



Anbefalinger til udligningsmodel - Tværsektorielle udbud

17. november 2023
Side 1 af 5

Baggrund

Efter afslutningen på det tværsektorielle stomiudbud har styregruppen for Tværsektorielle Indkøb nedsat en arbejdsgruppe, som skal udarbejde anbefalinger til en udligningsmodel for fremtidige tværsektorielle udbud.

Erfaringer fra stomiudbuddet viser, at en god udligningsmodel er nødvendig at have på plads forud for udbuddet. Sådan bliver det muligt dels at sikre regioner og kommuner et oplyst beslutningsgrundlag om økonomien ifm. tilslutning, dels at sikre en optimal sagsgang ifm. indgåelse af kontrakter efter endt udbud.

Arbejdsgruppen giver i dette notat en række anbefalinger til og en metodegennemgang af udligninger ved fremtidige tværsektorielle udbud, som bygger videre på erfaringer fra stomiudbuddet. Læs evt. bilag 1, der forklarer den økonomiske tankegang bag de tværsektorielle udbudsprojekter.

Evt. udligningsmodel(ler) skal overholde følgende overordnede principper, der er vedtaget af regioner og kommuner i Syddanmark og i proces i Midtjylland:

- Der bliver udarbejdet oplæg til en udligningsmodel for hvert produktområde. Dette oplæg udarbejdes i analysefasen for hvert udbud.
- Hvis udbuddet efter gennemførelsen resulterer i en samlet positiv økonomisk business case reguleret for prisudvikling, så skal ingen tilsluttede regioner og kommuner som udgangspunkt have mérudgifter.

Der kan være produktområder, hvor en udligningsmodel ikke er relevant pga. særlige forhold eller hvis der kun er tale om en mérudgift af minimal størrelse. Men det vil under alle omstændigheder blive afklaret, om en udligningsmodel er nødvendig, og der vil blive udarbejdet et beslutningsgrundlag.

Hvis udbuddet ikke resulterer i en samlet positiv business case vil udgangspunktet være at udbuddet annulleres, medmindre alle parter vurderer at øvrige gevinster ved det tværsektorielle samarbejde har større værdi og dermed hver især påtager sig merudgiften.

Fremtidig udligning ved første tværsektorielle udbud på produktområdet

Det anbefales at udligningen foregår separat for de to regioner. Der udlignes alene mellem kommuner og region i egen Region.

BORGMESTERENS AFDELING

Økonomi, IT og Digitalisering
Aarhus Kommune

Udbud og Contract Management
Rådhuspladsen 2
8000 Aarhus C

Direkte telefon: 41 87 43 47

E-mail:
pral@aarhus.dk

Sagsbehandler:
Rasmus Lillelund Lovring



17. november 2023
Side 2 af 5

Jfr. de overordnede principper for udligning, er det en forudsætning for at der skal ske udligning, at der overordnet set er en positiv økonomisk business case samlet set for projektet i hver Region, da der ellers ikke er en gevinst at udligne med. Dvs. at gevinsten i Region Midt skal være stor nok til at dække evt. tab i samme region, og tilsvarende for Region Syddanmark.

Arbejdsgruppen anbefaler at der sker fuld udligning af merudgiften for henholdsvis kommuner og regioner. Ved merudgiften forstås hvad en kommune eller region potentielt kommer til at betale mere for deres produkter end før det første tværsektorielle udbud – se i øvrigt bilag 1. Selve beregningen af udligningen beskrives nærmere i næste afsnit. Udligningen foretages i samarbejds levetid og genberegnes i forbindelse med genudbud i forhold til den oprindelige baseline, hvor der også tages højde for evt. markante ændringer i kontraktens løbetid.

Arbejdsgruppen foreslår at benytte Fælles Service Center (FSC) til at håndtere selve udligningen. Dette kræver dog, FSC gennem en vedtægtsændring bliver forpligtet til at følge de overordnede principper for udligning. FSC sender en faktura til de kommuner/regioner, som skal indbetale til udligningen og sender samtidig udligningsbeløbet ud til de kommuner/regioner, som skal have dækket et tab ved det tværsektorielle fællesudbud. Afregningen vil ske én gang om året og i forhold til hvor længe kommunerne trækker på aftalen.

