbanen at rejse til stationerne på strækningen Varde-Esbjerg uden togskifte.

Samtrafikken består i en koordineret køreplanlægning samt i en fleksibel anvendelse og vedligeholdelse af materiel. Trafikbetjeningen på strækningen Varde-Esbjerg er uændret, men bindes i kraft af en koordineret køreplan sammen med trafikken på Vestbanen, således at der opnås gennemgående forbindelse fra Nr. Nebel til Esbjerg.

CASE: Samdrift med privatbaner

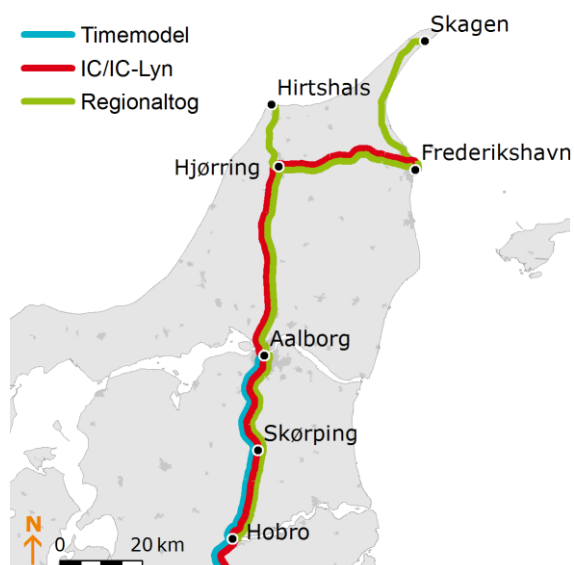
De regionale trafikselskaber udtrykker i stigende grad ønske om samdrift mellem de statslige baner og privatbanerne. Samdrift kan være ønskeligt ud fra enten et passagermæssigt synspunkt for at give passagererne større mulighed for at komme direkte til deres destination, men også ud fra et driftsmæssigt synspunkt.

Samdrift i Nordjylland

En ny sammentænkning af togtrafikken i Nordjylland, hvor togtrafikken på Aalborg Nærbane og Aalborg-Hjørring-Frederikshavn overgår til et produktionsfælleskab med Hirtshalsbanen og Skagensbanen, vurderes at have stort potentiale ud fra både et passagermæssigt og produktionsmæssigt synspunkt. De lokale parter har stort ønske herom.

Fordelene består i direkte forbindelser fra Hirtshals og Skagen til Aalborg. Afskæres de landsdækkende tog i Aalborg vil der endvidere kunne opnås højere regularitet Aalborg-Hjørring-Frederikshavn.

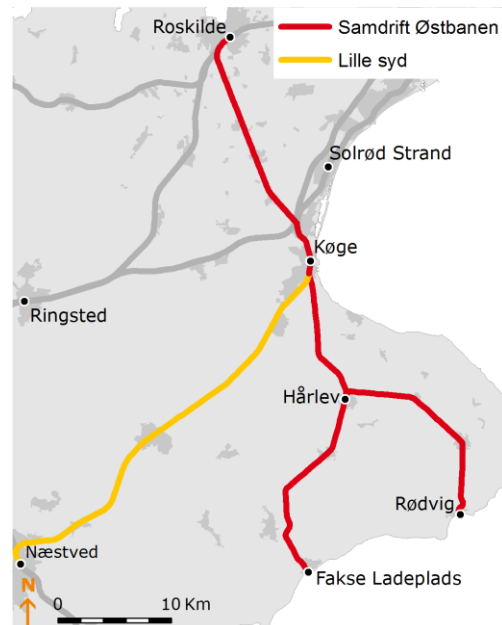
I INTs vision for den fremtidige togbetjening suppleres de landdækkende tog på strækningen fra Hobro og nordpå med regionaltog til Hirtshals hhv. Skagen som illustreret nedenfor



Samdrift Lille Syd-Østbanen

Når den nye bane København-Ringsted åbner i 2018, er planen at køre direkte tog fra Næstved til København ad den sydlige del af "Lille Syd" via Køge. Det kan derfor overvejes at samtænke driften af den nordlige del af Lille Syd og Østbanen, som i dag køres af Regionstog. Fordelen er direkte tog mellem

Roskilde og Stevns kombineret med en optimering af togdriften.



Samdrift i Vestsjælland

I 2015 er der dobbeltspor hele vejen fra Roskilde til Holbæk, hvilket giver mulighed for markante forbedringer af togbetjeningen til og fra Holbæk. De øvrige strækninger i området (statsbanen Holbæk-Kalundborg og privatbanerne Holbæk-Slagelse og Holbæk-Nykøbing Sj.) vil fortsat være enkeltsporede.

På den baggrund kan nye betjeningskoncepter overvejes, fx mulighederne for direkte tog fra de vestsjællandske privatbaner til Roskilde eller København til gavn for passagerne. Evt. også fra Nakskov til København.



Køreplaner

Fastlæggelse af de konkrete køreplaner har direkte betydning for den oplevede rejsetid og dermed for togets konkurrenceforhold. Skal den langsigtede målsætning om kortest mulige rejsetider realiseres, gælder det om at sikre, at rejsetiden ikke bliver længere end højst nødvendig, når der samtidig tages hensyn til andre forhold som fx regularitet.

Det er ikke muligt at sige, hvordan de faktiske køreplaner vil blive de tre planår. De egentlige køreplaner fastsættes årligt i henhold til den aftalte køreplanlægningsproces med inddragelse af de regionale trafikselskaber og under hensyntagen til øvrige tog på nettet.

Konkrete køreplaner afhænger af forudsætninger om køretider på strækninger og holdetider på stationer. Udover den rå køretid indlægges der nemlig ofte ekstra tid for at tage højde for mindre irregulariteter mv. Problemstillingen omkring køretidstillæg belyses i det følgende og der anvises forslag til hvilke køretidstillæg, der kan anvendes til planlægningsformål. Målet hermed er at øge gennemsigtigheden og sikre konsistente beslutningsgrundlag.

Køretidstillæg

En væsentlig forudsætning for køreplaner på jernbanen er at fastslå hvor lang køretid der skal være mellem de forskellige stationer. Køretiden består dels af teknisk eller "rå" minimumskøretid der beregnes på baggrund af togets og infrastrukturens tekniske specifikationer. Og dels af køretidstillæg, der er yderligere tid der vurderes nødvendig så toget ikke bliver forsinket af de forstyrrelser der normalt vil forekomme, midlertidige hastighedsnedsættelser, for at kompensere for forskellig køreadfærd blandt lokomotivførere m.v.

Den internationale jernbaneunion UIC har udgivet en anbefaling af minimumsstørrelsen på køretidstillæg (UIC 451-1 OR). Tillæggets størrelse varierer efter hastighed, så hurtige tog har større tillæg pr. km end langsommere tog.

En kortlægning af køretid og køretidstillæg på den danske jernbane viser jf. Figur 51, at der på langt de fleste danske strækninger er et betydeligt overskud af køretidstillæg sammenlignet med UIC's anbefalede minimumsniveau. Generelt er baggrunden for overskydende tillæg ikke dokumenteret, og det er derfor uklart om der er et potentiale for at reducere dette overskud og dermed køretiden. Årsager til overskydende tillæg kan bl.a. være:

- I køreplaner med fast struktur (samme minuttal hele døgnet) planlægges efter laveste fællesnævner.
- Hurtige Lyn- og IC-tog er gjort langsommere så kapacitet på banen kan udnyttes til at køre flere tog
- Datasæt for togmateriel og infrastruktur til beregning af køretider er ikke opdateret
- Proces for kapacitetstildeling giver dårlige muligheder for at lave en samlet planlægning og optimering af hele køreplanen
- Nogle procedurer som tager ekstra tid er ikke inkluderet i køretidsberegningen, fx kobling af togsæt i drift
- Rettidighedshensyn

Køretidstillæg til planlægningsbrug

I dagens situation anvendes et betydeligt overskud af tillæg i forhold til UIC minimum. I forbindelse med strategisk planlægning er det derfor næppe rimeligt at antage at UIC's minimumstillæg alene er en rimelig forudsætning.

Derfor kan følgende overordnede model anvendes til at fastlægge niveauet for minimumskøretidstillæg til planlægning af konfliktfri køreplaneksempler til planlægningsbrug.

Dobbeltsporede baner

Som udgangspunkt anvendes UIC's metode til beregning af tillæg. På baner med høj kapacitetsudnyttelse og/eller kompleks drift ganges tillægget med en faktor. Ved kompleks drift forstås fx strækninger som både trafikeres af gods- og persontog, eller strækninger som trafikeres af både Lyntog og regional-/nærbanetog der fortsætter på enkeltsporede strækninger.

Tabel 41. Tillægsfaktor i forhold til UIC anbefaling

Situation	Dobbeltspor	Enkeltspor
Basis	1	1
Høj kapacitetsudnyttelse	1,5	1
Kompleks drift	1,5	1,5
Høj kapacitetsudnyttelse og kompleks drift	2	2

I visse tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at nogle togsystemer ikke anvender tillægsfaktoren, da den kortest mulige køretid har særlig høj prioritet. Det kan være tilfældet for langsomme tog på strækninger med højkapacitetsudnyttelse og heterogen drift, eksempelvis regionaltog på Vestfyn. Det kan også være tilfældet for eksempelvis "timemodel"-tog.

Enkeltsporede baner

På enkeltsporede baner uden kompleks drift anvendes tillægsfaktoren for høj kapacitetsudnyttelse ikke.

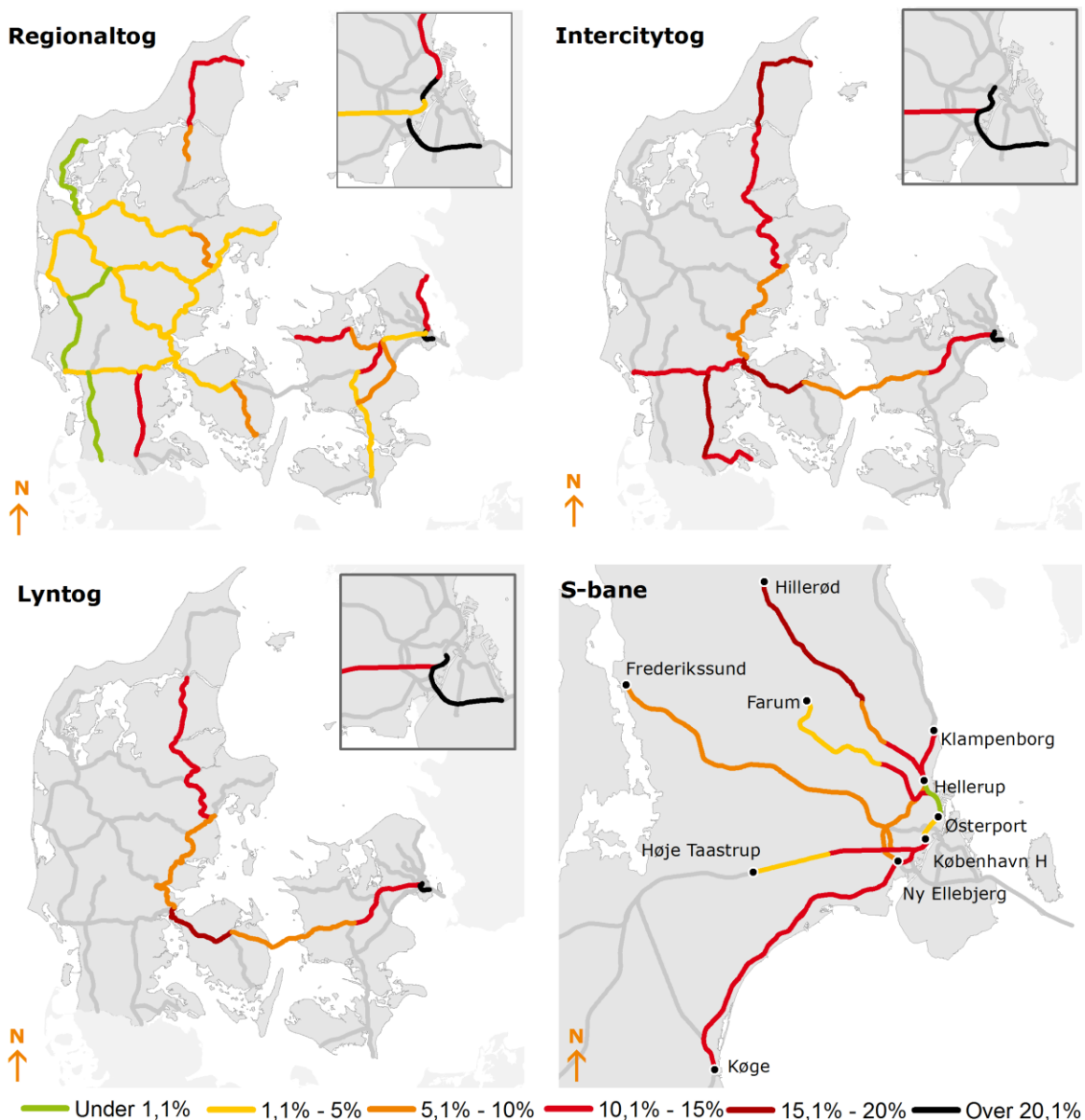
Dagens køretidstillæg i Danmark

På langt de fleste danske strækninger anvendes et betydeligt overskud af køretidstillæg sammenholdt med UIC's anbefalede minimumsniveau.

På Lyn- og IC-strækninger er minimumstillægget beregnet efter UIC metoden typisk 6-8% af den rå køretid, og på regionalstrækninger er niveauet typisk 4-5% af rå køretid – der er således mange steder en faktor 2 til 3 til forskel. For at give et eksempel i absolutte tal bør der på strækningen Aarhus-Aalborg minimum være et tillæg på 4,4 minutter jf. UIC's metode. Gennemsnitligt har lyntog på strækningen dog et tillæg på 11,7 minutter og IC-tog 13,2 minutter, altså et overskud på 7,2 - 8,8 minutter.

UIC's anbefaling indeholder ikke en særskilt beskrivelse af tillæg ved S-banedrift. UIC niveauet for S-tog er derfor opgjort på samme måde som for regionaltog. På S-banen anvendes et lavt niveau af tillæg på banens centrale afsnit hvor kapaciteten udnyttes mest intensivt, mens der generelt er et højere niveau af tillæg på de tilstødende strækninger. Der fokuseres på den måde på, at tog ankommer rettidigt til området med intensivt udnyttet kapacitet, mens kørtiden på selve det belastede afsnit er relativt "stram". På fjernbanen planlægges derimod med et meget højt overskud på strækninger med højt udnyttet kapacitet fx mellem København H og Østerport.

Figur 51. Overskud i dagens køretidstillæg sammenholdt med UIC-anbefaling (% af rå køretid)



Kapaciteten på banenettet

Den samlede kørsel og kapacitetsudnyttelsen er forøget de senere år. Trods udbygninger de kommende år forventes kapacitetsudnyttelsen af skinnenettet yderligere forøget fremover.

Om banekapacitet

Banekapaciteten afhænger både af infrastrukturens beskaffenhed og togenes kørselsmønster. Desuden er der en sammenhæng mellem banekapacitet og togforsinkelser. Hvis togene skal køre præcist, er det nødvendigt at have en vis mængde ubenyttet banekapacitet, som skal sikre, at små uregelmæssigheder i togdriften ikke forplanter sig til andre tog. Jo mindre kapacitetsoverskuddet er, jo oftere vil det ske, at forsinkelser breder sig fra det ene tog til det næste, hvilket kan forplante sig ud over banenettet.

Banekapaciteten på en strækning afhænger først og fremmest af, om banestrækningen er enkeltsporet eller dobbeltsporet. På det statslige banenet er der i alt 1.113 km enkeltsporede strækninger. På fjernbanen er der derudover 746 km dobbeltsporede strækninger og 12 km firsporet strækning. På S-banen er der 170 km dobbeltsporet S-bane, hvoraf 33 km forløber langs en dobbeltsporet fjernbane. Mellem København H og Dybbølsbro er der fire spor på S-banen. En flaskehals på S-banen er den korte enkeltsporede strækning ved Fiskebæk mellem Værløse og Farum.

På enkeltsporede banestrækninger kan der kun køre et tog ad gangen i hver retning frem til den næste station, hvor togene kan mødes og passere hinanden. En enkeltsporet banes kapacitet kan øges med flere krydsningsstationer, samtidig indkørsel, automatisk trafikkoncept, køretid tilpasset krydsningsstationerne afstand (forlænget køretid, færre stop) eller flere blokafsnit. Banekapaciteten på en enkeltsporet strækning er typisk 2-3 tog per time i hver retning.

På dobbeltsporede banestrækninger kører togene uafhængigt af hinanden i hver retning. Her afhænger banekapaciteten af, hvor tæt efter hinanden togene kan køre. Dette

afhænger både af den tekniske indretning på strækninger, opholdstid på stationer og hvor ensartet togene kører. Hvis togene har forskellig kørehastighed, f.eks. fordi der både kører standsende og gennemkørende tog på samme strækning, vil togene indhente hinanden, hvilket begrænser banekapaciteten betragteligt.

En dobbeltsporet banes kapacitet kan øges ved udbyggede signalanlæg, flere overhalingsstationer, flere perronspor på stationer, højere hastighed til og fra vigespor samt gennem transversaler mellem hovedspor, niveaufri forgreninger, forgrening med høj hastighed, køreplan med "bundtning" af tog med ensartet hastighed eller ensartet hastighed for alle tog.

Hvor togtrafikken kører med ensartet lav hastighed, har korte stationsophold og en optimal teknisk indretning, kan banekapaciteten være helt op til 30 tog per time i hver retning (f.eks. S-banens centrale strækning mellem København H og Østerport). På en almindelig dobbeltsporet strækning vil kapaciteten typisk variere i størrelsesordenen 4-15 tog per time i hver retning. Det præcise antal afhænger af blandingen af langsomme og hurtige tog samt af banens tekniske indretning.

Det nye signalsystem har umiddelbart den fordel, at togkontroldelen permanent er optimeret gennem brug af radiotransmission mellem tog og trafikcentral. Et togs køretilladelse vil derfor straks blive opdateret, når betingelserne foran toget ændrer sig. Herudover vil virkemidlerne være uændrede, men det forventes, at det vil blive væsentlig billigere at iværksætte disse kapacitetsforbedrende tiltag.

Figur 52. Antal spor pr strækning 2012

Antal spor

- Enkeltspor
- Dobbeltspor
- 4 spor
- S-bane enkeltspor
- S-bane dobbeltspor
- Øvrige baner

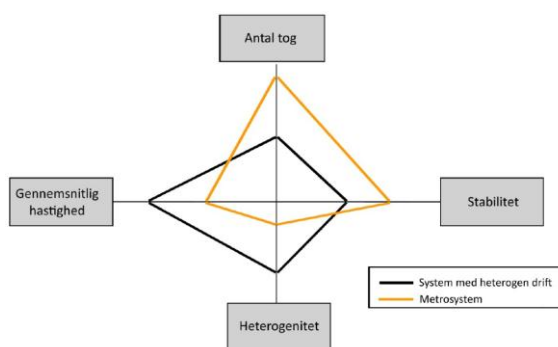


Forhold, som påvirker en banes kapacitet

En generel mulighed for at øge en banes kapacitet er at acceptere en lavere regularitet.

En schweizisk model indikerer de modstridende forhold for at opnå højst mulig kapacitet. Hvis en banes kapacitet er (ved at være) udnyttet, kan ét af forholdene kun fremmes, hvis man er villig til at acceptere forringelser på ét eller flere af de øvrige:

Figur 53. Forhold, som påvirker en banes kapacitet



S-banen er et eksempel på homogen drift. Her kører mange tog med samme type materiel, begrænset hastighed og med en høj rettidighed.