I sidste ende vil alle kommuner eller regioner enten gå i nul eller stå tilbage med en gevinst ved at deltage i udbuddet. For at udligningen er lovlig, kræver det, at kommunerne samlet set efter udligning ikke skal af med flere penge, end hvis de selv skulle indkøbe. Der vil også være gevinster udover selve indkøbet i form af de udviklingstiltag, der bidrager til et bedre forløb for borgerne. Disse gevinster er dog vanskelige at opgøre økonomisk.

Beregningsmetode for udligningsmodellen

For at kunne beregne det endelige udligningsbeløb er det nødvendigt først at estimere projektkostninger og driftsomkostninger. Samtidig skal produktgevinsterne og efterfølgende projektgevinsterne beregnes. Slutteligt kan den enkelte kommunes udligningsbeløb findes. Læs evt. en uddybende forklaring i eksempelberegningen i bilag 2.

Beregning af projektkostninger og driftsomkostninger

Et tværsektorielt udbud består af en række projektkostninger, herunder engangsomkostninger til projektledelse, udbudskonsulenter, eksterne konsulenter, udviklingstiltag mv. Derudover vil der være årlige driftsomkostninger og evt. IT-licenser mv.

Projektkostningerne fordeles mellem kommuner og regioner i forhold til antal kommuner og antal regioner, der deltager i udbuddet.



$$\text{Andel Kommune} = \frac{\text{Antal kommuner}}{\text{Antal kommuner} + \text{antal regioner}}$$

17. november 2023
Side 3 af 5

$$\text{Andel regioner} = \frac{\text{Antal regioner}}{\text{Antal kommuner} + \text{antal regioner}}$$

Efterfølgende fordeles omkostningerne internt mellem kommunerne i hver region baseret på antal indbyggere.

De to regioner aftaler selv internt, hvordan midlerne eventuelt skal fordeles imellem sig.

Driftsomkostningerne er et estimat baseret på data fra udbudsprocessen af lager og logistik samt IT-systemet. Driftsomkostningerne fordeles ud til hver enkelt kommune baseret på en passende fordelingsnøgle. Der er forskel på produktområder med central eller decentral bestilling. I de tilfælde, hvor der findes aktive bevillinger, så er dette den mest retvisende fordelingsnøgle. I andre tilfælde kan antal indbyggere i de givne kommuner benyttes medmindre et bedre alternativ findes. I nogle tilfælde, kan det også være relevant at ændre fordelingsnøglen for at sikre, at der ikke sker en skævvridning ift. kommunestørrelse og befolkningssammensætning.

Beregning af produktgevinster

Produktgevinsterne stammer fra produktudbuddet, hvor det må forventes at et stort tværsektorielt udbud vil give bedre priser end tidligere eller bedre priser end deltagerne kunne opnå på anden vis. Produktgevinster kan også stamme fra regionernes standardisering af produktvalg, som har afsmittende effekt på kommunernes forbrug hvis der vælges billigere produkter, som stadig opfylder de sundhedsfaglige behov.

Ved at sammenligne kommunernes og regionernes senest indmeldte årsforbrug med det forventede årsforbrug efter endt produktudbud er det muligt at beregne den økonomiske gevinst ved produktudbuddet og evt. standardisering af produktvalget.

Beregning af projektgevinster

Projektgevinsterne findes ved at tage produktgevinsterne og fratrække projektomkostningerne og årlige driftsomkostninger.

Det vil kun være nye eller evt. mérudgifter, som kan henføres til det pågældende udbud, der bliver indregnet i de årlige driftsomkostninger.

Projektgevinsterne beregnes for hver enkelt kommune og region baseret på den enkelte kommunes eller regions idriftsættelsesdato og frem til udgangen af produktudbuddet.



Beregning af udligningsbeløb

17. november 2023
Side 4 af 5

Efter at have opgjort projektgevinsterne for alle kommuner og regioner i henholdsvis Region Midt og Region Syddanmark kan udligningsbeløbene beregnes. Udligningen beregnes kun én gang efter gennemført udbud for hver af de 4 kontraktår. Dette sker for at gøre det så enkelt som muligt at administrere udligningen.

Skulle der være år, hvor gevinsterne ikke er høje nok til at dække udligningsbehovet, men der samtidig er en samlet positiv økonomisk gevinst set over alle 4 år, så vil det blive håndteret så alle som minimum går i nul. Den endelige praktiske håndtering af udligningen kan først fastlægges når det samlede økonomiske overblik foreligger.

Kommuner eller Regioner med et tab skal have dækket deres tab således at de går i nul ved at deltage i projektet. Udligningen skal komme fra de kommuner eller regioner, som har en gevinst ved at deltage i projektet.

Den andel som hver enkelt kommune eller region skal betale til udligningen beregnes ud fra deres andel af den samlede gevinst. Det betyder, at kommuner eller regioner med en højere gevinst betaler en lidt større andel end de kommuner eller regioner med en lavere gevinst. Udligningen beregnes fra den enkelte kommunes eller regions idriftsættelsesdato og frem til produktudbuddets udløb.

Det er ikke muligt at lave en 100% retfærdig fordeling af udligningen, der tager højde for historiske uligheder mellem kommunernes priser ifm. første tværsektorielle udbud på produktområdet. Dog vil der også være afledte gevinster regionernes standardisering af produktvalg.

Efter udligning vil alle kommuner eller regioner enten gå i nul eller have en gevinst ved projektet.

Genudbud

Region Midt foreslår at udligningen ifm. genudbud håndteres som beskrevet nedenfor.

De fælles aftaler løber som udgangspunkt i 4 år. Ved genudbud vil alle kommuner have ens udgangspriser og dermed også ens mer-/mindreudgifter. På denne baggrund vil gælde følgende principper for beregning af udligning:

Ved uændrede priser (reguleret for prisudvikling) vil udligningen ift. regioner være uændret.

Ved stigende priser (reguleret for prisudvikling) skal merudgiften løftes solidarisk af alle parter, hvorfor udligningen til regioner her også vil være uændret.



17. november 2023
Side 5 af 5

Ved lavere priser opnås der en samlet besparelse. Her genberegnes udligningen, så udligningen til regionerne reduceres svarende til regionernes gevinster ved faldende priser. Dette sikrer at regionerne, der som udgangspunkt kan have haft meget lave priser holdes skadesfrie, men ikke tjener på samarbejdet.

Dvs. udligningen vil i samarbejdets levetid være uændret eller faldende.

Bilag:

1. Den økonomiske tankegang bag de tværsektorielle udbudsprojekter
2. Eksempelberegning af udligningsmodel

Bilag 1: Den økonomiske tankegang bag de tværsektorielle udbudsprojekter

Dette notat har til hensigt at forklare den bagvedliggende økonomiske tankegang bag de tværsektorielle udbudsprojekter.

Den historiske situation uden tværsektorielle udbud:

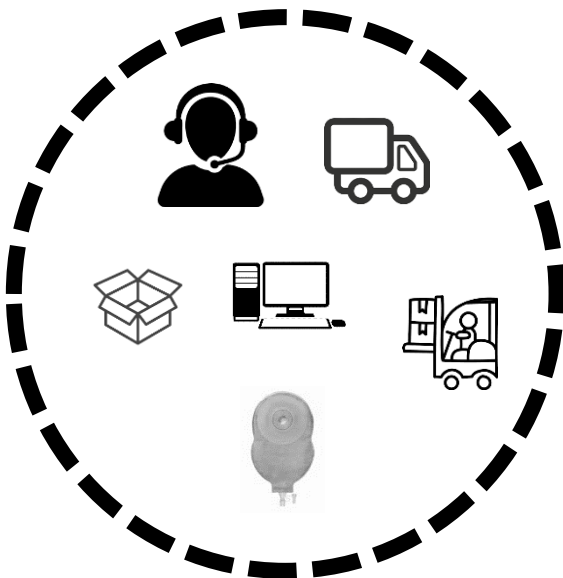
For at forstå hvad der skaber den økonomiske motivation for at indgå i tværsektorielle udbud, er det relevant at forstå den historiske situation.

Tidligere havde Region Midtjylland, Region Syddanmark og kommunerne forskellige priser. Nogle kommuner havde de samme priser grundet diverse indkøbsfællesskaber, men der var ingen Regioner eller kommuner som delte priser. Derudover var der også forskel på hvilke produkter som regionerne og kommunerne havde på deres tilbudslistes.

Hensigten med at lave tværsektorielle udbud er at ensarte produktudbuddet, så regionerne og kommunerne fremadrettet har samme produkter på deres tilbudslistes til samme pris. Dermed får borgerne et bedre forløb, når det er de samme produkter de bliver præsenteret for på hospitalerne som de får bevilliget når de overgår til kommunerne.