Banen Odense-Snoghøj er eksempel på en bane med heterogen drift. Her kører en

kombination af hurtige fjern tog, langsomme regional tog og langsomme godstog; kombinationen begrænser togtallet eller forlænger tidsforbruget og rettidigheden er relativt dårlig.

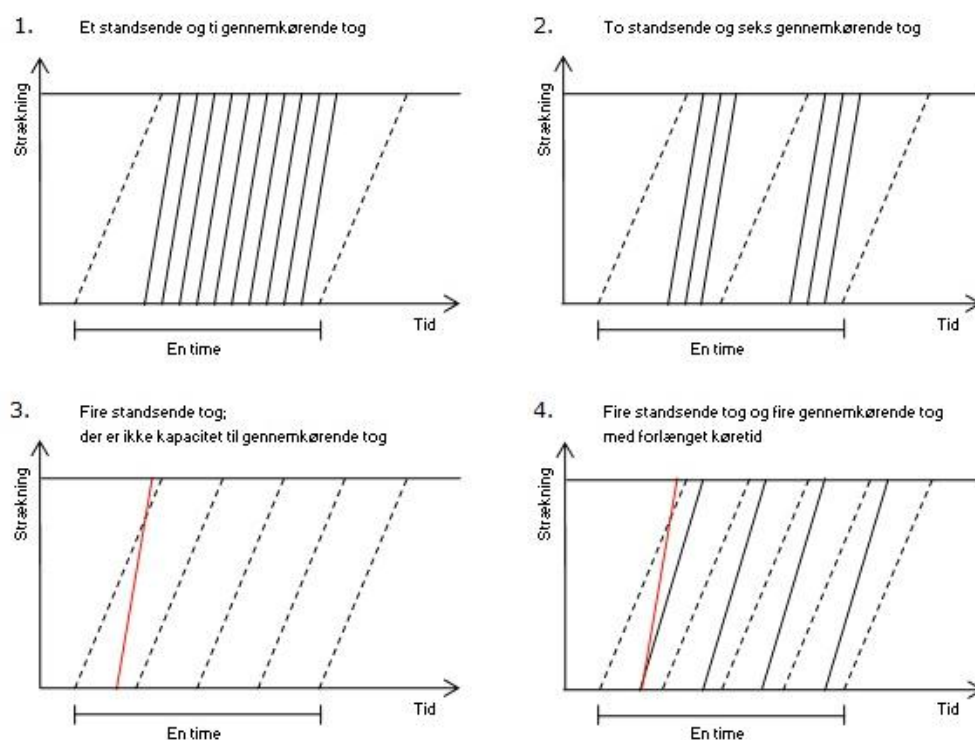
Hvis man ønsker at køre flere tog, kan konsekvensen f.eks. være enten dårligere regularitet eller at alle tog skal køre med samme lave hastighed og deraf følgende køretidsforlængelser.

Konsekvensen er illustreret i en kapacitetsvurdering fra Jernbaneverket i Norge jf. Figur 54.

I eksempel 1 "bundtes" de gennemkørende tog, så der bliver kapacitet til 10, og der kører ét standsende tog. I eksempel 2 kører der et standsende tog hver halve time, og det nedsætter kapaciteten til 6 gennemkørende tog. Eksempel 3 viser, at med standsende tog hvert kvarter er der ikke kapacitet til gennemkørende tog, medmindre de som i eksempel 4 får forlænget køretiden.

På flere danske hovedbaner køres i dag både et højt antal tog og forskelligartede tog; Lyn-, Intercity-, regional- og godstog på samme infrastruktur. Jf. den schweiziske model påvirker det den hastighed, som det er muligt at køre og den samlede regularitet. Det bevirker blandt andet, at Lyntog kører langsommere end de teknisk er i stand til.

Figur 54. Eksempler på togsammensætningens betydning for kapacitet



Modellen er desuden interessant i forhold til at realisere timemodellen, hvor Lyntog forudsættes at køre væsentligt hurtigere end i dag, hvilket, alt andet lige, må forventes at medføre en lavere regularitet.

En mindre konkret faktor i vurdering af en banes kapacitet er den menneskelige faktor og den kultur, som er knyttet hertil. For passagererne handler det typisk om adfærd ved ind- og udstigning. For medarbejdere handler det om reaktionstider, køremønstre, rettidighedsadfærd mv.

Teoretisk kapacitet

Enkeltsporede baner

Der findes ikke en alment anerkendt metode til at opgøre kapaciteten på enkeltsporede baner.

Når Banedanmark opgør kapaciteten på enkeltsporede strækninger tager de udgangspunkt i den del af en enkeltporet strækning, hvor der er længst mellem krydsningsstationerne. Køretiden mellem de to stationer beregnes og herudfra beregnes, hvor mange tog, der kan køre. Det sammenholdes med køreplanens togantal. Køreplanens togantal udtrykkes som procent af det maksimale togantal, og er procenten større end 75, betragtes banens kapacitet som opbrugt.

Norske Jernbaneverket tager udgangspunkt i den køretidsforlængelse, togene påføres af hensyn til krydsning med modkørende tog. Hvis hurtigste køretid inkl. sædvanlige tillæg er t_0 og den køreplanmæssige tid er t , betragtes kapaciteten som opbrugt, hvis t/t_0 er højere end 1,08.

Der er ikke fuldstændig sammenfald mellem de to metoders resultater. På kortet om kapacitetsudnyttelsen på det statslige banenet (Figur 57) angives kapaciteten som udnyttet, hvis den ene af metoderne viser det.

Eksempel: Kapacitetsudnyttelsen Aalborg-Frederikshavn:

- Ifølge Banedanmarks metode er kapacitetsudnyttelse baseret på det længste strækningsafsnit Sindal-Kvissel. Her kan køre 5,7 tog, som sammenlignet med myldretidernes 4 tog giver en kapacitetsudnyttelse på ca. 70 %. Med en kapacitetsudnyttelse under 75 % betragtes kapaciteten ikke som udnyttet.
- Jernbaneverkets metode betragter hele strækningen, og her er forholdet mellem de faste togs køretid (76 min.) og hurtigste tog køretid (68 min.) 1,10, svarende til, at kapaciteten er fuldt udnyttet. De særlige myldretidstog har en køretid på 88 min., svarende til 1,28 gange længere køretid end hurtigste tog.

Dobbeltsporede baner

Den internationale jernbaneorganisation UIC anbefaler den såkaldte sammenpressede grafs metode. Her optælles det antal minutter i en time, togene i køreplanen ville anvende, hvis de kørte så tæt, som infrastrukturen muliggør, uafhængig af køreplanen. Metoden anbefaler følgende maksimumsværdier:

- S-baner: højst 85 % i myldretiderne og 70 % på øvrige tider
- Andre baner: højst 75 % i myldretiderne og 60 % på øvrige tider.

Metoden har flere svagheder. Hvis den anvendes på delstrækninger, vil den ofte vise, at der er god kapacitet, men hvis flere delstrækninger lægges i forlængelse af hinanden, kan kapaciteten alligevel være opbrugt. Det gælder for eksempel strækningen Fredericia – Aarhus H. Delstrækningerne Fredericia – Vejle, Vejle – Skanderborg og Skanderborg – Aarhus H har hver for sig ledig kapacitet, mens strækningen under ét ikke har det. Det betyder, at det nok vil være muligt at tildele kapacitet til flere tog, men at det kan være nødvendigt at lade disse tog overhale af andre tog undervejs.

En anden svaghed er, at længere stationsophold, end passagerudvekslingen nødvendiggør, øger kapacitetsudnyttelsen unødigt, når graferne presses sammen.

Praktisk kapacitet

Enkeltspor

Den væsentligste faktor er afstanden (i køretid) mellem krydsningsstationerne. Hvis krydsningsstationerne ligger tæt og strækningen og køreplanen i øvrigt er optimeret, kan der opnås en kapacitet på op til 6 tog i timen pr. retning. Værdien af de enkelte krydsningsspor varierer med den aktuelle køreplan. Der kan være krydsningsspor, som i én køreplan kun bruges ved forsinkelser, men som i andre køreplaner har krydsning f.eks. hver time.

Figur 55. Eksempler praktisk kapacitet, enkeltspor (antal tog pr. time pr. retning)



Dobbeltspor

På baner med et spor i hver retning er det især blandingen af togtyper, der afgør kapaciteten. Hvis banen trafikeres af ensartede tog med ensartet standsningsmønster og ensartet (lav) hastighed, kan der opnås en kapacitet på 30-36 tog i timen pr. retning. Hvis banen trafikeres af forskelligartede tog med forskellig hastighed og standsningsmønster, er kapaciteten 6-14 tog.

Stationskapacitet

Uanset om en bane er enkeltspolet eller dobbeltspolet betyder kapaciteten på banens stationer også meget for en banes samlede kapacitet. En forgrening med lav hastighed og en forgrening i niveau vil således reducere den samlede kapacitet. Ved etablering af 2. spor Ballerup-Frederikssund blev banen indrettet til en kapacitet på 24-30 tog i timen pr. retning. Flaskehalsen er imidlertid endestationen Frederikssund, der kan håndtere 6-12 tog, afhængig af køreplanen.

Figur 56. Eksempler praktisk kapacitet, dobbeltspor (antal tog pr. time pr. retning)



Nuværende kapacitetsudnyttelse

Den samlede kørsel på det statslige banenet steg fra 58 til 69 mio. togkilometer årligt over perioden 1995-2010, dvs. en stigning på 19 %. Den samlede strækningsslængde er kun steget ca. 35 km ud af 2040 km, dvs. knap 2 %. Gennemsnitligt er der kommet flere tog på de enkelte strækninger, og kapacitetsudnyttelsen af skinnenettet er forøget.

Når strækninger og stationsanlæg bliver mere belastet, bliver det vanskeligere at køre rettidigt. Hertil kommer, at der de seneste 5 år er foretaget omfattende fornyelsesarbejder pga. et vedligeholdelsesefterslæb, hvilket har medført ekstraordinære forstyrrelser for togtrafikken. Trods problemerne er der også de seneste 5 år kommet flere togpassagerer.

Hvor banekapaciteten er højt udnyttet, opstår der flaskehalse, som begrænser mulighederne for at udvide og forbedre togbetjeningen. Sådanne flaskehalse findes allerede en række steder i banenettet, bl.a. strækningerne København H-Høje Taastrup, Roskilde-Ringsted, Odense-Fredericia samt omkring

Figur 57. Kapacitetsudnyttelse 2012



Aarhus H. Kapaciteten er også opbrugt på en række enkeltsporede strækninger, men her er ikke forventninger om yderligere trafikering.

Kapacitetsudnyttelsen må ikke forveksles med begrebet "overbelastet infrastruktur", som Banedanmark, i overensstemmelse med EUs regler herfor, anvender, når en kapacitetsansøgning ikke har kunnet imødekommes.

Der kan være flere årsager til, at kapaciteten vurderes højt udnyttet, for eksempel:

- stor kapacitetsefterspørgsel
- lang afstand mellem krydsningsmuligheder på enkeltsporede baner
- begrænset antal perronspor på stationer
- begrænset kapacitet på forgreningsstationer
- kombination af hurtige og langsomme tog.

Af Figur 57 fremgår kapacitetsudnyttelsen i 2012-køreplanen.

- På banerne Østerport/Københavns Lufthavn Kastrup-København-Ringsted, Roskilde-Holbæk og Vamdrup-Padborg er kapaciteten højt udnyttet på flere tider af døgnet, og der kan ikke altid tildeles kapacitet på de tider, der ønskes, primært til godstog. Karakteristisk for disse baner er også, at togene kører med lav rettidighed.
- På flere enkeltsporede baner medfører den fuldt udnyttede kapacitet, at rejsetiden forlænges væsentligt, for eksempel Aalborg-Frederikshavn og Skjern-Holstebro. Mellem Langå og Viborg medfører den højt udnyttede kapacitet, at afstanden mellem togene ikke kan blive 30 minutter, men skiftevis 20 og 40 minutter.
- Manglende perronspor udgør kapacitetsbegrænsninger på flere endestationer på S-banen samt i Esbjerg og på Aarhus H.
- På Kystbanen, en del af S-banen og banen Odense-Middelfart skyldes den høje kapacitetsudnyttelsen primært kombinationen af hurtige og langsomme tog.
- Kapacitetsbegrænsende forgreningsstationer er for eksempel Københavns Lufthavn Kastrup (forgrening

mellem passagertog og godstog), Ringsted og Snoghøj mellem Middelfart og Fredericia.

- Mellem Skørping og Aalborg begrænses kapaciteten af det manuelle trafikkoncept (telefoniske af- og tilbagemeldinger mellem betjente stationer).
- Højt udnyttet kapacitet udgør ikke et problem, hvis der ikke efterspørges yderligere kapacitet. Det gælder for eksempel Køge-Næstved, Svendborgbanen, Tønderbanen og Grenaa-banen.

Alternativ kapacitetsudnyttelse

I det omfang, der mangler kapacitet til passagertog og passagerer, behøver kapaciteten ikke nødvendigvis at tilvejebringes gennem øget banekapacitet. Den kan også skaffes gennem mere hensigtsmæssig brug af togmateriellet eller anskaffelse af nyt mere kapacitetsstærkt togmateriel. Det vil ofte være muligt at skaffe væsentlig ekstra passagerkapacitet ved at køre med længere tog eller tog med høj kapacitet pr. enhed, typisk toetagers tog.

Det vil formentlig også være muligt at skaffe en vis ekstra passagerkapacitet ved at ændre de belægningskriterier, som de enkelte operatører ifølge deres kontrakter er forpligtet til at levere. Eksempelvis tillader DSBs kontrakt et antal stående passagerer på delstrækninger under 30 min., hvilket DSB Øresunds kontrakt ikke gør.

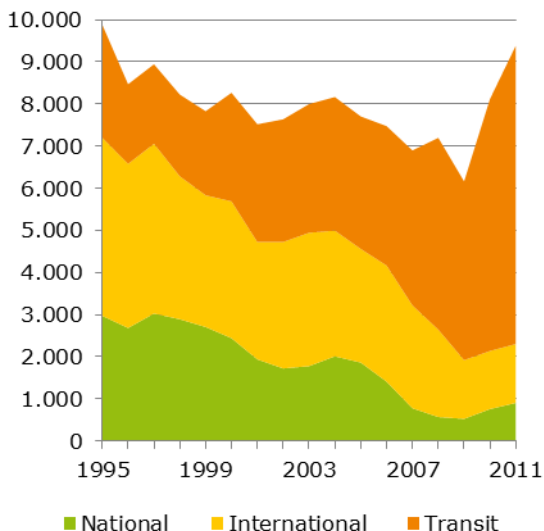
Udnyttelse af kapacitet til godstrafik

Der forventes væsentlig mere gods på bane i fremtiden. Hvis de nuværende udviklingstendenser fortsætter kan godsmængderne være steget med over 80 % i 2027.

Udviklingen i gods på bane har betydning for den øvrige trafik, da den optager kapacitet på banenettet. Fra 1995 til 2009 er der sket et fald i de samlede godsmængder på banen (jf. Figur 58), hvor den nationale og internationale trafik til og fra Danmark er reduceret, mens transittrafikken er steget støt. I de seneste to år har den nationale og internationale trafik været på samme niveau, mens væksten i transittrafikken er øget yderligere. Samlet set er transittrafikken således mere end fordoblet,

mens den øvrige godstrafik er reduceret til en tredjedel.

Figur 58. Udvikling i gods på bane i 1000 tons.



Kilde Danmarks Statistik

Grundet ændringen i udviklingen de seneste år er der udarbejdet en godsprognose med henblik på at vurdere hvor meget kapacitet gods på banen vil optage frem til 2027.

Det vurderes i prognosen, at der fra og med 2012 til og med 2027 vil være følgende vækst i godsmængder (ton):

- National trafik: 1,0 % årligt
- International trafik: 2,0 % årligt
- Transittrafik frem til Femern Bælt forbindelsens åbning: 5,2 % årligt
- Transittrafik fra Femern Bælt forbindelsens åbning med enkeltspor til dobbeltspor i Tyskland: 31 % samlet vækst.

Fremskrivningen af den nationale og internationale trafik bygger på Trafikstyrelsens fremskrivning.

Transittrafikken er baseret på den officielle prognose for gods på bane udarbejdet af det danske og tyske transportministerium, men tilpasset Trafikplanens principielle planår.

Det principielle planår 2022 afspejler situationen efter åbning af Femern Bælt med enkeltspor i Tyskland. Planår 2027 afspejler situationen efter udbygning af Femern Bælt-forbindelsens tyske landanlæg til dobbeltspor, som skal være klar senest 7 år efter åbning af Femern Bælt-forbindelsen. Ifølge den seneste tidsplan forventes kyst til kyst-forbindelsen

over Femern Bælt at åbne i slutningen af 2021. Det betyder, at de tyske jernbane-landanlæg først skal være klar til ibrugtagning senest i slutningen i 2028.

Der forventes 59 transit godstog i planår 2022 og 78 godstog i planår 2027 via Femern Bælt.

Hvis vækstforudsætningerne indfries vil godsmængderne være steget med over 80 % i 2027. Den største vækst ses indenfor transittrafikken, hvor der ventes en stigning på omkring 100 %.

Forventningerne bygger blandt andet på den store vækst i gods på bane de senere år. Væksten har været drevet af transittrafikken, der sammen med den internationale trafik fortsat forventes at stige i de kommende år. Den nationale transport forventes svagt stigende i perioden.

Figur 59 illustrerer den forudsatte væksts betydning for kapacitetsbelastningen af gods på bane på statsbanestrækningerne i basisåret 2011 og de tre planår 2017, 2022 og 2027.

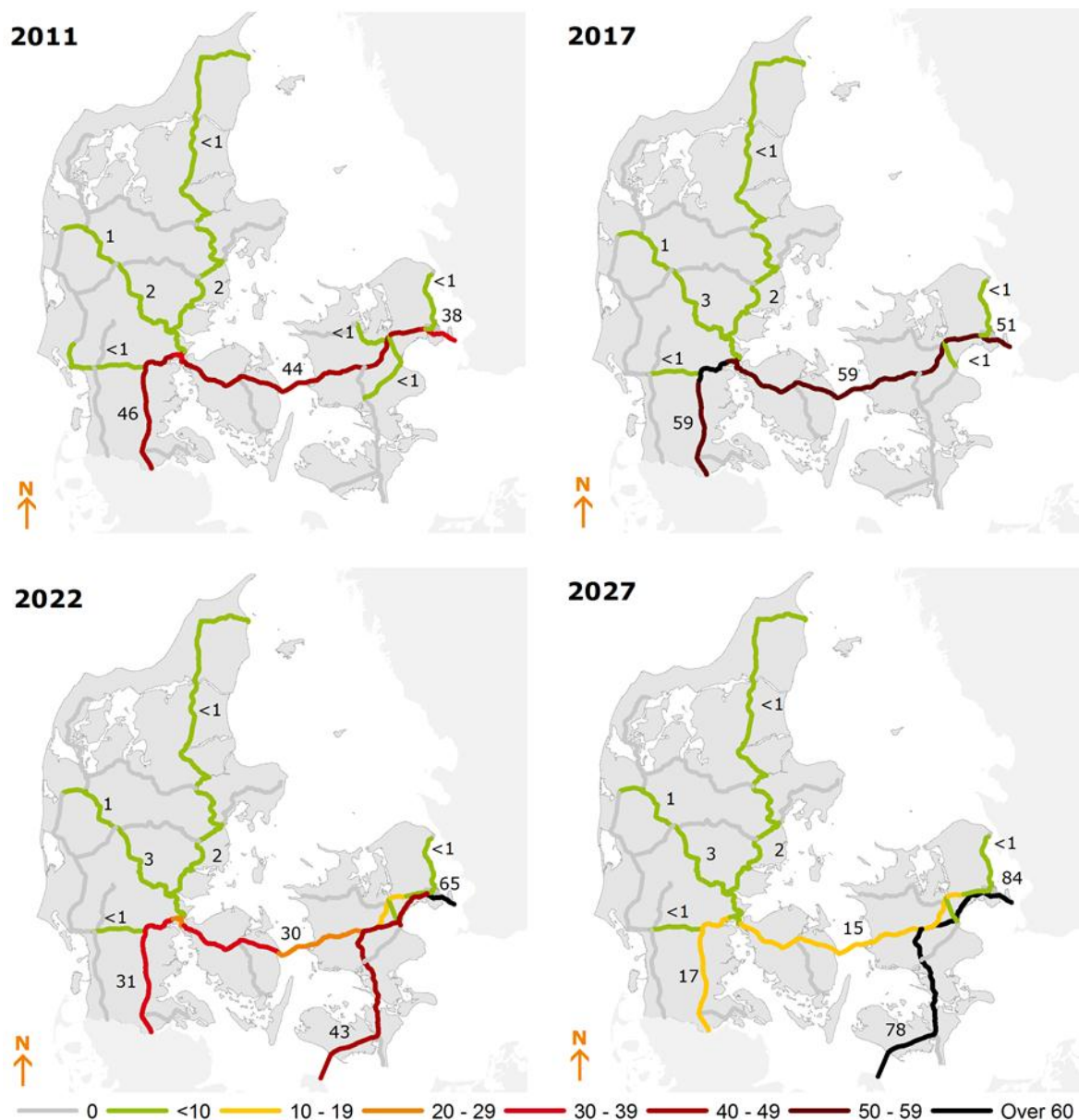
Da antallet af godstog varierer over ugen angives antallet for den ugedag, hvor der kører flest godstog – den såkaldte maksimale ugedag.

Geografisk set vil godstrafikken i fremtiden fortsat være præget af trafik mellem Sverige og Tyskland, hvorfor de strækninger hvor der kører transittrafik vil få den største belastning. Strækningerne med transittrafik vil dog ændre sig i fremtiden blandt andet i takt med, at forskellige infrastrukturprojekter bliver etableret.

Således ses det af figuren, at når København-Ringsted er etableret i 2017 vil en stor del af godstrafikken køre af den nye bane. I 2022, når Femern Bælt-forbindelsen er ibrugtaget, vil en del af transittrafikken overflyttes hertil, men på grund af kapacitetsbegrænsningen af infrastrukturen i Tyskland vil en del af trafikken fortsat køre over Fyn og Jylland. Som det fremgår af den fælles dansk-tyske prognose for jernbanetrafikken via Femern Bælt, forventes stort set alt transittrafik at køre ad den ca. 160 km kortere rute over Femern Bælt i 2027.

I prognoserne er der ikke forudsat en stigning i vægten af togene. Såfremt vægten øges ved fx at køre længere tog vil det være muligt at transportere den samme mængde gods på færre tog.

Figur 59. Gods på bane 2011-2027 (antal tog, maks. ugedag, sum begge retninger).



Note: Det principielle planår 2022 afspejler situationen efter åbning af Femern Bælt med enkeltspor i Tyskland. Planår 2027 afspejler situationen efter udbygning til dobbeltspor i Tyskland.

Kapacitetstildeling

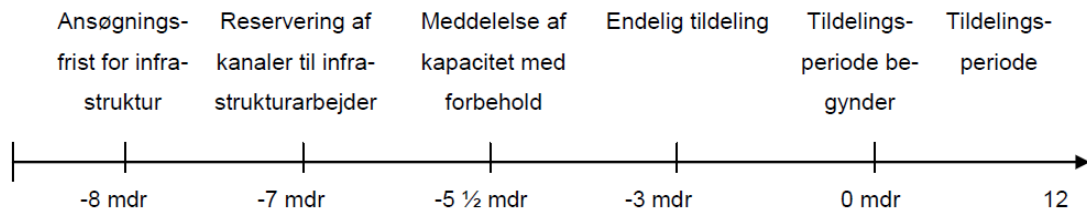
En jernbanevirksomhed tildeles kapacitet af Banedanmark, med henblik på at drive jernbanevirksomhed. Tildelingen sker årligt på baggrund af en konkret ansøgning fra jernbanevirksomheden, og hver tildelingsperiode har en varighed af et år. For at bevare retten til de tildelte kanaler skal jernbanevirksomheden benytte disse. Herudover kan der tildeles kapacitet til lejlighedsvis kørsel.

Tildeling af kapacitet på Banedanmarks infrastruktur følger processen i Figur 60.

I de tilfælde, hvor der foreligger modstridende ønsker om kanaler på et baneafsnit, indkalder Banedanmark de pågældende jernbanevirksomheder til forhandlinger.

Såfremt der ikke findes en løsning ved forhandlingerne, træffer Banedanmark afgørelse om fordelingen.

Figur 60. Proces for tildeling af banekapacitet



Ved kanaltildeling på overbelastet infrastruktur har offentlig servicetrafik fortrinsret frem for andre former for trafik. Omfanget af trafik udført som offentlig service kan dog kun øges i forhold til foregående tildelingsperiode ved en udvidelse af kapaciteten på det pågældende baneafsnit eller efter nedenstående regler.

Hvor den samlede kapacitet på overbelastet infrastruktur ikke anvendes af trafik udført som offentlig service, sker kanaltildelingen efter følgende prioritering:

- 1) Jernbanevirksomheder der udfører passager- eller godstrafik, der ikke er offentlig servicetrafik, kan bevare 90 pct. af sin kapacitet fra den foregående kanaltildelingsperiode på alle baneafsnit fra en tildelingsperiode til den næste, hvis der indgives

ansøgning herom. Halvdelen af de kanaler, der afgives på det ansøgte baneafsnit, tildeles ansøgere, der for første gang ansøger om tildeling af kanaler på baneafsnittet.

- 2) Ny trafik udført som offentlig service.
- 3) Godstrafik i internationale godskorridorer.
- 4) Anden trafik.

Der kan klages over afgørelsen til Jernbanenævnet.

Jernbanenævnet overvåger konkurrencesituationen for jernbaneområdet i Danmark i relation til bl.a. tildeling af jernbaneinfrastrukturkapacitet, opkrævning af baneafgifter samt passagerrettigheder.

Godskorridorer

De europæiske medlemslande har juridisk forpligtet sig til at indføre en række grænseoverskridende banegodskorridorer i EU inden henholdsvis 2013 og 2015.

Danmark er en del af korridor B, der forløber mellem Stockholm og Napoli og er ca. 3600 km lang. Den går igennem Italien, Østrig, Tyskland, Danmark og Sverige og er af stor betydning for godstransporten mellem Nord- og Sydeuropa. I Danmark går korridoren via to spor. Det ene går via Sønderjylland, det andet spor går via den kommende faste forbindelse over Femern Bælt.

Korridor B er en del af et større net af seks europæiske jernbanekorridorer (A-F), som krydser hinanden på strategisk udvalgte steder i EU. På disse strækninger er der særlig opmærksomhed på at forbedre infrastrukturen, afhjælpe flaskehalse, harmonisere procedurer for togdriften og at fremme den tekniske sammenhængskraft ved udrulning af ERTMS.

Med godskorridorerne bliver indført en 'One-stop-shop', der gør det lettere at ansøge om kanaltildeling. De, der søger om kanaler, kan fremover nøjes med at sende en ansøgning til hele korridoren i stedet for hos hver enkelt infrastrukturforvalter.

På baggrund af en Korridor B-rapport fra 2005 forventes det, at antallet af tog på korridor B vil stige med ca. 50 % i tidsrummet 2005-2015. I samme periode vil den mængde gods, der kan transporteres (målt i tons) i samme periode kunne stige med op til 60 %, bl.a. fordi togene bliver længere.

Rejsetiden mellem Stockholm og Napoli forventes at kunne blive reduceret fra 51 timer til 46 timer, når Signalprogrammet er udrullet og Femern Bælt forbindelsen etableret.

Bilag 1 Passagerudvikling pr. station

Udvikling i passagertal pr. station 2010 – 2027

Antal afrejser og ankomster med fjern-, regional- og S-tog opgjort pr. station ekskl. metro, privatbane, letbane og bus. Passagerer der skifter til et andet fjern-, regional- eller S-tog indgår ikke.

Reduceres mere end 10%
Mellem - 10% og +10%
Stigning mellem 10% og 25%
Stigning over 25%

Afrejser og ankomster	Hverdag				År			
	2010	2017	2022	2027	2010	2017	2022	2027
Albertslund	11.000	12.000	13.000	13.200	2.949.000	3.235.000	3.476.000	3.539.000
Alken	150	160	160	160	40.000	43.000	43.000	43.000
Allerød	7.900	9.200	10.300	10.500	2.132.000	2.481.000	2.761.000	2.829.000
Arden	450	480	490	490	133.000	144.000	148.000	147.000
Aulum	440	480	490	490	121.000	131.000	133.000	134.000
Avedøre	5.100	5.600	5.900	6.100	1.342.000	1.475.000	1.568.000	1.600.000
Bagsværd	5.300	5.800	6.200	6.300	1.423.000	1.552.000	1.662.000	1.682.000
Ballerup	14.100	15.300	16.700	17.000	3.753.000	4.090.000	4.456.000	4.527.000
Bedsted Thy	150	160	160	160	42.000	45.000	45.000	45.000
Bernstorffsvej	2.700	2.900	3.000	3.100	707.000	772.000	800.000	814.000
Birk Centerpark	340	380	380	390	99.000	110.000	113.000	114.000
Birkerød	7.900	9.100	9.900	10.100	2.108.000	2.444.000	2.651.000	2.713.000
Bispebjerg	5.200	5.500	4.700	4.700	1.364.000	1.454.000	1.233.000	1.243.000
Bjerringbro	1.100	1.300	1.300	1.300	311.000	357.000	364.000	367.000
Bording	170	190	200	200	47.000	52.000	54.000	55.000
Borris	100	110	110	110	27.000	29.000	29.000	29.000
Borup	2.200	2.500	2.600	2.600	702.000	772.000	816.000	827.000
Bramming	2.000	2.200	2.200	2.200	589.000	629.000	643.000	642.000
Brande	730	780	790	790	207.000	223.000	229.000	229.000
Bred	100	110	120	120	29.000	31.000	32.000	32.000
Bredebro	190	200	210	210	50.000	53.000	54.000	54.000
Brejning	180	190	190	190	49.000	53.000	54.000	55.000
Brøndby Strand	4.700	5.200	5.100	5.200	1.229.000	1.365.000	1.343.000	1.376.000
Brøndbyøster	5.600	6.200	6.800	7.000	1.513.000	1.676.000	1.818.000	1.859.000
Brønderslev	2.100	2.300	2.300	2.300	591.000	635.000	652.000	652.000
Brøns	70	70	70	70	18.000	19.000	19.000	19.000
Brørup	540	580	600	590	151.000	164.000	167.000	167.000
Buddinge	5.800	6.300	7.500	7.600	1.537.000	1.666.000	1.990.000	2.018.000
Bur	30	30	30	30	8.000	9.000	9.000	9.000
Børkop	410	430	440	430	110.000	118.000	120.000	119.000
Charlottenlund	4.200	4.600	4.800	4.900	1.131.000	1.249.000	1.290.000	1.312.000
Danshøj	4.000	4.200	4.300	4.300	1.050.000	1.110.000	1.133.000	1.138.000
Dybbølsbro	12.100	13.100	9.900	10.000	3.191.000	3.442.000	2.609.000	2.638.000
Dyssegård	1.300	1.400	1.400	1.400	336.000	365.000	378.000	383.000
Døstrup Sdj	70	80	80	80	20.000	21.000	21.000	21.000
Egedal	1.400	1.500	1.700	1.700	361.000	400.000	440.000	452.000
Ejby	440	460	470	470	118.000	126.000	128.000	127.000
Emdrup	4.800	5.100	5.200	5.200	1.282.000	1.377.000	1.390.000	1.405.000

Afrejser og ankomster	Hverdag				År			
	2010	2017	2022	2027	2010	2017	2022	2027
Engesvang	350	380	400	410	96.000	107.000	112.000	114.000
Enghave	7.700	8.300	5.800	5.900	2.041.000	2.202.000	1.544.000	1.562.000
Esbjerg	4.800	5.300	5.600	5.700	1.566.000	1.745.000	1.870.000	1.918.000
Eskilstrup	350	370	410	410	113.000	120.000	134.000	133.000
Espergærde	5.000	5.400	5.700	5.800	1.553.000	1.690.000	1.786.000	1.808.000
Farum	5.000	5.600	6.100	6.300	1.347.000	1.508.000	1.644.000	1.689.000
Flintholm	15.700	16.700	14.700	14.800	4.119.000	4.377.000	3.850.000	3.874.000
Fredericia	5.900	6.700	7.300	7.500	1.813.000	2.072.000	2.262.000	2.349.000
Frederikshavn	1.500	1.700	1.800	1.900	521.000	585.000	623.000	640.000
Frederikssund	5.400	6.100	6.700	6.900	1.459.000	1.625.000	1.800.000	1.849.000
Friheden	7.100	7.800	8.300	8.500	1.866.000	2.062.000	2.209.000	2.259.000
Fruens Bøge	160	180	180	180	47.000	51.000	52.000	54.000
Fuglebakken	4.300	4.600	3.800	3.900	1.136.000	1.212.000	1.016.000	1.022.000
Gadstrup	670	730	730	730	212.000	230.000	230.000	231.000
Gelsted	370	400	400	400	100.000	107.000	108.000	108.000
Gentofte	3.300	3.700	3.800	3.900	886.000	986.000	1.028.000	1.052.000
Give	530	570	580	580	157.000	169.000	172.000	172.000
Gjesing	280	290	290	290	71.000	75.000	75.000	75.000
Glostrup	15.900	17.500	22.500	22.900	4.260.000	4.714.000	6.020.000	6.141.000
Glumsø	940	1.000	1.100	1.200	288.000	317.000	346.000	353.000
Gredstedbro	220	230	240	240	57.000	61.000	62.000	61.000
Grenaa	630	-	-	-	197.000	-	-	-
Greve	6.400	7.000	8.000	8.200	1.695.000	1.856.000	2.139.000	2.183.000
Grøndal	4.000	4.300	3.500	3.500	1.055.000	1.123.000	922.000	924.000
Gråsten	140	170	180	190	55.000	65.000	70.000	73.000
Guldager	90	90	90	90	23.000	25.000	25.000	25.000
Gødstrup	-	540	550	560	-	154.000	157.000	159.000
Gørding	260	270	270	270	69.000	73.000	74.000	74.000
Gårde	50	50	50	50	14.000	14.000	15.000	15.000
Hadsten	1.200	1.300	1.400	1.400	353.000	387.000	399.000	401.000
Hammerum	160	180	180	190	46.000	52.000	54.000	55.000
Hareskov	1.600	1.800	2.000	2.000	429.000	468.000	526.000	534.000
Haslev	2.000	2.100	2.700	2.700	609.000	658.000	832.000	836.000
Havdrup	1.000	1.100	1.000	1.000	317.000	337.000	321.000	320.000
Hedehusene	1.800	2.000	2.100	2.100	572.000	620.000	661.000	668.000
Hedensted	470	510	530	520	131.000	146.000	150.000	150.000
Hee	50	60	60	60	15.000	16.000	16.000	16.000
Hellerup	20.300	22.400	22.600	23.000	5.601.000	6.214.000	6.261.000	6.377.000
Helsingør	11.300	12.400	12.700	12.900	3.509.000	3.872.000	3.943.000	4.013.000
Herfølge	550	590	620	610	171.000	183.000	194.000	192.000
Herlev	10.300	11.400	17.700	18.200	2.742.000	3.044.000	4.711.000	4.831.000
Herning	4.100	4.700	4.900	4.900	1.236.000	1.420.000	1.487.000	1.513.000
Herning Messecenter	40	50	50	50	16.000	17.000	18.000	18.000
Hillerød	15.400	19.100	17.700	18.400	4.172.000	5.157.000	4.788.000	4.983.000
Hillerød Syd	-	-	4.500	4.800	-	-	1.224.000	1.289.000
Hinnerup	840	890	900	900	229.000	244.000	247.000	247.000
Hjallese	100	100	110	110	26.000	29.000	29.000	30.000
Hjerm	140	150	150	150	37.000	39.000	40.000	40.000
Hjortshøj	700	-	-	-	176.000	-	-	-
Hjørring	3.200	3.600	3.800	3.900	947.000	1.062.000	1.123.000	1.155.000
Hobro	1.300	1.500	1.700	1.700	435.000	496.000	557.000	573.000
Holbæk	6.700	8.800	9.300	9.400	2.061.000	2.698.000	2.853.000	2.883.000
Holme-Olstrup	190	210	260	260	59.000	65.000	78.000	80.000
Holmstrup	40	50	50	50	12.000	13.000	13.000	13.000

Afrejser og ankomster	Hverdag				År			
	2010	2017	2022	2027	2010	2017	2022	2027
Holstebro	2.500	2.800	2.900	2.900	749.000	853.000	895.000	914.000
Holsted	400	430	430	430	112.000	120.000	123.000	122.000
Holte	7.900	9.000	9.600	9.800	2.110.000	2.409.000	2.577.000	2.630.000
Hornslet	690	-	-	-	181.000	-	-	-
Horsens	4.500	5.300	5.800	6.000	1.409.000	1.669.000	1.821.000	1.897.000
Hovmarken	60	-	-	-	15.000	-	-	-
Humblebæk	5.300	5.800	6.000	6.100	1.655.000	1.797.000	1.877.000	1.899.000
Humlum	70	70	70	70	19.000	20.000	20.000	20.000
Hundige	7.800	8.600	10.000	10.200	2.061.000	2.270.000	2.646.000	2.707.000
Hurup Thy	370	390	390	390	104.000	111.000	114.000	114.000
Husum	4.500	4.800	4.800	4.900	1.185.000	1.286.000	1.283.000	1.302.000
Hvalsø	3.100	4.100	4.300	4.400	958.000	1.269.000	1.331.000	1.346.000
Hvidbjerg	180	190	190	190	49.000	51.000	52.000	52.000
Hviding	130	130	130	130	35.000	37.000	37.000	37.000
Hvidovre	5.000	5.500	6.100	6.200	1.324.000	1.461.000	1.619.000	1.650.000
Højby	130	140	140	140	34.000	37.000	38.000	39.000
Høje Taastrup	20.700	22.600	23.200	23.500	6.363.000	6.962.000	7.117.000	7.235.000
Højslev	130	150	150	160	38.000	44.000	46.000	46.000
Hørdum	70	80	80	80	20.000	22.000	22.000	22.000
Hørning	530	580	580	580	139.000	152.000	154.000	154.000
Ikast	790	870	900	910	227.000	251.000	258.000	262.000
Ishøj	10.500	11.700	15.500	15.900	2.800.000	3.109.000	4.120.000	4.233.000
Islev	2.100	2.200	2.200	2.300	546.000	588.000	591.000	597.000
Jelling	540	570	580	580	151.000	162.000	164.000	163.000
Jersie	2.700	2.900	3.400	3.400	720.000	780.000	903.000	915.000
Jyderup	1.200	1.600	1.700	1.700	383.000	511.000	532.000	532.000
Jyllingevej	1.000	1.100	1.200	1.200	276.000	301.000	306.000	310.000
Jægersborg	3.300	3.600	3.700	3.700	876.000	960.000	989.000	1.006.000
Kalundborg	2.000	2.800	3.000	3.000	659.000	890.000	966.000	977.000
Karlsunde	3.400	3.700	4.200	4.300	892.000	975.000	1.125.000	1.148.000
Kastrup	22.700	28.000	28.900	30.400	7.722.000	9.595.000	9.943.000	10.495.000
Kauslunde	60	60	70	70	15.000	17.000	17.000	17.000
KB Hallen	3.600	3.800	3.800	3.800	932.000	990.000	997.000	1.000.000
Kibæk	220	230	230	230	58.000	61.000	63.000	62.000
Kildebakke	1.800	1.900	1.900	1.900	466.000	508.000	505.000	513.000
Kildedal	410	450	480	490	110.000	121.000	129.000	132.000
Klampenborg	2.600	2.800	2.900	2.900	706.000	776.000	799.000	812.000
Klipleve	30	30	40	40	11.000	13.000	14.000	14.000
Knabstrup	270	350	360	360	83.000	111.000	112.000	111.000
Kokkedal	6.100	6.700	6.900	7.000	1.922.000	2.092.000	2.147.000	2.178.000
Kolding	5.200	5.900	6.400	6.600	1.627.000	1.865.000	2.031.000	2.119.000
Kolind	260	-	-	-	72.000	-	-	-
Korsør	2.800	3.200	3.900	4.200	931.000	1.074.000	1.305.000	1.387.000
Kvissel	40	50	50	50	12.000	13.000	14.000	14.000
Kværndrup	250	270	270	270	67.000	71.000	72.000	72.000
København H	103.600	118.800	180.700	187.300	31.415.000	36.308.000	54.924.000	57.089.000
Køge	11.400	12.900	16.500	17.100	3.150.000	3.567.000	4.628.000	4.808.000
Køge Nord	0	0	4.700	5.300	0	0	1.507.000	1.706.000
Langeskov	-	880	1.200	1.300	-	258.000	357.000	433.000
Langgade	2.300	2.400	2.600	2.700	603.000	643.000	695.000	700.000
Langå	1.000	1.100	1.100	1.100	294.000	324.000	336.000	339.000
Laven	140	150	150	140	37.000	39.000	39.000	39.000
Lejre	1.300	1.700	1.800	1.900	413.000	541.000	567.000	573.000
Lem	150	160	160	160	40.000	43.000	44.000	45.000