Det kommunale perspektiv:

Kommunerne har historisk handlet med en grossist, som er blevet udvalgt efter offentligt udbud, hvor man har vægtet pris og kvalitet. Grossisten leverende en samlet løsning indeholdende lager, logistik, call-center, IT-understøttelse og produkt.

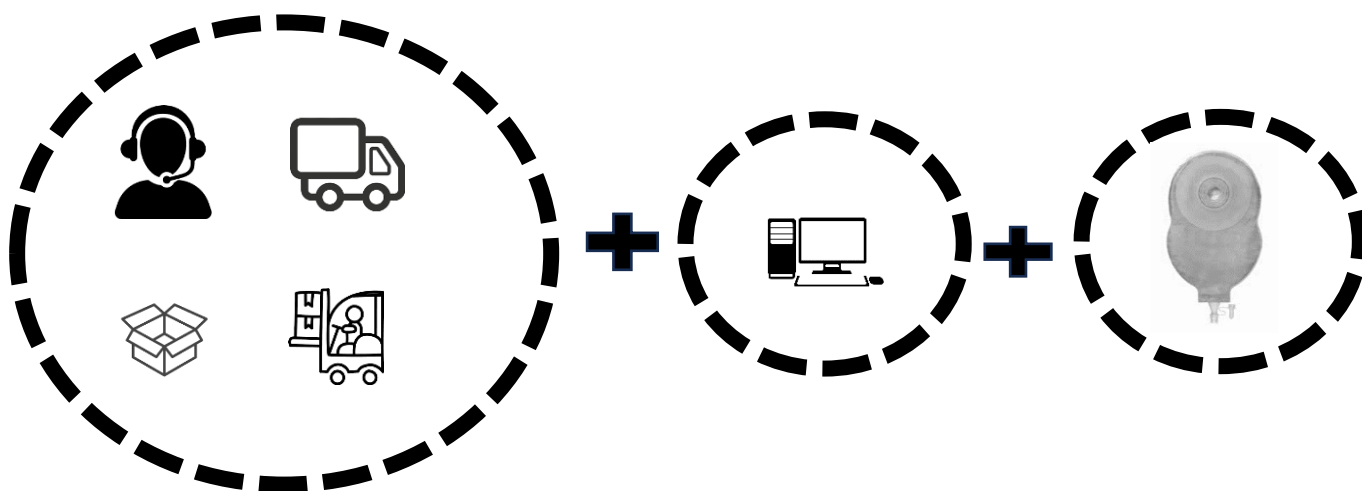


Den fremtidige situation med et tværsektorielle udbud:

En af tankegangene bag de tværsektorielle udbud er at springe grossistledet over og målrette udbuddet direkte mod producenterne, hvilket formentlig vil give en skarpere pris.

Det betyder, at udover et produktudbud, så er der behov for en IT-løsning til håndtering af bevilling og bestillinger samt en lager, logistik og support løsning.

Fælles Service Center (FSC) står for lager, logistik og support, mens IT-understøttelsen klares af Accenture og produkterne i fremtiden bliver leveret fra producenterne.

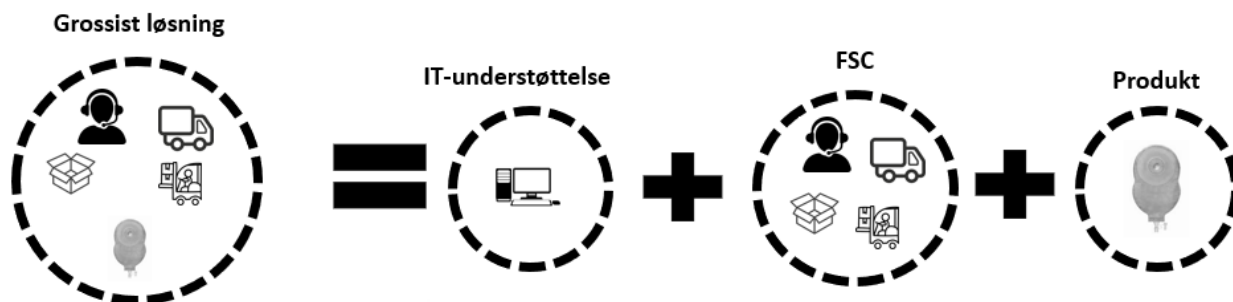


Hvordan beregnes den økonomiske business case:

Med ovenstående in mente, beskriver dette afsnit den økonomiske business case set ud fra kommunernes perspektiv.