Afrejser og ankomster	Hverdag				År			
	2010	2017	2022	2027	2010	2017	2022	2027
Lille Skensved	470	510	500	500	148.000	159.000	156.000	156.000
Lindholm	600	650	680	690	169.000	187.000	197.000	202.000
Lundby	450	490	540	550	146.000	160.000	176.000	179.000
Lunderskov	580	630	640	640	165.000	177.000	181.000	182.000
Lyngby	22.300	25.700	29.800	30.400	5.985.000	6.907.000	7.990.000	8.164.000
Lyngs	50	50	50	50	13.000	14.000	14.000	14.000
Lystrup	670	-	-	-	170.000	-	-	-
Løgten	200	-	-	-	52.000	-	-	-
Malmparken	3.800	4.200	4.300	4.400	1.023.000	1.112.000	1.154.000	1.170.000
Middelfart	3.000	3.400	3.700	3.800	860.000	979.000	1.078.000	1.124.000
Mørke	230	-	-	-	63.000	-	-	-
Mørkøv	570	730	740	740	175.000	227.000	229.000	229.000
Måløv	4.500	4.800	5.100	5.200	1.182.000	1.274.000	1.363.000	1.379.000
Nivå	3.800	4.100	4.200	4.200	1.174.000	1.274.000	1.300.000	1.320.000
Nordhavn	18.200	19.900	12.900	13.100	4.865.000	5.312.000	3.454.000	3.503.000
Ny Ellebjerg	9.300	9.900	10.400	10.500	2.454.000	2.601.000	2.734.000	2.743.000
Nyborg	4.200	5.100	6.400	7.100	1.464.000	1.754.000	2.293.000	2.542.000
Nykøbing F	3.700	4.200	4.800	5.100	1.244.000	1.428.000	1.676.000	1.762.000
Næstved	8.500	9.600	12.500	12.900	2.611.000	2.947.000	3.811.000	3.948.000
Næstved Nord	400	420	430	430	126.000	133.000	134.000	134.000
Nørre Alslev	800	860	930	940	262.000	285.000	309.000	311.000
Nørre Åby	580	630	650	650	157.000	170.000	175.000	176.000
Nørrebro	12.500	13.300	11.600	11.700	3.304.000	3.534.000	3.075.000	3.106.000
Nørreport	107.800	119.200	86.700	88.500	29.774.000	33.030.000	24.031.000	24.550.000
Oddesund nord	10	10	10	10	2.000	2.000	2.000	2.000
Odense	17.600	20.800	24.900	26.700	6.058.000	7.199.000	8.786.000	9.479.000
Odense Sygehus	420	460	470	470	114.000	126.000	130.000	131.000
Ordrup	3.700	4.100	4.200	4.200	997.000	1.095.000	1.115.000	1.132.000
Padborg	390	520	600	630	146.000	194.000	225.000	237.000
Pederstrup	80	90	90	90	21.000	23.000	23.000	23.000
Peter Bangs Vej	2.600	2.800	2.800	2.800	688.000	741.000	737.000	746.000
Randers	2.700	3.100	3.300	3.400	890.000	1.021.000	1.119.000	1.160.000
Regstrup	370	470	470	470	113.000	143.000	143.000	144.000
Rejsby	110	110	120	120	30.000	33.000	34.000	34.000
Ribe	910	970	990	980	256.000	276.000	283.000	282.000
Ribe Nørremark	430	450	450	440	113.000	119.000	119.000	117.000
Ringe	1.700	1.800	1.800	1.800	443.000	471.000	483.000	480.000
Ringkøbing	680	720	740	740	194.000	208.000	214.000	215.000
Ringsted	7.100	7.900	9.300	9.600	2.207.000	2.475.000	2.910.000	3.008.000
Roskilde	28.800	31.900	34.200	34.700	9.032.000	10.000.000	10.732.000	10.901.000
Rudme	50	50	50	50	13.000	14.000	14.000	14.000
Rungsted Kyst	3.000	3.300	3.500	3.600	940.000	1.027.000	1.108.000	1.127.000
Ry	1.400	1.500	1.500	1.500	391.000	414.000	418.000	416.000
Ryomgård	460	-	-	-	127.000	-	-	-
Ryparken	8.900	9.600	7.800	7.800	2.380.000	2.542.000	2.069.000	2.086.000
Rødby Færge	440	530	710	750	156.000	185.000	257.000	271.000
Rødekro	470	550	600	610	172.000	203.000	223.000	231.000
Rødkærsbro	350	400	400	410	94.000	107.000	109.000	109.000
Rødovre	6.100	6.600	7.300	7.500	1.640.000	1.801.000	1.978.000	2.012.000
Sejstrup	80	90	80	80	21.000	21.000	21.000	21.000
Sig	60	60	60	60	16.000	16.000	17.000	17.000
Silkeborg	2.800	3.100	3.300	3.300	851.000	950.000	993.000	1.007.000
Sindal	550	590	610	610	152.000	163.000	171.000	173.000
Sjælør	6.500	7.100	7.100	7.200	1.710.000	1.878.000	1.867.000	1.907.000

Afrejser og ankomster	Hverdag				År			
	2010	2017	2022	2027	2010	2017	2022	2027
Sjørring	90	100	100	100	27.000	28.000	28.000	29.000
Skalbjerg	100	110	110	110	28.000	30.000	30.000	30.000
Skalborg	140	150	160	160	39.000	43.000	44.000	44.000
Skanderborg	3.500	3.900	4.100	4.200	1.059.000	1.186.000	1.272.000	1.296.000
Skive	1.100	1.400	1.500	1.500	361.000	446.000	475.000	491.000
Skjern	1.400	1.500	1.500	1.500	415.000	446.000	454.000	458.000
Skodsborg	1.400	1.500	1.600	1.600	446.000	484.000	499.000	505.000
Skolebakken	360	-	-	-	94.000	-	-	-
Skovbrynet	490	530	570	570	130.000	141.000	150.000	152.000
Skovlunde	4.200	4.500	4.700	4.700	1.106.000	1.198.000	1.227.000	1.245.000
Skærbæk	460	490	490	500	127.000	135.000	138.000	138.000
Skødstrup	430	-	-	-	113.000	-	-	-
Skørping	930	1.000	1.000	1.000	269.000	291.000	298.000	297.000
Slagelse	8.400	9.700	12.300	13.000	2.656.000	3.044.000	3.880.000	4.095.000
Snedsted	200	210	220	220	54.000	58.000	59.000	59.000
Snekkersten	3.600	3.900	4.000	4.100	1.087.000	1.186.000	1.235.000	1.250.000
Solrød Strand	5.100	5.500	6.300	6.400	1.347.000	1.468.000	1.694.000	1.726.000
Sorgenfri	3.100	3.400	3.700	3.800	829.000	906.000	989.000	1.004.000
Sorø	2.600	2.900	3.200	3.300	792.000	892.000	979.000	1.015.000
Spangsbjerg	400	430	430	420	107.000	114.000	115.000	112.000
Stengården	1.700	1.800	1.900	1.900	454.000	488.000	494.000	498.000
Stenløse	4.000	4.400	4.600	4.700	1.057.000	1.153.000	1.217.000	1.240.000
Stenstrup	450	480	500	500	121.000	129.000	133.000	134.000
Stenstrup Syd	70	70	70	70	18.000	20.000	20.000	20.000
Stoholm	320	370	380	380	88.000	102.000	104.000	104.000
Struer	1.700	1.900	2.000	2.000	516.000	584.000	614.000	630.000
Studsgård	60	60	70	70	16.000	17.000	17.000	17.000
Støvring	540	580	590	590	156.000	167.000	171.000	171.000
Svanemøllen	14.400	15.800	10.200	10.300	3.848.000	4.209.000	2.723.000	2.761.000
Svebølle	560	700	720	720	175.000	218.000	224.000	224.000
Svejbæk	180	200	210	210	53.000	59.000	61.000	62.000
Svendborg	2.400	2.700	2.800	2.800	710.000	788.000	824.000	832.000
Svendborg Vest	450	490	490	500	131.000	141.000	143.000	145.000
Svenstrup	460	490	500	500	124.000	133.000	136.000	136.000
Sydhavn	5.000	5.300	5.500	5.500	1.309.000	1.410.000	1.444.000	1.457.000
Sønderborg	460	540	590	610	183.000	218.000	236.000	245.000
Tarm	250	270	270	270	68.000	73.000	76.000	76.000
Taulov	130	150	150	150	37.000	41.000	42.000	43.000
Thisted	550	590	610	610	167.000	178.000	185.000	186.000
Thyregod	270	290	300	300	78.000	84.000	86.000	86.000
Tim	90	90	90	90	24.000	25.000	27.000	27.000
Tinglev	290	330	350	360	105.000	120.000	127.000	131.000
Tistrup	200	210	210	210	53.000	57.000	57.000	57.000
Tjæreborg	200	210	220	220	52.000	55.000	56.000	56.000
Tolne	70	70	70	70	19.000	20.000	21.000	22.000
Tommerup	390	420	430	430	106.000	115.000	120.000	120.000
Torsøvej	200	-	-	-	50.000	-	-	-
Trekroner	6.100	6.700	7.300	7.400	1.898.000	2.073.000	2.276.000	2.311.000
Troldhede	130	130	140	140	34.000	37.000	37.000	37.000
Trustrup	110	-	-	-	31.000	-	-	-
Tureby	300	320	450	440	93.000	100.000	141.000	138.000
Tølløse	2.500	3.300	3.400	3.400	764.000	1.010.000	1.046.000	1.061.000
Tønder	250	270	280	290	75.000	82.000	86.000	87.000
Tønder Nord	230	240	240	240	63.000	66.000	66.000	67.000

Afrejser og ankomster	Hverdag				År			
	2010	2017	2022	2027	2010	2017	2022	2027
Tårnby	5.400	6.000	6.100	6.200	1.735.000	1.927.000	1.961.000	1.998.000
Taastrup	7.200	7.900	8.900	9.100	1.933.000	2.119.000	2.374.000	2.421.000
Uglev	60	60	60	60	15.000	16.000	16.000	16.000
Ulfborg	240	250	250	250	66.000	70.000	72.000	72.000
Ulstrup	320	380	380	380	88.000	103.000	105.000	104.000
Valby	26.000	28.300	30.000	30.500	7.148.000	7.799.000	8.226.000	8.345.000
Vallensbæk	4.300	4.900	4.800	5.000	1.142.000	1.283.000	1.272.000	1.317.000
Vamdrup	360	380	390	390	107.000	115.000	116.000	117.000
Vangede	2.900	3.200	3.300	3.400	777.000	850.000	883.000	898.000
Vanløse	13.100	14.300	14.700	14.900	3.473.000	3.778.000	3.878.000	3.944.000
Varde	920	970	990	960	260.000	277.000	283.000	279.000
Varde kaserne	190	200	200	200	55.000	58.000	59.000	58.000
Varde Nord	140	150	150	150	38.000	40.000	40.000	40.000
Vedbæk	2.100	2.300	2.400	2.400	663.000	718.000	757.000	764.000
Vejen	1.400	1.500	1.600	1.600	395.000	436.000	458.000	462.000
Vejle	6.600	7.600	8.300	8.600	2.079.000	2.415.000	2.652.000	2.772.000
Vejle Sygehus	50	50	60	60	14.000	16.000	16.000	17.000
Veksø	1.600	1.800	1.800	1.800	429.000	463.000	482.000	490.000
Vemb	270	280	290	290	74.000	78.000	79.000	79.000
Vesterport	23.200	25.400	18.500	18.800	6.157.000	6.727.000	4.904.000	4.986.000
Vestre Strandallé	260	-	-	-	67.000	-	-	-
Viborg	2.500	3.000	3.100	3.200	757.000	922.000	965.000	985.000
Viby J	750	810	810	820	269.000	289.000	292.000	293.000
Viby Sj	2.600	2.800	2.900	2.900	799.000	857.000	890.000	896.000
Vigerslev Allé	4.400	4.600	4.900	4.800	1.153.000	1.218.000	1.281.000	1.270.000
Vildbjerg	620	670	680	680	173.000	188.000	192.000	193.000
Vinderup	220	270	270	280	61.000	74.000	77.000	79.000
Vipperød	860	1.100	1.100	1.200	266.000	334.000	353.000	356.000
Virum	3.600	3.900	4.300	4.400	955.000	1.040.000	1.144.000	1.160.000
Visby	250	260	260	260	69.000	73.000	73.000	73.000
Vojens	570	650	690	710	197.000	227.000	243.000	250.000
Vordingborg	3.100	3.400	3.900	4.000	1.012.000	1.120.000	1.298.000	1.320.000
Vrå	640	690	710	710	175.000	190.000	196.000	196.000
Værløse	4.500	4.900	5.600	5.700	1.193.000	1.316.000	1.484.000	1.517.000
Ydby	30	30	40	40	9.000	10.000	10.000	10.000
Ølby	5.600	6.200	6.800	6.900	1.519.000	1.691.000	1.847.000	1.886.000
Ølgod	440	460	470	470	119.000	126.000	129.000	129.000
Ølstykke	3.500	3.800	4.000	4.200	918.000	1.015.000	1.077.000	1.105.000
Ørestad	7.500	9.000	8.900	9.300	2.478.000	2.998.000	2.981.000	3.114.000
Østbanetorvet	70	-	-	-	18.000	-	-	-
Østerport	28.600	31.600	49.900	50.900	7.983.000	8.859.000	13.970.000	14.293.000
Aalborg	7.500	8.500	9.400	9.700	2.432.000	2.822.000	3.153.000	3.294.000
Aalborg Vestby	580	640	660	670	169.000	187.000	196.000	201.000
Ålholm	4.000	4.300	4.400	4.400	1.054.000	1.115.000	1.144.000	1.146.000
Åmarken	1.800	2.000	2.200	2.300	481.000	522.000	591.000	600.000
Årslev	530	570	570	560	142.000	151.000	152.000	150.000
Aarhus H	20.600	22.300	24.800	26.100	6.914.000	7.851.000	8.811.000	9.332.000
Aarup	480	510	530	520	130.000	140.000	144.000	144.000

Bilag 2 Passagerudvikling pr. strækning

Udvikling i passagertal pr. strækning 2010 – 2027

Tabellen nedenfor viser antallet af passagerer i begge retninger med Regional- og Fjerntog pr. år. Antallet af passagerer er opgjort som det maksimale snit på strækningen. På næste side findes en tilsvarende tabel for antal passagerer med S-tog.

Reduceres mere end 10%
Mellem - 10% og +10%
Stigning mellem 10% og 25%
Stigning over 25%

Fjern- og Re-tog (mio. rejser)	2010	2017	2022	2027
Helsingør - Nivå	6,0	6,7	7,0	7,1
Nivå - Østerport	9,1	10,1	10,6	10,8
Østerport - København H	12,2	13,9	12,6	13,1
København H - Kastrup	12,4	15,8	17,3	18,4
Kastrup - Øresund midt	9,8	14,1	15,5	16,9
København H - Roskilde	24,5	28,7	19,3	19,9
Roskilde - Ringsted	15,9	18,7	24,2	25,8
København - Køge Nord	-	-	19,2	20,6
Køge Nord - Køge	-	-	2,7	2,8
Køge Nord - Ringsted	-	-	17,2	18,4
Ringsted - Næstved	3,9	4,5	7,0	7,3
Næstved - Vordingborg	2,4	2,7	4,4	4,5
Vordingborg - Nykøbing F	1,7	2,0	3,4	3,6
Nykøbing F - Rødby Færge	0,5	0,5	1,7	1,8
Roskilde - Holbæk	4,1	5,2	5,6	5,7
Holbæk - Kalundborg	1,1	1,5	1,6	1,6
Roskilde - Ølby (- Køge)	1,1	1,2	1,1	1,1
Køge - Næstved	0,7	0,8	1,0	1,1
Ringsted - Slagelse	10,7	12,9	16,9	18,2
Slagelse - Odense	8,9	10,9	14,4	15,7
Odense - Middelfart	7,2	8,6	10,4	11,1
Middelfart - Fredericia	5,6	6,8	7,6	8,0
Middelfart - Kolding	3,0	3,5	4,0	4,2
Fredericia - Vejle	5,6	6,8	8,1	8,5
Vejle - Skanderborg	4,9	6,1	7,2	7,7
Skanderborg - Aarhus H	5,7	7,1	8,1	8,5
Aarhus H - Langå	3,3	4,0	4,5	4,8
Langå - Hobro	2,3	2,7	3,2	3,4
Hobro - Skørping	1,9	2,3	2,7	2,9
Skørping - Aalborg	2,1	2,4	2,8	3,0
Aalborg - Hjørring	1,5	1,7	1,8	1,9
Hjørring - Frederikshavn	0,6	0,7	0,7	0,7
Fredericia - Kolding	3,0	3,5	4,0	4,2
Kolding - Lunderskov	2,5	2,9	3,3	3,4
Lunderskov - Tinglev	1,2	1,3	1,4	1,4
Tinglev - Sønderborg	0,2	0,3	0,3	0,3
Tinglev - Padborg	0,5	0,6	0,6	0,6
Lunderskov - Bramming	1,4	1,6	1,9	2,0
Bramming - Esbjerg	1,5	1,7	1,9	1,9
Bramming - Ribe	0,5	0,5	0,5	0,5
Ribe - Tønder	0,3	0,3	0,3	0,3
Vejle - Herning	0,9	1,0	1,1	1,1
Herning - Holstebro	0,8	1,0	1,0	1,1
Holstebro - Struer	0,5	0,5	0,5	0,5
Struer - Thisted	0,2	0,2	0,2	0,2
Esbjerg - Varde	0,4	0,4	0,5	0,5
Varde - Skjern	0,2	0,3	0,3	0,3
Skjern - Ringkøbing	0,2	0,2	0,2	0,2
Ringkøbing - Holstebro	0,2	0,2	0,2	0,2
Skjern - Herning	0,3	0,3	0,3	0,3
Herning - Silkeborg	0,7	0,8	0,9	0,9
Silkeborg - Skanderborg	1,3	1,5	1,6	1,6
Langå - Viborg	0,8	1,1	1,2	1,2
Viborg - Skive	0,5	0,6	0,7	0,7
Skive - Struer	0,2	0,3	0,3	0,3
Odense - Ringe	1,2	1,3	1,4	1,4
Ringe - Svendborg	0,8	0,9	1,0	1,0
Aarhus H - Hornslet	0,9	-	-	-
Hornslet - Grenaa	0,3	-	-	-

S-tog (mio. rejser)	2010	2017	2022	2027
Køge - Solrød Strand	3,8	4,4	3,4	3,5
Solrød Strand - Hundige	6,2	7,1	6,5	6,7
Hundige - Dybbølsbro	12,7	14,1	14,2	14,6
Høje Taastrup - Glostrup	5,3	5,8	6,6	6,7
Glostrup - Valby	8,7	9,6	10,2	10,4
Frederikssund - Ballerup	3,9	4,3	4,8	5,0
Ballerup - Valby	9,9	10,9	11,6	11,9
Valby - Dybbølsbro	14,6	16,0	17,2	17,6
Dybbølsbro - København H	26,5	29,2	31,1	31,8
København H - Østerport	25,1	27,9	23,6	24,1
Østerport - Svanemøllen	24,1	27,0	26,9	27,5
Svanemøllen - Buddinge	6,3	6,9	6,9	7,0
Buddinge - Farum	4,2	4,6	5,0	5,1
Svanemøllen - Hellerup	15,2	17,4	18,4	18,9
Hellerup - Lyngby	13,9	16,1	17,5	18,0
Lyngby - Holte	9,2	10,8	12,1	12,5
Holte - Hillerød	6,2	7,5	8,5	8,9
Hellerup - Klampenborg	2,3	2,5	2,6	2,7
Hellerup - Ny Ellebjerg	6,9	7,3	6,6	6,6

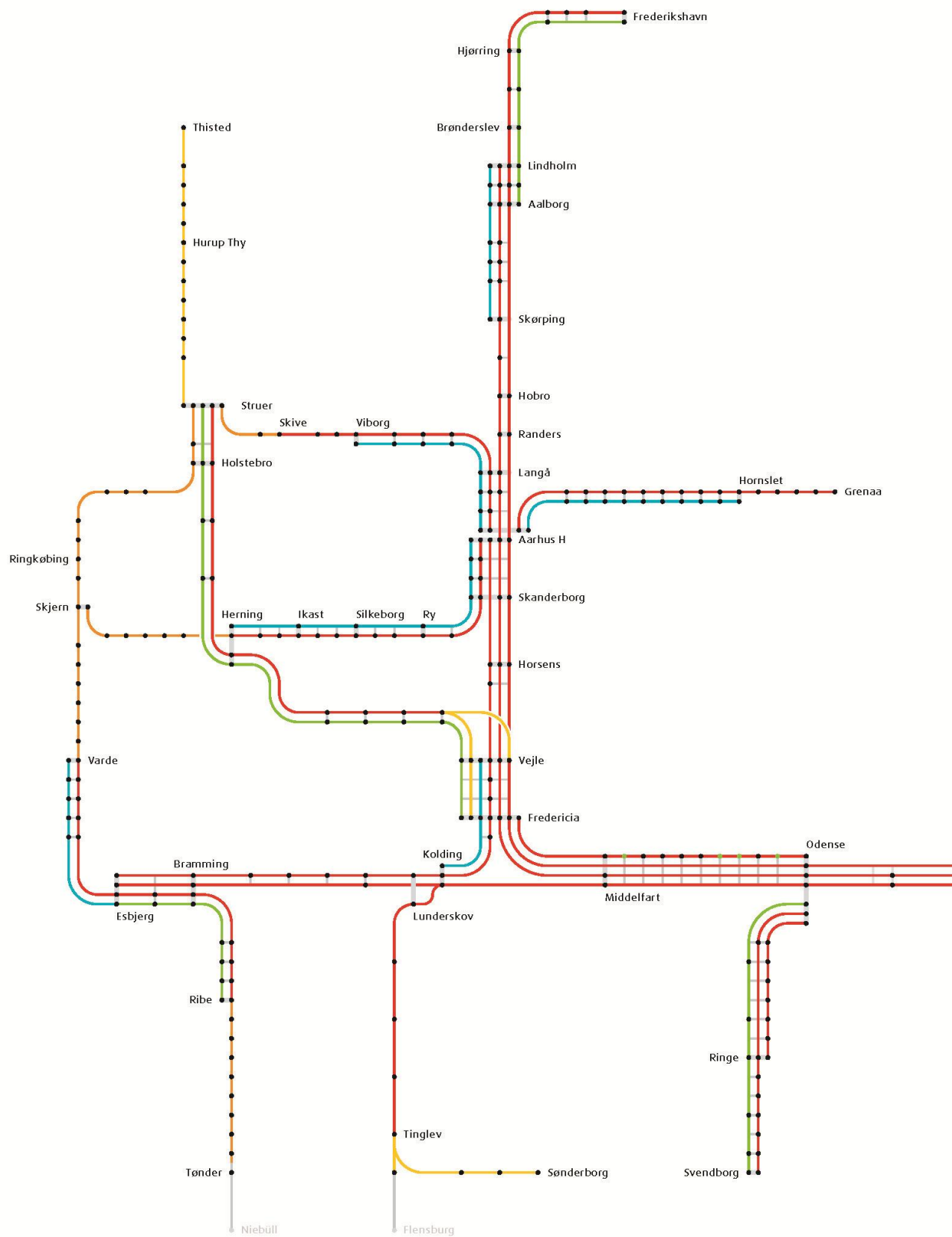
Bilag 3 Linjediagrammer

Bilaget beskriver den fremskrevne togtrafik i form af linjediagrammer for hvert planår. Nogle linjediagrammer beskriver trafikken for flere planår. Linjediagrammerne angiver, hvor mange tog, der antages at køre på de enkelte strækninger og hvordan stationerne betjenes.

For Re-og Fjerntog angiver hver streg et tog i timen og hver prik viser et stop. Farven angiver hvor stor en del af døgnet det pågældende tog kører.

Tilsvarende for S-tog, hvor hver streg dog angiver et tog hver 20. minut.

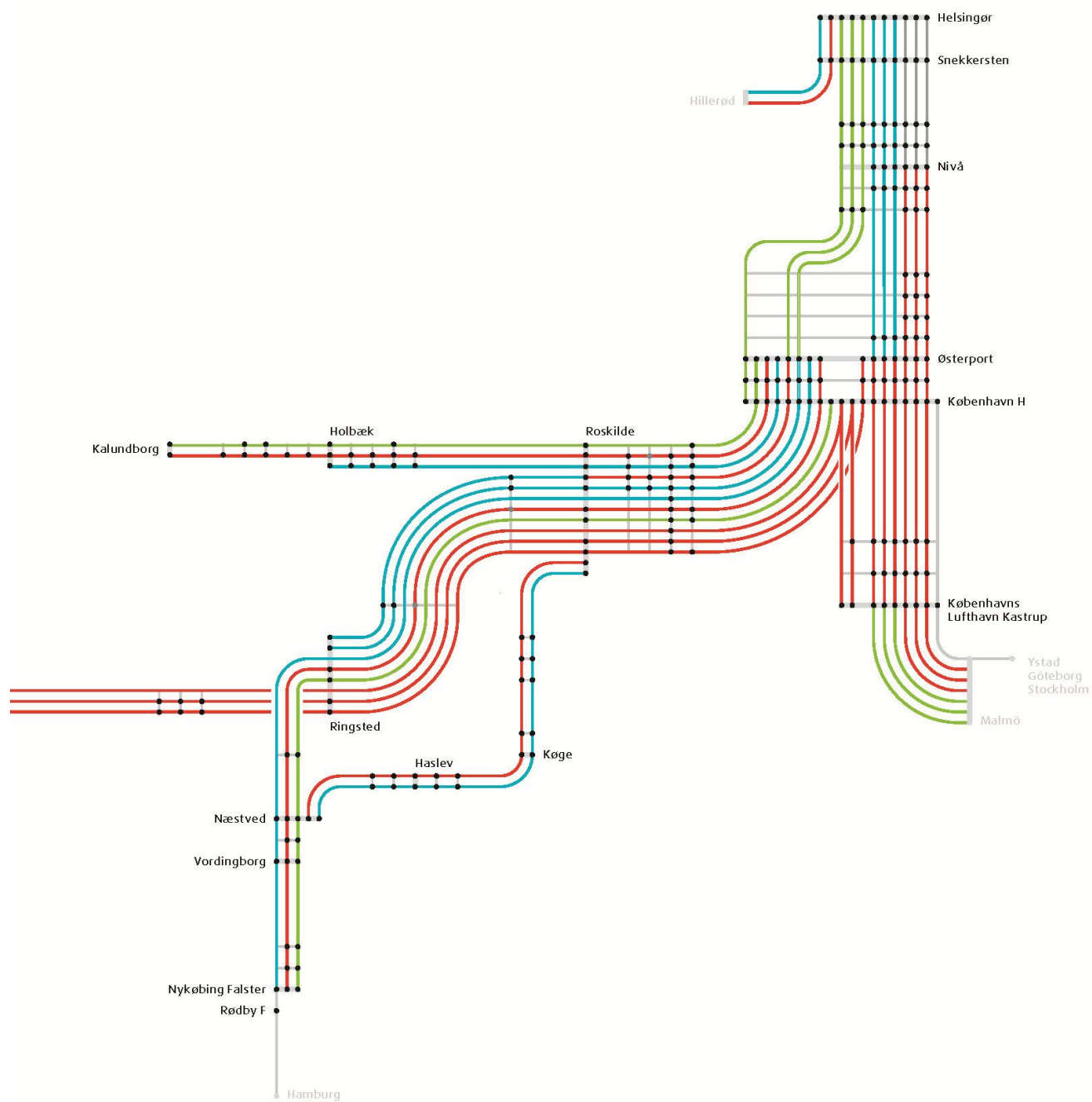
Figur 61. Linjediagram for køreplan 2012, Re- og fjerntog Vest

K12
Vest

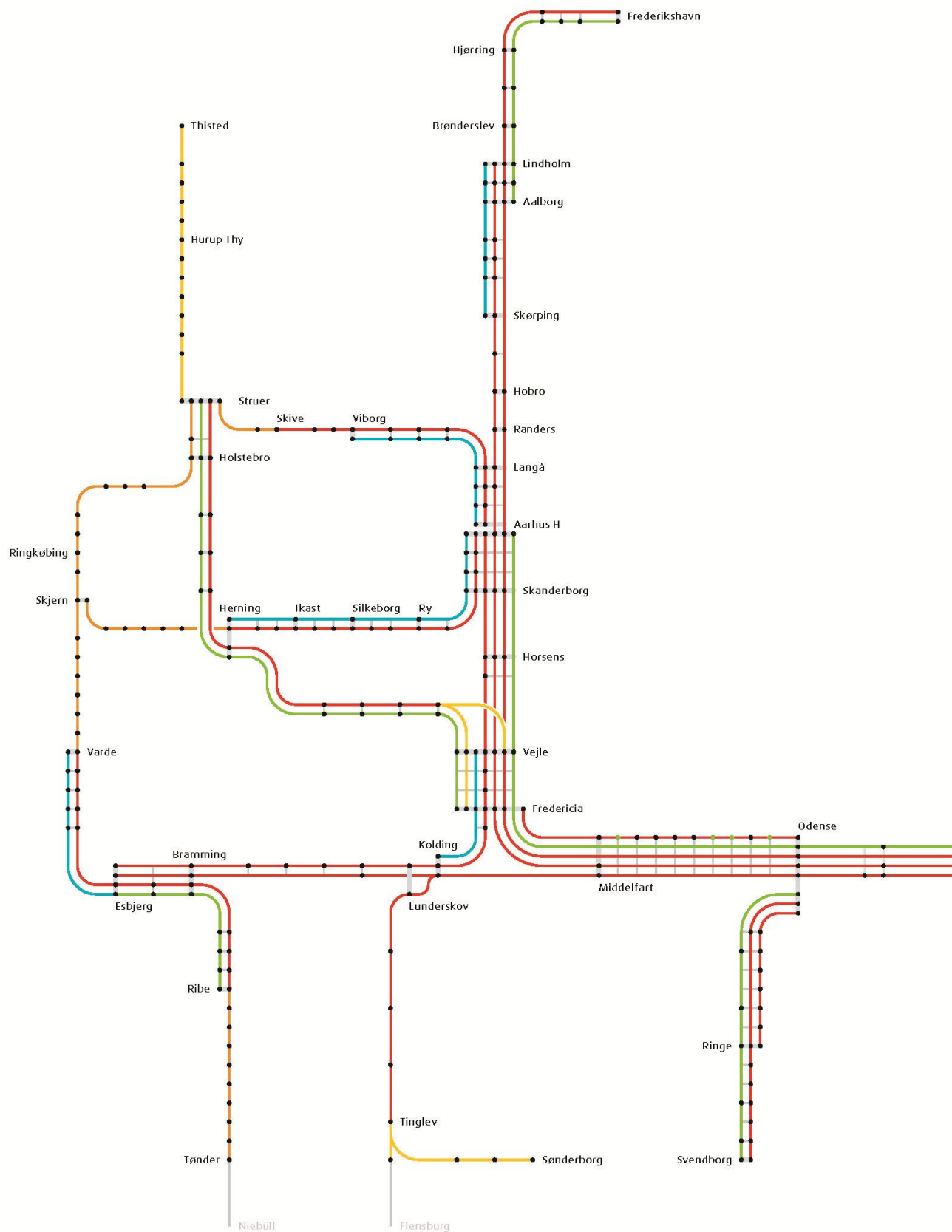
Figur 62. Linjediagram for køreplan 2012, Re- og fjerntog Øst

K12
Øst

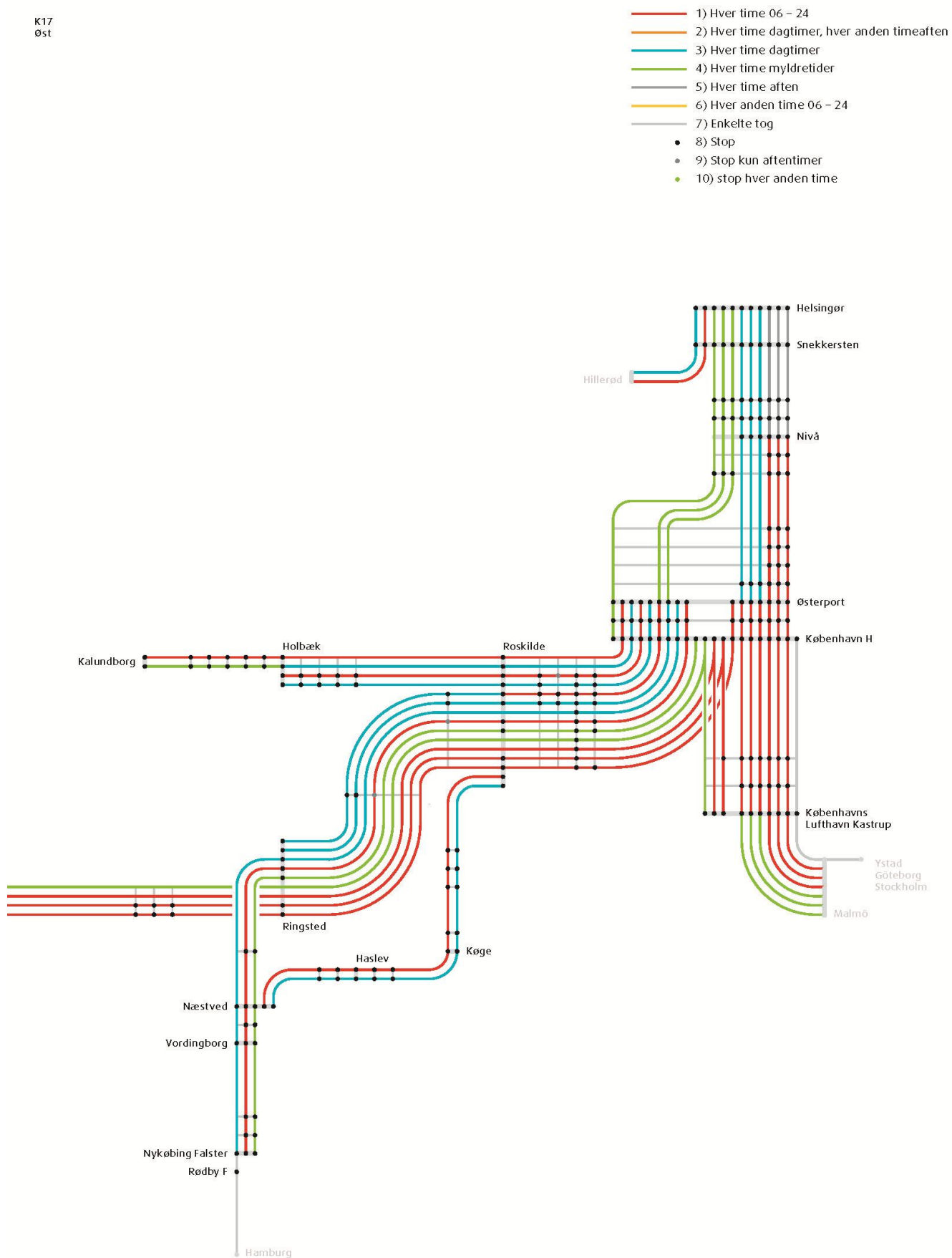
- 1) Hver time 06 – 24
- 2) Hver time dagtimer, hver anden timeaften
- 3) Hver time dagtimer
- 4) Hver time myldretider
- 5) Hver time aften
- 6) Hver anden time 06 – 24
- 7) Enkelte tog
- 8) Stop
- 9) Stop kun aftentimer
- 10) stop hver anden time