Kommunerne havde tidligere én pris fra grossisten, som dækkede produkt, lager, logistik, support og IT-understøttelse. Fremadrettet vil kommunerne stå overfor tre priser; en produktpris som betales til producenterne, en pris for lager, logistik og support som betales til FSC og en pris for IT-understøttelse (den opkræves også via FSC).

Det betyder konkret, at hvis projektet skal have en positiv økonomisk business case, så skal værdien af den nye løsning være billigere end værdien af det gamle set-up:

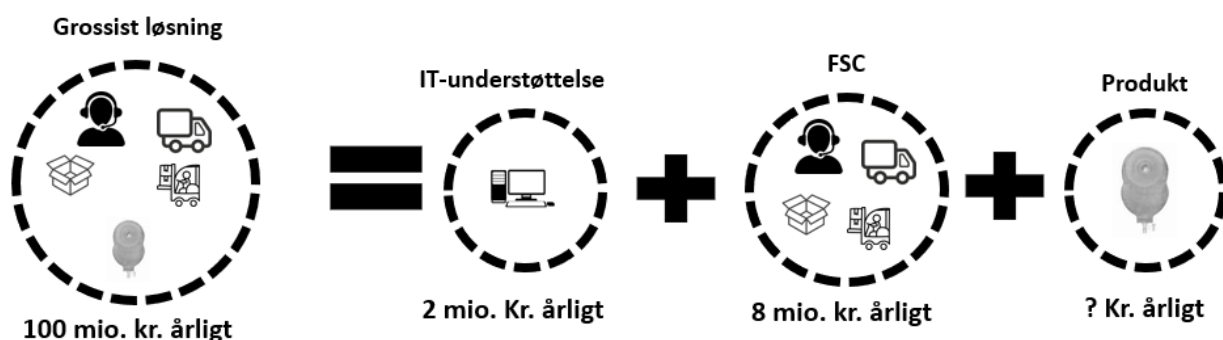


Kommunerne indleverer deres seneste årlige historiske forbrug, hvilket betyder at vi kender omkostningerne til grossistløsningen. De forventelige omkostninger til IT-understøttelse og FSC er estimeret på baggrund af de indkomne tilbud. Det betyder at den eneste ubekendte omkostning er hvad de fremtidige produktpriser bliver efter endt udbud.

Break-even beregning i procent:

Den første indikation på, om det tværoffentlige udbud forventes at give en positiv økonomisk business case kan fås ved at sammenligne de tidligere omkostninger med omkostningerne fra den nye situation.

Det antages i nedenstående eksempel at, at kommunerne tidligere have en udgift på 100 mio. kr. samlet. IT-understøttelsen koster i dag 2 mio. kr. årligt og udgifterne til FSC udgør 8 mio. kr. i vores tænkte eksempel.



Det betyder, at hvis produktpriserne i fremtiden maksimalt kommer til at koste kommunerne 90 mio. kr., så går projektet i nul, hvis produktpriserne bliver mere gunstige og kommunernes omkostning er lavere end de 90 mio. kr., så er der en positiv økonomisk business case.

Break-even procentsatsen er altså den rabatsats, som er nødvendigt i produktudbuddet for at projektet overordnet set giver en positiv økonomisk business case. I nedenstående tilfælde skal produktrabatten ift. grossistløsningen være på 10%.

Med andre ord, så benytter vi de tidligere omkostninger til grossistløsningen, samt de nuværende kendte omkostninger til IT-understøttelse og FSC til at beregne den påkrævende rabatsats på produkterne, som er nødvendig for at projektet går i nul i første udbud.

Allerede her er det muligt at få en indikation på, hvor godt den økonomiske business case for projektet må forventes at være. Jo højere break-even procentsats, jo sværere er det for projektet at hente en positiv økonomisk business case.

Beregning af den endelige økonomiske gevinst ved projektet:

Først efter endt produktudbud er det muligt at beregne en økonomisk gevinst i kroner og øre. Det gøres ved at sammenligne de tidligere priser fra grossistløsningen med de nye produktpriser efter endt udbud plus omkostningerne til IT-understøttelse og FSC. Dette skal gøres for alle deltagende parter, hvorefter gevinsten kan summeres.