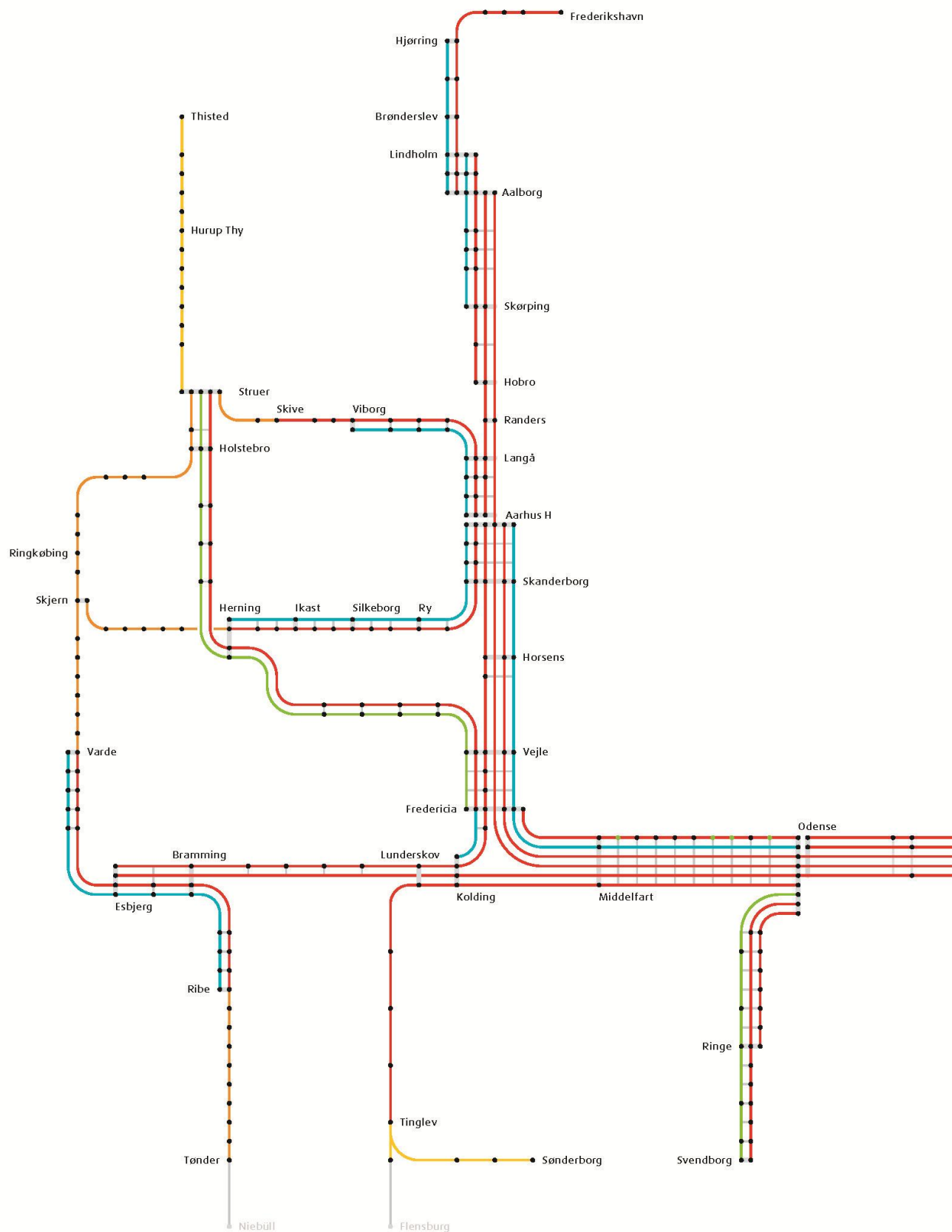
Figur 63. Linjediagram for køreplan 2017, Re- og fjerntog Vest

K17
Vest

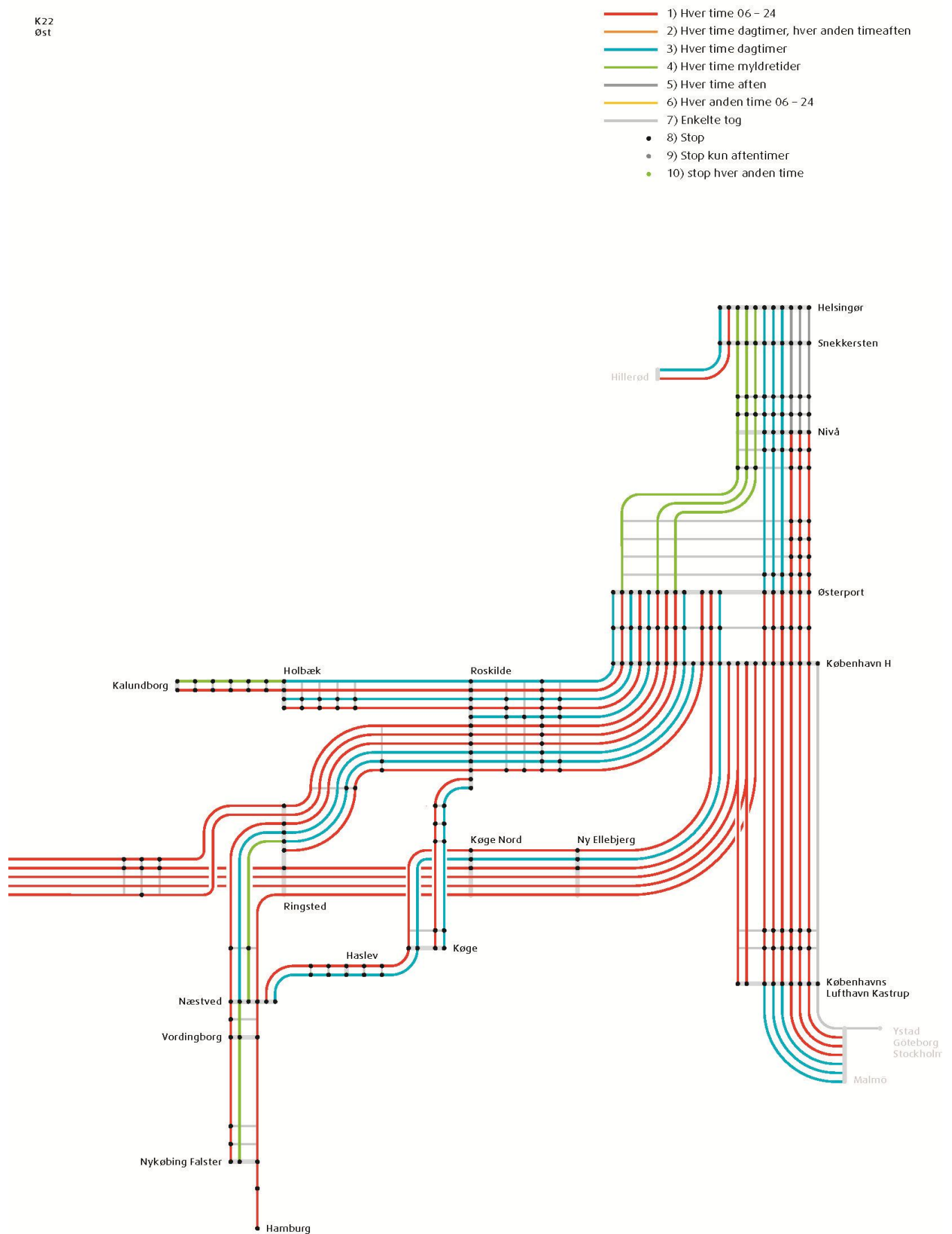
Figur 64. Linjediagram for køreplan 2017, Re- og fjerntog Øst



Figur 65. Linjediagram for køreplan 2022 og 2027, Re- og fjerntog Vest

K22
Vest

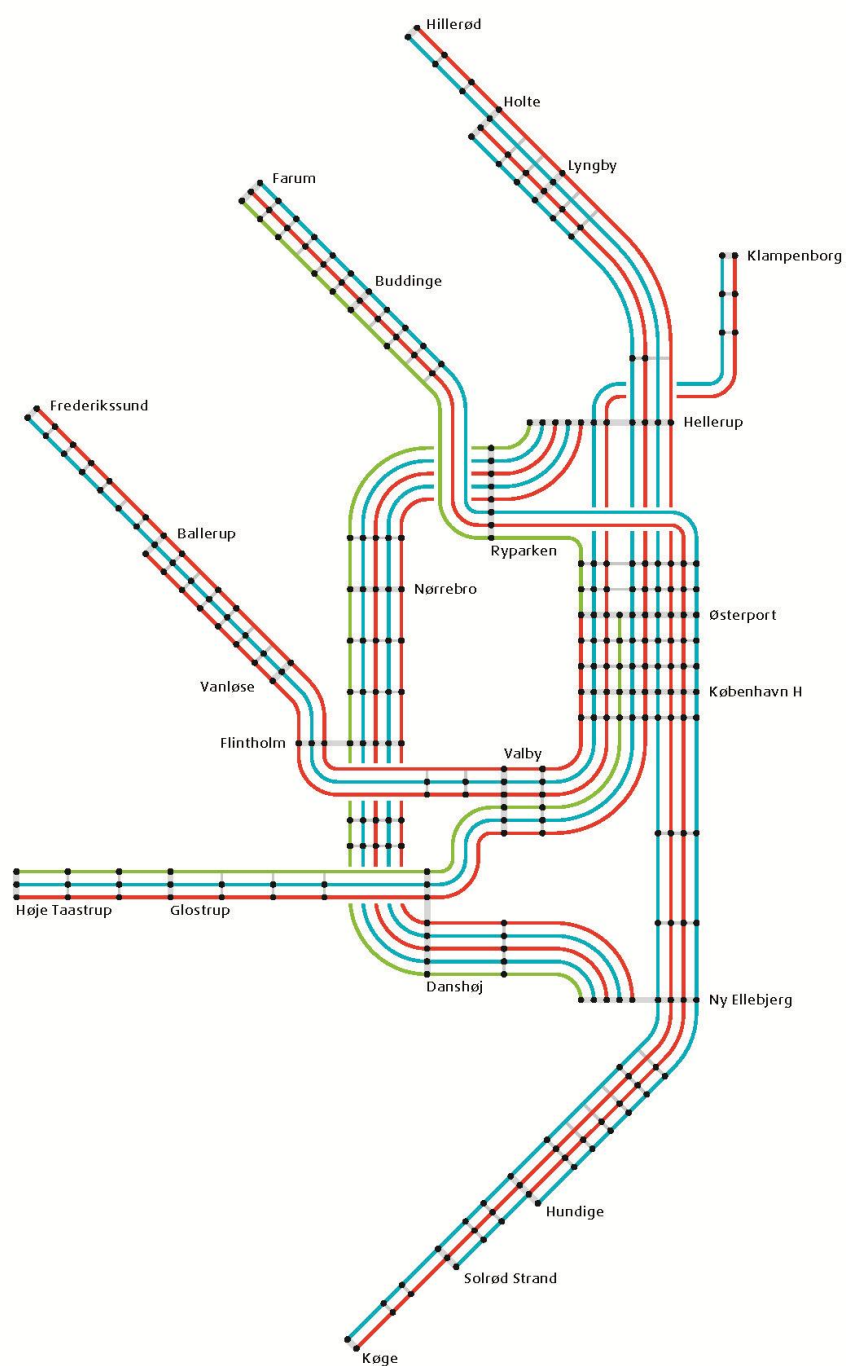
Figur 66. Linjediagram for køreplan 2022 og 2027, Re- og fjerntog Øst



Figur 67. Linjediagram for S-tog, køreplan 2012, 2017, 2022 og 2027

K12
S-Banen

- 1) S-tog / fast
- 2) S-tog / dagtimer
- 3) S-tog / Mykdetid



Bilag 4 Fremskrevet togbetjening pr. strækning

Udvikling i antal tog i timen pr. retning. Opgjort pr. hverdagsdøgn for myldretid, dagtimer og aften år 2012 - 2027.

Betjening (tog i timen)	2012			2017			2022			2027		
Fjern - og regionaltog	Myldre	Dag	Aften	Myldre	Dag	Aften	Myldre	Dag	Aften	Myldre	Dag	Aften
Helsingør - Nivå	6	3	3	6	3	3	6	3	3	6	3	3
Nivå - Østerport	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3
Østerport - København H	15	13	10	16	15	11	18	18	12	18	18	12
København H - Kastrup	8	8	8	9	8	8	8	8	8	8	8	8
Kastrup - Øresund midt	6	3	3	6	3	3	6	6	3	6	6	3
København H - Roskilde	11	9	6	13	11	7	11	11	5	11	11	5
Roskilde - Ringsted	8	7	4	9	7	4	6	6	3	6	6	3
København - Køge Nord	-	-	-	-	-	-	6	6	5	6	6	5
Køge Nord - Køge	-	-	-	-	-	-	2	2	1	2	2	1
Køge Nord - Ringsted	-	-	-	-	-	-	4	4	4	4	4	4
Ringsted - Næstved	3	2	1	3	2	1	4	3	2	4	3	2
Næstved - Vordingborg	3	2	1	3	2	1	3	2	2	3	2	2
Vordingborg - Nykøbing F	3	2	1	3	2	1	3	2	2	3	2	2
Nykøbing F - Rødby Færge	½	½	½	½	½	½	1	1	1	1	1	1
Roskilde - Holbæk	3	2	1	4	4	2	4	4	2	4	4	2
Holbæk - Kalundborg	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
Roskilde - Køge	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1
Køge - Næstved	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1
Ringsted - Slagelse	3	3	3	4	3	3	5	5	5	5	5	5
Slagelse - Odense	3	3	3	4	3	3	5	5	5	5	5	5
Odense - Middelfart	4	4	4	5	4	4	6	6	5	6	6	5
Middelfart - Fredericia	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3
Middelfart - Kolding	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Fredericia - Vejle	5½	4½	3½	6½	4½	3½	6	5	4	6	5	4
Vejle - Skanderborg	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3
Skanderborg - Aarhus H	5	5	4	6	5	4	6	6	4	6	6	4
Aarhus H - Langå	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3
Langå - Hobro	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Hobro - Skørping	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Skørping - Aalborg	3	3	2	3	3	2	4	4	3	4	4	3
Aalborg - Hjørring	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1
Hjørring - Frederikshavn	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Fredericia - Kolding	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1
Kolding - Lunderskov	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Lunderskov - Tinglev	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tinglev - Sønderborg	½	½	½	½	½	½	½	½	½	½	½	½
Tinglev - Padborg	½	½	½	½	½	½	½	½	½	½	½	½
Lunderskov - Bramming	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Bramming - Esbjerg	4	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3
Bramming - Ribe	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1
Ribe - Tønder	1	1	½	1	1	½	1	1	½	1	1	½
Vejle - Herning	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
Herning - Holstebro	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
Holstebro - Struer	3	2	1½	3	2	1½	3	2	1½	3	2	1½
Struer - Thisted	½	½	½	½	½	½	½	½	½	½	½	½
Esbjerg - Varde	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1
Varde - Skjern	1	1	½	1	1	½	1	1	½	1	1	½
Skjern - Ringkøbing	1	1	½	1	1	½	1	1	½	1	1	½
Ringkøbing - Holstebro	1	1	½	1	1	½	1	1	½	1	1	½
Skjern - Herning	1	1	½	1	1	½	1	1	½	1	1	½
Herning - Silkeborg	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1
Silkeborg - Skanderborg	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1
Langå - Viborg	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1
Viborg - Skive	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Skive - Struer	1	1	½	1	1	½	1	1	½	1	1	½
Odense - Ringe	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2
Ringe - Svendborg	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
Aarhus - Hornslet *	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hornslet - Grenaa *	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Med ibrugtagning af Aarhus Letbane i 2016 forventes trafikbetjeningen på Grenaabanen at udgå af det statslige net.

Betjening (tog i timen)	2012			2017			2022			2027		
S - tog	Myldre	Dag	Aften	Myldre	Dag	Aften	Myldre	Dag	Aften	Myldre	Dag	Aften
Køge - Solrød Strand	6	6	3	6	6	3	6	6	3	6	6	3
Solrød Strand - Hundige	9	9	3	9	9	3	9	9	3	9	9	3
Hundige - Dybbølsbro	12	12	6	12	12	6	12	12	6	12	12	6
Høje Tåstrup - Glostrup	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3
Glostrup - Valby	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3
Frederikssund - Ballerup	6	6	3	6	6	3	6	6	3	6	6	3
Ballerup - Valby	9	9	6	9	9	6	9	9	6	9	9	6
Valby - Dybbølsbro	18	15	9	18	15	9	18	15	9	18	15	9
Dybbølsbro - København H	30	27	15	30	27	15	30	27	15	30	27	15
København H - Østerport	30	27	15	30	27	15	30	27	15	30	27	15
Østerport - Svanemøllen	27	24	12	27	24	12	27	24	12	27	24	12
Svanemøllen - Buddinge	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3
Buddinge - Farum	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3
Svanemøllen - Hellerup	18	18	9	18	18	9	18	18	9	18	18	9
Hellerup - Lyngby	12	12	6	12	12	6	12	12	6	12	12	6
Lyngby - Holte	12	12	6	12	12	6	12	12	6	12	12	6
Holte - Hillerød	6	6	3	6	6	3	6	6	3	6	6	3
Hellerup - Klampenborg	6	6	3	6	6	3	6	6	3	6	6	3
Hellerup - Ny Ellebjerg	15	12	6	15	12	6	15	12	6	15	12	6



Trafikstyrelsen

Edvard Thomsens Vej 14

DK-2300 København S

info@trafikstyrelsen.dk

Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 15

Emne: Status for Region Hovedstadens kvalitetsfundsbyggerier og nyt neurohabiliteringshus på Glostrup Hospital

2 bilag

Region Hovedstaden

**Redegørelse om status for Region Hovedstadens kvalitetsfondsbyggerier og
Nyt Neurorehabiliteringshus på Glostrup Hospital**

Oktober 2012

REGION

Redegørelse om status for Region Hovedstadens kvalitetsfondsbyggerier og Nyt Neurorehabiliteringshus på Glostrup Hospital

Baggrund

Den daværende regering oprettede i 2008, med virkning fra 2009, den såkaldte Kvalitetsfond, hvorfra de fem regioner kunne søge om midler til hospitalsbyggerier. Der blev nedsat et ekspertpanel – regeringens ekspertpanel vedrørende sygehusinvesteringer - som skal vurdere samtlige ansøgninger fra regionerne om hospitalsbyggeprojekter.

I eftersommeren 2008 indsendte alle regioner materiale om samtlige hospitaler og psykiatrien, det såkaldte "screeningsmateriale" til ekspertpanelet. Region Hovedstaden indsendte ligeledes en rapport fra planlægningsfirmaet Lohfert & Lohfert, som uddybede investeringsønskerne. På baggrund af dette materiale afgav regeringens ekspertpanel deres vurdering i november 2008. Regeringen gav primo 2009 Region Hovedstaden foreløbigt tilsagn til projekter på fire matrikler: Rigshospitalet, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Psykiatrisk Center Sct. Hans. I alt blev der afsat 25 mia. kr. til de fem regioner inklusive regionernes egenfinansiering.

Den 1. juni 2010 indsendte Region Hovedstaden ansøgninger til kvalitetsfondens 2. fase. Projekterne var dels om fusion af Frederiksberg Hospital og Bispebjerg Hospital samt samling af voksenpsykiatri for planlægningsområde Byen, begge på Bispebjerg Hospital, dels om fusion af Hillerød, Helsingør og Frederikssund Hospitaler på en ny matrikel uden for Hillerød. Regionsrådet godkendte ansøgningen på mødet den 25. maj 2010.

Region Hovedstaden fik i november 2010 foreløbigt tilsagn til de to projekter, dog således at kun den somatiske del af projektet på Bispebjerg Hospital indgår i det foreløbige tilsagn. Regionsrådet har efterfølgende besluttet at afsætte regionale midler til samling af psykiatrien på Bispebjerg-matriklen.

Region Hovedstaden har således fået foreløbigt tilsagn om medfinansiering fra regeringens kvalitetsfond vedrørende sygehusinvesteringer til seks projekter. Det samlede tilsagn udgør 12,9 mia. kr., hvoraf regionens egenfinansiering udgør ca. 40 pct., svarende til 5,17 mia. kr. Beløbene er – ligesom de øvrige budgettal i redegørelsen – opgjort i 2009-pl.

Det foreløbige tilsagn fra regeringens ekspertpanel indbefatter efterlevelse af ekspertpanelets forudsætninger og anbefalinger inden for bl.a. arealstandarder, kapacitetsudnyttelse og kvadratmeterpriser. Disse forudsætninger betyder, at projekterne på en række områder skal tilpasses, inden de forelægges regeringens ekspertpanel igen med henblik på at opnå endeligt tilsagn.

Efterfølgende har regionen modtaget endeligt tilsagn til Det ny Rigshospitalet i juni 2011, endeligt tilsagn til Nyt hospital Herlev i maj 2012 samt endeligt tilsagn til Ny retspsykiatri Sct. Hans i september 2012.

Der forelægges to gange årligt en samlet statusrapportering for byggeprojekterne til regionsrådet. Denne redegørelse er bilag til den tredje statussag, der forelægges regionsrådet den 20. november 2012. Det er således 3. udgave af redegørelsen om status for Region Hovedstadens kvalitetsfundsbyggerier og neurorehabiliteringshus på Glostrup Hospital. Den første redegørelse blev forelagt regionsrådet i januar 2012, og den anden redegørelse blev forelagt regionsrådet i maj 2012. Som en del af regionens afrapportering til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse indgår kvartalsvise rapporteringer, som træder i kraft ved godkendelse af udbetalingsanmodning og løber indtil projektets afslutning. Disse kvartalsvise rapporteringer vil blive samtænkt med de to årlige rapporteringer.

Det ny Rigshospitalet

Kort om projektet

Kvalitetsfundsbyggeriet på Rigshospitalet omfatter opførelse af et byggeri på hjørnet af matriklen mod Blegdamsvej og Frederik V's vej på ca. 52.500 m². I bygningen placeres HovedOrtoCentret og Neurocentrets senge, operationsstuer og støttefunktioner samt ambulatoriefunktioner for HovedOrtoCentret. Derudover opføres et byggeri ved siden af Rockefellerkomplekset på ca. 7.400 m² ud mod Amorparken. Denne bygning skal indeholde patienthotel med 75 senge samt Rigshospitalets administration. Endelig opføres et parkeringshus med ca. 650 pladser beliggende på hjørnet af matriklen ved Frederik V's vej og Edel Sauntes Allé. Parkeringshuset opføres, så der er mulighed for senere at gennemføre en udvidelse til i alt 1.000 pladser.

Projektet har et budget på 1,85 mia. kr. Der er givet endeligt tilsagn fra regeringens ekspertpanel den 15. juni 2011.

Nedenstående tabel indeholder en oversigt over projektets forbrug til og med 2011, samt den forventede udgiftsprofil frem til byggeriet står færdigt.

Mio. kr., 09-p/l	Projektstart til og med							
Investeringsudgifter	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Det ny Rigshospitalet	13	36	178	385	472	562	204	1.850

Der er forventet byggestart i 2014 med indflytning i 2017.

Bygherrerådgiver: Niras A/S.

Totalrådgiver: aarhus arkitekterne A/S med underrådgivere 3XN, Nickl & Partner, Grontmij og Arkitekt Kristine Jensens Tegnastue.

Status og politiske beslutninger

Regionsrådet godkendte på mødet den 23. marts 2010 et idéoplæg for udbygningsplanen for Rigshospitalet. Efterfølgende er der i samarbejde med bygherrerådgiveren Niras A/S udarbejdet et byggeprogram, der sammen med

projektets ansøgning til regeringens ekspertpanel blev godkendt på regionsrådsmødet den 1. februar 2011. Ansøgningen blev efterfølgende indsendt til regeringens ekspertpanel men ikke godkendt, idet ekspertpanelets forudsætninger ikke var opfyldt i tilstrækkeligt omfang. Derfor blev der på regionsrådsmødet den 26. april 2011 forelagt et revideret byggeprogram og en revideret ansøgning til regeringens ekspertpanel, der blev godkendt. Efterfølgende er der modtaget endeligt tilsagn fra ekspertpanelet den 15. juni 2011.

På regionsrådsmødet den 26. april 2011 godkendte regionsrådet konkurrencebetingelserne til en projektkonkurrence med henblik på at finde en totalrådgiver. Fase 1 af projektkonkurrencen blev gennemført i 2011, og forretningsudvalget blev på mødet den 6. december 2011 orienteret om de tre vindere af fase 1. Fase 2 af projektkonkurrencen blev afsluttet i maj 2012, og på mødet den 22. maj 2012 godkendte regionsrådet indgåelse af kontrakt med vinderen. Den vindende totalrådgiver blev offentliggjort ved en festlighed den 23. maj 2012. Der er indgået kontrakt med totalrådgiver.

Totalrådgiveren arbejder nu med projekteringen af de tre delprojekter: P-hus, patienthotel/administrationsbygning og nordfløjen. Der arbejdes med projektering og licitation for det største delprojekt, nordfløjen, frem til primo 2014, med forventet byggestart for nordfløjen i foråret 2014.

Projektet forløber planmæssigt, og tidsplanen overholdes.

Nyt hospital Herlev

Kort om projektet

Kvalitetsfondsbyggeriet på Herlev Hospital omfatter opførelsen af et Kvindebarn-center og en fælles akutmodtagelse. Derudover skal den nye bygning rumme en række akutfunktioner. Det nye byggeri udgør ca. 50.000 m² og placeres syd for de eksisterende hospitalsbygninger. Endvidere skal der etableres omkring 900 nye P-pladser, hvoraf ca. 500 P-pladser etableres i konstruktion i form af et P-hus i den sydlige del af hospitalsområdet. De resterende ca. 400 P-pladser etableres i terræn. Desuden skal der ske en udvidelse af servicebygningen på 6.100 m², en udvidelse af kapellet med 230 m² samt en opgradering af centrale teknik- og forsyningsanlæg. Endvidere omfatter projektet medicoteknik, it og inventar, herunder AGV-teknologi (automatic guided vehicles), samt tværgående emner såsom byggeledelse og bygherrens administration, ledelse og bygherrerådgivning. Endelig omfatter projektet køb og istandsættelse af en eksisterende bygning (den tidligere sygeplejeskole) til administration, forskning mv.

Projektet har et samlet budget på 2,25 mia. kr. Der er givet endeligt tilsagn fra regeringens ekspertpanel vedrørende sygehusinvesteringer den 24. maj 2012.

Nedenstående tabel indeholder en oversigt over projektets forbrug til og med 2011, samt den forventede udgiftsprofil frem til byggeriet står færdigt.

Mio. kr., 09-p/l

Investeringsudgifter	Projektstart til og med								
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	I alt
Nyt hospital Herlev	157	112	124	346	431	408	501	173	2.250

Byggeriet af den nye bygning forventes påbegyndt medio 2014 med ibrugtagning i løbet af 2017. Byggeriet af servicebygningen mv. forventes påbegyndt medio 2014 med indkøring frem til medio 2017. Først sent i forløbet udbydes it, medicoteknik og løst inventar, så man sikrer, at den nyeste teknik anvendes.

Bygherrerådgiver: Niras A/S og aarhus arkitekterne A/S.

Totalrådgiver for den nye bygning: Et konsortium med Henning Larsen Architects A/S, Friis og Moltke A/S, Orbicon A/S, NNE Pharmaplan A/S og Norconsult A/S med underrådgivere Brunsgaard & Lauersen Arkitekter ApS og SLA A/S.

Status og politiske beslutninger

Regionsrådet godkendte på mødet den 27. oktober 2009 et idéoplæg for udbygningsplanen på Herlev Hospital, der udgjorde udgangspunktet for udarbejdelsen af et konkurrencegrundlag for nybyggeriet. Efterfølgende er der udarbejdet et konkurrenceprogram vedrørende den nye bygning, der indeholder et udbud af totalrådgivning vedrørende udbygningsplanen for hospitalet. Konkurrenceprogrammet blev godkendt af regionsrådet på mødet den 25. maj 2010. På samme møde nedsatte regionsrådet en bedømmelseskomité bestående af seks medlemmer af regionsrådet samt tre fagdommere. Ligeledes blev det godkendt, at der kunne gennemføres et totalrådgiverudbud vedrørende servicebygning og kapel.

Projektet har fra maj 2010 til april 2011 gennemført projektkonkurrencen for den nye bygning. Regionsrådet godkendte indgåelse af totalrådgiveraftalen på mødet den 24. maj 2011. Totalrådgiveren arbejder nu på projektering af den nye bygning.

Projektet har udarbejdet et byggeprogram og en styringsmanual, der sammen med ansøgningen til regeringens ekspertpanel er godkendt af regionsrådet på mødet den 15. november 2011. Ansøgningen er ultimo 2011 indsendt til regeringens ekspertpanel, der har behandlet sagen den 13. januar 2012. Ekspertpanelet stillede en række spørgsmål, som administrationen besvarede i marts 2012. Den 24. maj 2012 modtog Region Hovedstaden endeligt tilsagn fra regeringens ekspertpanel, og forretningsudvalget blev orienteret på mødet den 12. juni 2012.

Regionsrådet har på mødet den 10. april 2012 godkendt bygge- og anlægsprogram for Kvinde-barn-center og akutmodtagelse samt godkendt et rådgiverudbud for udvidelse af servicebygning og tekniske anlæg.

Projektet forløber planmæssigt, og tidsplanen overholdes.

Nyt hospital Hvidovre

Kort om projektet

Kvalitetsfondsbyggeriet på Hvidovre Hospital omfatter om- og nybygning. Nybyggeriet omfatter etablering af en ny fælles akutmodtagelse, ny kardiologi og ny pædiatri inklusive neonatologi samt en parkeringskælder med 325 parkeringspladser. Ombygningen understøtter samling af relevante specialer og funktioner gennem renovering og udvidelse af ambulatorier samt bedre patientkomfort og bedre hygiejne ved ombygning af 325 fire-sengstuer til én- og to-sengstuer.

Projektet har et budget på 1,45 mia. kr. Budgettet fordeler sig med 1,04 mia. kr. til nybyggeriet og 0,41 mia. kr. til ombygningen. Der er indsendt ansøgning om endeligt tilsagn til regeringens ekspertpanel i september 2012.

Nedenstående tabel indeholder en oversigt over projektets forbrug til og med 2011, samt den forventede udgiftsprofil frem til byggeriet står færdigt.

Mio. kr., 09-p/l

	Projektstart til og med 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	I alt
Investeringsudgifter											
Nyt hospital Hvidovre	7	10	35	106	214	256	273	362	152	35	1.450

Nybyggeriet forventes udført fra januar 2016 til december 2018 og ombygningen fra januar 2014 til december 2019.

Bygherrerådgiver: Cowi A/S.

Status og politiske beslutninger

Nyt hospital Hvidovre fik på regionsrådsmødet den 2. februar 2010 godkendt et idé- og programoplæg for udbygning af hospitalet, der skulle danne grundlag for hospitalets byggeprogram.

Den 20. september 2011 godkendte regionsrådet en investeringsbevilling til udarbejdelse af byggeprogram og gennemførsel af projektkonkurrence.

Regionsrådet godkendte på mødet den 25. september 2012 ansøgning om endeligt tilsagn til regeringens ekspertpanel, konkurrenceprogrammet og nedsættelse af en dommerkomité.

Der planlægges gennemført en projektkonkurrence i to faser med henblik på at finde en totalrådgiver. Konkurrencen blev igangsat i september 2012, og anden fase forventes afsluttet i september 2013. Forretningsudvalget orienteres om vinderne af fase 1. Når den endelige vinder er fundet ved afslutningen af anden fase, forelægges kontrakten regionsrådet til godkendelse. Efterfølgende udarbejdes dispositionsforslag og hovedprojekt.

Projektet forløber planmæssigt, og tidsplanen overholdes.

Ny retspsykiatri Sct. Hans

Kort om projektet

Kvalitetsfondsbyggeriet for Psykiatrisk Center Sct. Hans omfatter et nybyggeri på 25.000 m² med 126 retspsykiatriske sengepladser. Nybyggeriet indrettes med enestuer og opføres på østdelen af matriklen i Roskilde.

Projektet har et samlet budget på 550 mio. kr. Der er givet endeligt tilsagn fra regeringens ekspertpanel den 18. september 2012.

Nedenstående tabel indeholder en oversigt over projektets forbrug til og med 2011, samt den forventede udgiftsprofil frem til byggeriet står færdigt.

Mio. kr., 09-p/l

Investeringsudgifter	Projektstart til og med							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Ny retspsykiatri Sct. Hans	4	8	17	45	102	222	154	550

Byggeriet forventes opstartet medio 2015 med ibrugtagning ultimo 2017.

Bygherrerådgiver: Niras A/S.

Status og politiske beslutninger

Ny retspsykiatri Sct. Hans fik på regionsrådsmødet den 25. maj 2010 godkendt et idéoplæg for realisering af en nybygget psykiatrisk afdeling med 80 sengepladser og for ombygning af Platan- og Kastanjevej på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Efterfølgende er der udarbejdet et revideret idéoplæg, der er godkendt på regionsrådsmødet den 13. december 2011. Det nye idéoplæg indeholder rammerne for realisering af en nybygget retspsykiatrisk afdeling med 126 sengepladser på den østlige del af Psykiatrisk Center Sct. Hans.

Regionsrådet har på mødet den 10. april 2012 godkendt byggeprogram og ansøgning til regeringens ekspertpanel. Der er modtaget endeligt tilsagn fra regeringens ekspertpanel den 18. september 2012.

På regionsrådsmødet den 21. august 2012 godkendte regionsrådet konkurrenceprogram for projektkonkurrencen, og der er efterfølgende blevet igangsat en projektkonkurrence i to faser. Første fase forventes afsluttet primo 2013, og anden fase forventes afsluttet medio 2013. Forretningsudvalget orienteres om vinderne af første fase. Når den endelige vinder er fundet ved afslutningen af anden fase, forelægges en sag om indgåelse af kontrakt med det vindende konsortium til godkendelse for regionsrådet. Efterfølgende udarbejdes dispositionsforslag og hovedprojekt.

Projektet forløber planmæssigt, og tidsplanen overholdes.

Nyt hospital Nordsjælland

Kort om projektet

Nyt hospital Nordsjælland adskiller sig fra Region Hovedstadens øvrige kvalitetsfundsbyggerier ved at være et barmarks-projekt. Der skal således bygges et helt nyt hospital, som opføres ved Overdrevsvejen i Hillerød.

Nyt hospital Nordsjælland er en fusion af Hillerød Hospital, Helsingør Hospital og Frederikssund Hospital og bliver akuthospital for planlægningsområdet Nord. Hospitalet skal indeholde en fælles akutmodtagelse, kirurgi, ortopædkirurgi, intern medicin, neurologi, onkologi og palliativ behandling af både akutte og elektive patienter.

I november 2010 modtog Region Hovedstaden et forhåndstilsagn på 3,8 mia. kr. til Nyt hospital Nordsjælland, svarende til et samlet areal på 136.000 m². Den politiske følgegruppe for Nyt hospital Nordsjælland har i foråret 2012 drøftet forslag til reduktion af hospitalets areal som følge af budgetmæssige udfordringer. Det endelige forslag til arealreduktioner vil indgå i den sag, som regionsrådet får forelagt om godkendelse af konkurrenceprogrammet og ansøgning om endeligt tilsagn. Regionsrådet blev orienteret om budgetudfordringen og den foreslåede arealreduktion i forbindelse med forelæggelse af statussagen den 22. maj 2012.

Nedenstående tabel indeholder en oversigt over projektets forbrug til og med 2011, samt den forventede udgiftsprofil frem til byggeriet står færdigt.

Mio. kr., 09-p/l

Investeringsudgifter	Projektstart til og med										I alt
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Nyt hospital Nordsjælland	7	21	52	102	102	202	515	900	900	1000	3.800

Der forventes indsendt ansøgning til regeringens ekspertpanel om endeligt tilsagn efter forelæggelse for regionsrådet i foråret 2013.

Byggeriet forventes igangsat i 2016-2017 med indflytning i 2020.

Bygherrerådgiver: Cowi A/S.

Status og politiske beslutninger

Regionsrådet besluttede på mødet den 1. februar 2011, at regionsrådet i samarbejde med Hillerød Kommune søger at realisere Hillerød Kommunes ønske om at placere Nyt hospital Nordsjælland ved Overdrevsvejen på området Vest 1, idet det forudsættes at en række væsentlige hensyn – herunder de infrastrukturelle – tilgodeses. Transportministeren blev kort efter anmodet om, at staten etablerer den forudsatte infrastruktur i form af en S-togstation. Forligspartierne bag En Grøn Transportpolitik har den 7. februar 2012 aftalt at reservere penge til etablering af stationen.

Regionsrådet besluttede på mødet den 6. marts 2012 at sende programmet for placering af Nyt hospital Nordsjælland ved Overdrevsvejen og den tilhørende miljøvurdering i høring i 8 uger.

Den 10. april 2012 blev idéoplægget for kvalitetsfondsbyggeriet Nyt hospital Nordsjælland godkendt af regionsrådet.

Regionsrådet har på mødet den 25. september 2012 truffet beslutning om placering af Nyt hospital Nordsjælland ved Overdrevsvejen i Hillerød. Beslutningen er truffet på baggrund af en redegørelse for den gennemførte offentlige høring om programmet for placering af Nyt hospital Nordsjælland ved Overdrevsvejen med den tilhørende miljøvurdering.

Regionsrådet har på mødet den 25. september 2012 ligeledes truffet beslutning om gennemførelse af en projektkonkurrence med efterfølgende udbud med forhandling.

I februar 2013 forelægges regionsrådet udkast til program for projektkonkurrencen og ansøgning til regeringens ekspertpanel om endeligt tilsagn. Ekspertpanelet forventes at behandle ansøgningen i foråret 2013.

Projektkonkurrencen igangsættes februar 2013 og består af to faser. Første fase afsluttes i september 2013, og anden fase afsluttes i april 2014. Regionsrådet vil blive orienteret om resultatet af projektkonkurrencen og vil derudover blive forelagt en sag om godkendelse af indgåelse af kontrakt med det vindende konsortium. Derefter udarbejdes byggeprogram.

Byggeriet forventes igangsat i 2016-2017 med forventet indflytning i 2020.

Projektet forløber planmæssigt, og den samlede tidsplan overholdes.

Nyt hospital og Ny psykiatri Bispebjerg

Kort om projektet

Kvalitetsfondsbyggeriet på Bispebjerg Hospital omfatter nybyggeri på 94.000 m² og ombygning af 64.000 m². Derudover etableres 1.100 parkeeringspladser i konstruktion på grunden.

Projektet har et budget på 2,95 mia. kr.

Ud over kvalitetsfondsbyggeriet gennemføres også en udbygning og modernisering af rammerne for psykiatrien på Bispebjerg-matriklen, idet Psykiatrisk Center København samles på Bispebjerg-matriklen, hvor også Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg er placeret. Projektet omfatter nyopførelse af 27.000 m² og renovering af 32.000 m².

Projektet har et budget på 1,03 mia. kr., som finansieres via regionens investeringsbudget.

Projektet forløber planmæssigt, og tidsplanen overholdes.

Nyt Neurorehabiliteringshus Glostrup

Kort om projektet

Projektet på Glostrup Hospital er finansieret af regionens investeringsbudget, og det er på grund af projektets størrelse og kompleksitet besluttet, at projektet håndteres efter de samme retningslinjer som kvalitetsfondsbyggerierne.

Projektet omfatter etablering af et nyt neurorehabiliteringshus på Glostrup Hospital, som understøtter en samling af regionens specialiserede neurorehabilitering. Det samlede bygningsanlæg udgør godt 21.000 m² brutto. Derudover er det en del af projektet, at der skal bygges et parkeringshus, et nødstrømsanlæg og en kølecentral.

Projektet har et budget på 666 mio. kr. Budgettet fordeler sig med 571 mio. kr. til det nye neurorehabiliteringshus og 95 mio. kr. til parkeringshus og de tekniske anlæg.

Nedenstående tabel indeholder en oversigt over projektets forbrug til og med 2011 samt den forventede udgiftsprofil frem til byggeriet står færdigt.

Mio. kr., 11-p/l

Investeringsudgifter	Projektstart til og med								
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	I alt
Nyt Neurorehabiliteringshus Glostrup	1	8	49	61	36	88	181	242	666

Da projektet ikke er et kvalitetsfondsbyggeri, skal der ikke indsendes ansøgning til regeringens ekspertpanel.

Byggeriet af neurorehabiliteringshuset forventes igangsat i 2016 med indflytning i 2018, og P-huset forventes klar til ibrugtagning ultimo 2014.

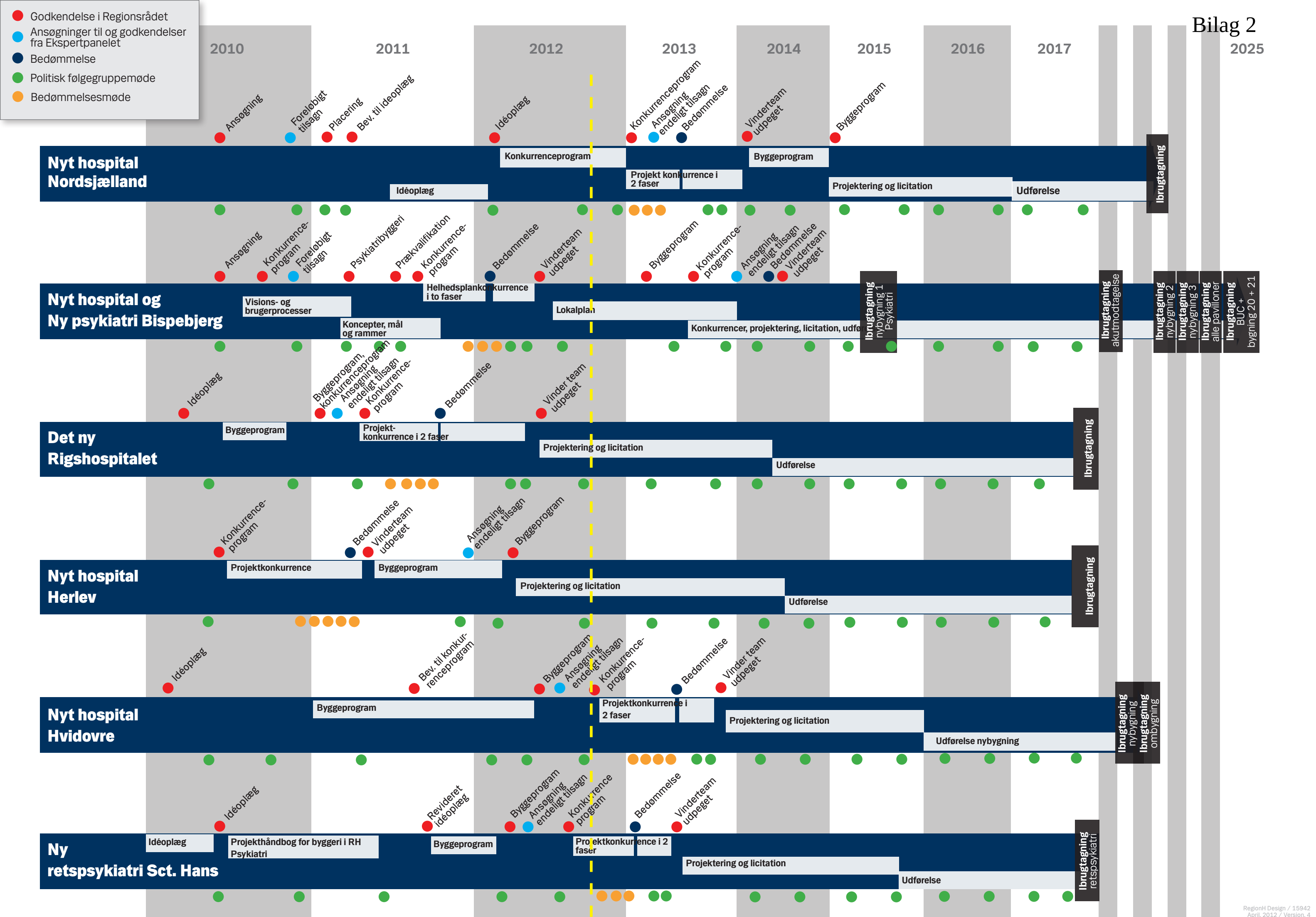
Bygherrerådgiver: Rambøll A/S med Friis & Moltke A/S samt Brunsgaard & Laursen.

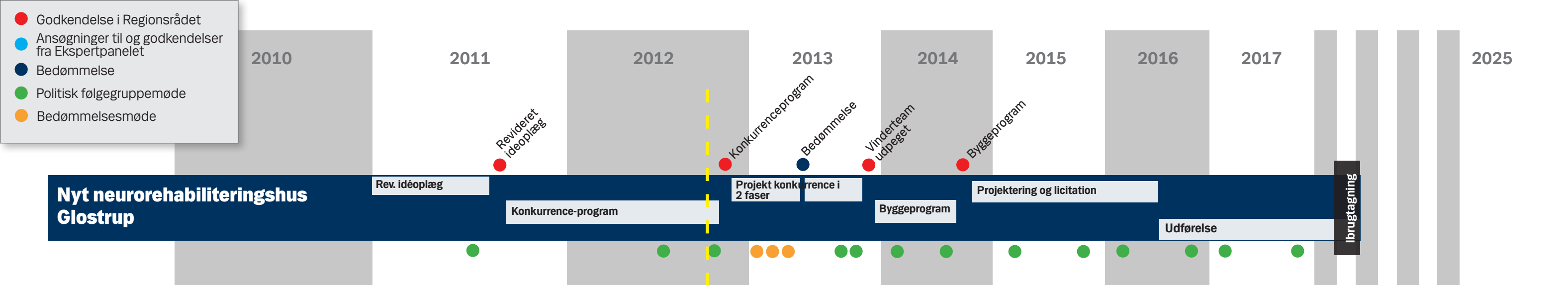
Status og politiske beslutninger

Regionsrådet har på mødet den 21. juni 2011 besluttet, at der nedsættes en politisk følgegruppe for nybyggeriet på Glostrup Hospital, idet projektet på baggrund af byggeriets størrelse og kompleksitet håndteres efter principperne for kvalitetsfondsbyggerierne.

Efterfølgende har regionsrådet på mødet den 20. september 2011 godkendt idéoplæg for nyt neurorehabiliteringshus på Glostrup Hospital og på mødet den 21. august 2012 godkendt investeringsbevillinger til parkeringshuset og projektkonkurrencen om neurorehabiliteringshuset på hhv. 93,5 mio. kr. og 13 mio. kr.

Projektet forløber planmæssigt, og tidsplanen overholdes.





Forretningsudvalgets møde den 13. november 2012

Sag nr. 18

Emne: Generel orientering fra ledelsen

NOTAT**Opgang** Blok B
Telefon 38 66 50 00
Direkte 26 73 89 80
Web www.regionh.dk

Dato: 12. november 2012

Status på problematik vedrørende manglende fremsendelse af negative kvitteringer på henvisninger.**Baggrund**

I perioden 20.03-2011 til 17.09-2012 er 1829 afsendte elektroniske henvisninger **ikke** nået frem til Centralvisitationen (CVI) i Nordsjælland. Samtidig er der ikke afsendt en elektronisk advisering herom til henvisende læge. Dette skyldes systemfejl.

De praktiserende læger og speciallæger, der har patienter omfattet af fejlen, er blevet kontaktet og har modtaget liste med de patienter, der er omfattet af ovenstående. Egen læge er endvidere anmodet om at melde tilbage til Koncern Praksis, om der på listen er patienter, der skal genhenvises eller har fået et unødigt forlænget forløb grundet it-problemet.

Patienter med unødigt forlænget forløb

Der foreligger nu en foreløbig status på de patienter/cpr. numre, der har fået et unødigt forlænget forløb.

På baggrund af tilbagemeldinger fra de praktiserende læger er der identificeret 90 henvisninger fordelt på 53 cpr. numre, der har et unødigt forlænget forløb. Der tages telefonisk kontakt til disse patienter via regionens patientvejledere med henblik på opfølgning og orientering om klagemuligheder.

Administrationen har endvidere, ved gennemgang af samtlige henvisningsdiagnoser, identificeret 34 patienter, der er henvist på mistanke om kræftsygdom -eller med allerede kendt kræftsygdom, der har fået et unødigt forlænget forløb.

For 29 af disse patienter skønnes forsinkelse næppe at have klinisk betydning.

3 patienter er fortsat under udredning på mistanke om kræftsygdom. En eventuel klinisk betydning af forsinkelse afventer endelig diagnose. Administrationen følger op på disse forløb i december 2012.

2 patienter er radikalt behandlet. En eventuel klinisk betydning af forsinkelse kan ikke vurderes på nuværende tidspunkt.

For hver enkelt af de patienter, der er henvist på mistanke om kræftsygdom -eller med allerede kendt kræftsygdom, foretager administrationen en opgørelse af, om lovgivning i relation til kræftområdet har været efterlevet. Redegørelse følger i december.

Administrationen arbejder ligeledes på at sikre, at samtlige patienter, der har et unødigt forlænget forløb, bliver identificerede og kontaktet.

Patienter, der skal genhenvises

Endelig er der identificeret 10 henvisninger med ikke-livstruende henvisningsdiagnoser. Disse vil blive genfremsendt ved egen læge. Der er taget kontakt til CVI, Hillerød Hospital med henblik på at sikre, at de genfremsendte henvisninger behandles som sub-akutte henvisninger, således at disse patienter bliver hurtigt indkaldt.

IMT har indledt en juridisk gennemgang af de kontraktlige forhold i relation til leverandør, KMD med henblik på vurdering af muligheder for erstatningskrav.

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

Telefon 48 20 50 00
Fax 48 20 57 99
Mail regiong@regionh.dk
Web www.regionhovedstaden.dk

Journal nr.: 12011566
Ref.: Mikkel Bruuun Pedersen

Dato: 13. november 2012

Orientering vedrørende forhold på Hillerød Hospital

Koncerndirektionen har modtaget en hurtig redegørelse fra direktionen i Hillerød Hospital på baggrund af de rejste klager over en specifik afdeling.

Koncerndirektionen ser med tilfredshed på, at der er taget ledelsesmæssig handling umiddelbart og at der fortsat vil blive fuldt op på afdelingen både hvad angår rengøringsforhold, service og kommunikation.

Vedlagt:

Orientering om baggrund for medieomtaler af Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling, Hillerød Hospital

NOTAT**Til Forretningsudvalget****Opgang** Blok B
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 60 66
Web www.regionh.dk

Dato: 13. november 2012

**Orientering fra direktionen på Hillerød Hospital om baggrund for medie-
omtaler af Lunge- og Infektionsmedicins Afdeling**

I forlængelse af den tidligere sag med politianmeldelse har yderligere 2 patienter henvendt sig til radio 24/7 med klager. Ingen af dem har klaget til afdelingen, hverken under eller efter indlæggelsen. Vi beklager meget at patienterne har haft dårlige oplevelser under deres ophold på afdelingen.

De nye henvendelser drejer sig hovedsageligt om servicen, kommunikation og en enkelt bemærkning om medicingivning.

Den pågældende afdeling har ikke tidligere skilt sig negativt ud, med antal klager, rengøring, eller andet.

- I LUP ligger afdelingen gennemsnitligt i fht. regionens samlede resultater, over middel i fht. de medicinske afdelinger (fx tillid til læger og sygeplejersker, kontaktpersoner og lydhørhed, 88-94%). Der er dog også områder, hvor der bør ske forbedringer, fx i fht. generelt indtryk af lokaler og personalets håndtering af fejl.
- Hospitalets rengøringsstandard er gennemsnitlig i fht. regionen, en ny lig rengøringsaudit viste et godt resultat.
- Der er lavt sygefravær.

(Se eksempler på data i bilag side 3)

På den faglige side har afdelingen de bedste resultater i regionen.

- Højeste målopfyldelse i NIP KOL
- Målinger i projektet "Patientsikkert Sygehus" viser gode resultater, fx med medicinafstemning, tryksårforebyggelse og sygehuserhvervede infektioner.

Dette er det generelle billede. I fht. til de nye klager peges der på områder, vi vil se nærmere på.

- Det ældre byggeri giver særlige udfordringer på en afdeling, hvor der ofte er lugtgener forbundet med sygdomme (diarre, blærebetændelse). Vi vil undersøge muligheden for ombygning til bedre afskærmede toilet- og bade-forhold, men kan nok ikke skaffe flere enestuer.

- Normering er tilstrækkelig, men der er mange nyuddannede uerfarne sygeplejersker, der ikke har erfaringen til at håndtere vanskelige situationer i fht. patienter og pårørende. Fagligt prøver vi at understøtte maksimalt med de erfarne sygeplejersker, og kommunikationsmæssigt er der startet simulationsbaseret træning. Ligesom afdelingen har taget initiativ til at ændre plejeformen, så én sygeplejerske går stuegang, resten er ude hos patienterne.
- Medicingivning er et stadigt fokus, og det største område i Danmark for utilsigtede hændelser. Den refererede episode indgår i den løbende audit, der pågår.
- Hospitalet ønsker inddragelse af patienter og pårørende, og inddrager det som et væsentligt strategisk element i det nye år.
 - Vi påtænker initiativer til at sikre patient og pårørende feedback inden udskrivelsen bl.a. inspireret af erfaringer fra Tayside i Skotland.
 - Vi vil udvikle bedre forventningsafstemning med patienter og pårørende.
- Patientkald og alarmklokker skal besvares, hvorfor der indkøbes materiel så også elever og studerende – kan besvare klokker. Herudover auditeres der fremadrettet på besvarelse af klokker.
- Direktionen går løbende patientsikkerhedsrunder på hospitalet. På baggrund af klagerne vil der ske yderligere rundering i det infektionsmedicinske område mhp revurdering af rengøringsindsatsen.

Afslutningsvis vil direktion og afdelingsledelse endnu en gang beklage, at de pågældende patienter og pårørende har haft dårlige oplevelser på hospitalet. Det har berørt alle involverede, der dagligt bestræber sig på at levere gode patientforløb, hvorfor vi på hospitalet ser frem til at opnå gode resultater ved i samarbejde med patienter og pårørende at implementere nye metoder til forventningsafstemning tidligt i forløbet.

Leif Panduro
Vicedirektør

Bilag: Kvaliteten i Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling

Faglig standard i Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling

- Den faglige standard er høj. På de indikatorer (NIP), der måles på inden for dette område, overholder afdelingen alle indikatorer og ligger bedst i Region Hovedstaden.
- Det høje faglige fokus, bevirker endvidere, at afdelingen har været først og bedst til, når det gælder Patientsikkert Sygehus-indsatser såsom eliminering af infektioner.

Patienttilfredshed i Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling

Afdelingens resultater i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser viser, for eksempel at:

- 91% af patienterne har haft tillid til den lægefaglige behandling (region H: 93%)
- 94% oplever at deres kontaktperson tager ansvar for forløbet (region H: 96)
- 93% af patienterne har positive oplevelser med at lægerne lytter til dem (region H: 89%)
- 88% af patienterne oplever, at plejepersonalet er lydhør over for patientens behov (region H: 90).

(Tal i parentes er samlet resultat for Region Hovedstaden til sammenligning).

Medarbejderforhold i Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling

- Sygefraværet i afdelingen ligger på 4,3%.
- Afdelingen har i efteråret 2012 syv barsler (en afdelingssygeplejerske og seks erfarne sygeplejersker)

NOTAT

Til Forretningsudvalget

Orientering vedr. politianmeldelse af Hillerød Hospital

Det har i medierne fremgået, at der er foretaget politianmeldelse af Hillerød Hospital i forbindelse med en tidligere patients dødsfald.

Det har ligeledes fremgået af medierne, at der er tale om en 87-årig kvinde med KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), som blev akut syg og indlagt på Hillerød Hospitals intensivafdeling. Kvinden var kronisk dårlig inden indlæggelsen, stort set ikke-mobiliseret og afventende plejehjem. Efter intensiv behandling var kvinden indlagt på lungemedicinsk afdeling på Hillerød Hospital. Det fremgår endvidere, at de pårørende finder, at manglende mobilisering samt manglende nødning til spisning fremkaldte kvindens død. Efter udskrivelsen var kvinden på sin vanlige tilstand (habitual tilstand), fraset behov for hjemmeilt, der blev installeret. Kvinden døde i sit hjem ca. 9 dage efter udskrivelse.

Administrationen har forespurgt Hillerød Hospital om forløbet, herunder kvindens tilstand, behandling mv.

Det er administrationens vurdering, at der har været tale om en fuldt forsvarlig og tilstrækkelig vurdering af kvindens tilstand samt behandling.

Det er også vurderingen, at der i forløbet har været dårlig kommunikation mellem pårørende og personale, herunder har det været vanskeligt for de pårørende i en række tilfælde at få telefonisk kontakt med afdelingen, hvor kvinden var indlagt.

Hillerød Hospital har oplyst, at der har været samtaler med de pårørende 1-2 gange daglig i indlæggelsesperioden, at der har været samtaler med medlemmer af direktionen, herunder en samtale efter kvindens død. Pårørende har desuden klaget til regionsdirektøren, der har svaret på henvendelsen.

Administrationen er ikke bekendt med, at der tidligere har været indgivet anmeldelser for drab vedrørende et af regionens hospitaler. Politiet har endnu ikke færdigvurderet anmeldelsen.

Koncerndirektionen har taget skridt til en ledelsesmæssig drøftelse af telefon-tilgængelighed til hospitalsafdelinger.

NOTAT**Til: Forretningsudvalgets medlemmer****Undersøgelse af patientforløb i psykiatrien**

I forbindelse med sagen om medicinering i psykiatrien er der nedsat en ekstern ekspertgruppe, som bl.a. gennemfører en undersøgelse af de patienter, som i perioden januar til marts 2012 blev behandlet med det antipsykotiske lægemiddel olanzapin i doser over det anbefalede niveau. Undersøgelsen er lavet af Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital. Formålet med undersøgelsen er at undersøge, om behandlingen med olanzapin har været forbundet med en risiko for patienterne.

Ud af de 226 patienter, som havde fået olanzapin udover de anbefalede doser, udvalgte Klinisk Farmakologisk Afdeling 91 patientjournaler til nærmere gennemgang. Journalerne blev udvalgt ud fra en række kriterier - bl.a. dødsfald, at patienten havde fået et somatisk tilsyn under indlæggelse eller havde været indlagt på somatisk afdeling.

Resultatet af gennemgangen har vist, at fire af de 91 patienter havde alvorlige bivirkninger. To af de fire patienter er afgået ved døden, den ene ved selvmord. I de tre tilfælde kan det ikke udelukkes, at olanzapin kan have været medvirkende årsag til bivirkningerne. Klinisk Farmakologisk Afdeling har samtidig vurderet, at når patientens generelle sygdomsbillede blev taget i betragtning, havde bivirkningerne formentlig ikke kunnet undgås, og afdelingen vurderer, at der er sket en fyldestgørende behandling.

Den fjerde patient døde under indlæggelse på et somatisk hospital efter et behandlingsforløb med komplekse symptomer, hvor både psykiatriske og somatiske læger var involveret. I forbindelse med Klinisk Farmakologisk Afdelings gennemgang af dette forløb blev der konstateret mulige mangler i behandlingsforløbet i psykiatrien. Patientforløbet er nu indberettet til embedslægeinstitutionen, som igangsætter en undersøgelse, herunder vurderer om de involverede sundhedspersoner har været tilstrækkeligt opmærksomme på bivirkninger. Patientforløbet er derudover indberettet som utilsigtet hændelse, og der planlægges gennemført en tværgående kerneårsagsanalyse i samarbejde med Amager og Hvidovre Hospital.