Den overordnede økonomiske gevinst beregnes som:

$$\text{Projektgevinst} = \text{Tidligere forbrugomk.} - (\text{Nye forbrugsomk.} + \text{omk. IT} + \text{omk. FSC})$$

$$\text{Tidligere forbrugsomk.} = \text{forventet forbrug} * \text{tidligere grossistpriser}$$

$$\text{Nye forbrugsomk.} = \text{forventet forbrug} * \text{nye producentpriser}$$

Hvis ovenstående ligning er positiv så er der en samlet økonomisk gevinst ved projektet.

Udligningsmodel:

Selvom der er en samlet overordnet positiv økonomisk gevinstberegning, så er det ikke ensbetydende med at alle deltagende parter oplever en økonomisk gevinst. Det skyldes, som tidligere nævnt, at ikke alle kommuner eller regioner har samme historiske priser.

Det kan derfor være nødvendigt at arbejde med en udligningsmodel, for at sikre, at alle deltagende parter enten går i nul eller har en positiv økonomisk gevinst ved projektet efter første fællesudbud.

Selve udligningsmodellen er beskrevet i et andet bilag og ligeledes eksemplificeret.

Fremtidige udbud:

Ovenstående er den økonomiske tankegang ved første produktudbud. Ved fremtidige genudbud vil kommunerne og regionerne have det samme udgangspunkt ift. IT-understøttelse, FSC-omkostninger og producentpriser.

Bilag 2: Eksempel på beregning af udligning efter første tværsektorielle udbud på produktområdet

I nedenstående eksempel bliver udligningsmodellen forklaret ud fra en række forudsætninger og antagelser. I første omgang bliver projekt- og driftsomkostningerne beregnet inden produktgevinsterne bliver forklaret. Dernæst bliver projektgevinsterne beregnet inden udligningsbeløbene til sidst bliver beregnet for hver kommune og region.

Forudsætninger:

De overordnede principper

- Hvis udbuddet efter gennemførelsen resulterer i en samlet positiv økonomisk business case reguleret for prisudvikling, så skal ingen tilsluttede regioner og kommuner som udgangspunkt have mérudgifter, dvs.
 - Projektet skal samlet set i produktudbuddets levetid have en positiv økonomisk business case for henholdsvis Region M og Region S og deres tilhørende kommuner.
 - Alle deltagere skal som minimum gå i nul ift. tidligere priser og den kendte omkostningsstruktur.

Antagelser bag eksemplet og stamdata:

I eksemplet antages følgende:

- Antal Kommuner: 31
- Antal Regioner: 2
- Projektomkostninger i alt: 3.040.000 kr.
- Driftsomkostninger: 1.500 kr. pr. borger med bevilling
- Licensomkostninger: 175 kr. pr. borger med bevilling
- Antal indbyggere er fundet på Danmark Statistik

Derudover har kommuner og regioner oplyst følgende:

- Årsforbrug før udbud
- Antal borger med bevilling
- Forventet idriftsættelse i kommunen

Projektomkostninger, driftsomkostninger og licensomkostninger bliver forklaret nærmere i afsnittet om beregning af omkostninger.

Stamdata for kommunerne og regionerne:

Kommune	Årsforbrug før udbud	Antal Bevillinger	Antal indbyggere	Region	Forventet kontraktstart
Kommune 1	3.500.000	150	40.000	S	01-09-2025
Kommune 2	2.400.000	200	50.000	M	01-04-2026
Kommune 3	3.800.000	180	52.000	S	01-01-2026
Kommune 4	3.600.000	200	50.000	S	01-12-2025
Kommune 5	2.800.000	200	55.000	S	15-02-2026
Kommune 6	2.800.000	150	46.000	M	01-10-2025
Kommune 7	4.000.000	200	60.000	M	01-09-2025
Kommune 8	5.000.000	300	90.000	M	01-10-2025
Kommune 9	3.000.000	190	42.000	M	01-01-2026
Kommune 10	1.700.000	100	20.000	S	01-12-2025
Kommune 11	6.500.000	300	100.000	S	01-10-2025
Kommune 12	1.000.000	30	10.000	S	01-12-2025
Kommune 13	1.500.000	80	20.000	M	01-04-2026
Kommune 14	3.000.000	250	40.000	M	01-04-2026
Kommune 15	1.900.000	120	30.000	S	01-12-2025
Kommune 16	2.700.000	180	30.000	S	01-12-2025
Kommune 17	1.700.000	80	25.000	M	01-10-2025
Kommune 18	12.000.000	600	250.000	S	01-09-2025
Kommune 19	9.000.000	450	100.000	M	01-01-2026
Kommune 20	3.600.000	250	60.000	M	01-04-2026
Kommune 21	7.000.000	300	100.000	M	01-04-2026
Kommune 22	2.500.000	200	65.000	M	01-04-2026
Kommune 23	3.000.000	250	50.000	M	01-04-2026
Kommune 24	2.000.000	90	15.000	M	01-10-2025
Kommune 25	5.200.000	200	60.000	S	01-04-2026
Kommune 26	2.000.000	200	60.000	M	01-04-2026
Kommune 27	5.000.000	300	75.000	S	01-10-2025
Kommune 28	2.000.000	130	40.000	S	15-11-2027
Kommune 29	6.200.000	400	100.000	M	01-04-2026
Kommune 30	700.000	20	5.000	S	01-09-2025
Kommune 31	20.000.000	900	360.000	M	01-09-2025
Region M	2.000.000	0		M	01-09-2025
Region S	2.000.000	0		S	01-09-2025

Beregning af projektkostninger og driftsomkostninger pr. kommune og region:

Projektkostningerne er engangsomkostninger, som skal dække udgifter ved gennemførelse af projektet. Udover projektkostninger der en række årlige omkostninger i form af driftsomkostninger og licensomkostninger.

Projektkostninger:

Projektkostningerne er i forhold til udbuddet af Urologi budgetteret til 3.040.000 og dækker over følgende:

Løn- og projektkostningsbudget for tværsektorielt indkøb af Urologi		
	År 1	År 2
Lønomkostninger inkl. pension:		
Projekt-/programleder (50%)	400.000	400.000
Kommunal tovholder (50%)	335.000	335.000
Udbudskonsulent (50%)	335.000	335.000
Projektkostninger:		
Eksterne konsulenter	150.000	150.000
Øvr. leverancer mv.	300.000	300.000
I alt	1.520.000	1.520.000

Der er budgetteret med et tilsvarende beløb for udbuddet af Sårpleje. Ift. kommende udbud af Diabetes og Klinisk ernæring vil der blive udarbejdet nye budgetter.

Til fordeling af projektkostningerne mellem kommuner og regioner foreslås at bruge nedenstående formel til at finde de respektive andele som kommunerne og regionen skal dække:

$$\text{Andel kommune} = \frac{\text{Antal kommuner}}{\text{Antal kommuner} + \text{antal regioner}} = \frac{31}{31 + 2} = 94\%$$

$$\text{Andel region} = \frac{\text{Antal regioner}}{\text{Antal kommuner} + \text{antal regioner}} = \frac{2}{31 + 2} = 6\%$$

Kommunerne skal dække 94% af projektkostningerne, mens regionerne dækker 6%.

$$\text{Kommunernes projektomk.} = 94\% * 3.040.000 = 2.855.758 \text{ kr}$$

$$\text{Regionernes projektomk.} = 6\% * 3.040.000 = 184.242 \text{ kr.}$$

Regionerne aftaler selv internt, hvordan projektkostningerne skal fordeles imellem sig. I eksemplet er det antaget at omkostningerne fordeles ligeligt, så hver Region har projektkostninger på 92.121 kr.

Kommunerne fordeler projektkostningerne imellem sig baseret på antal indbyggere.

$$\text{Kommune 1's andel} = \frac{40.000 \text{ indbyggere}}{2.100.000 \text{ indbyggere}} = 1,9\% * 2.855.758 = 54.395 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's andel} = \frac{50.000 \text{ indbyggere}}{2.100.000 \text{ indbyggere}} = 2,38\% * 2.855.758 = 67.994 \text{ kr.}$$

Driftsomkostninger og licensomkostninger:

De årlige driftsomkostninger kommer fra indkøb på kontrakterne for lager, logistik og support. Her estimeres de forventede årlige driftsomkostninger og fordeles ud til kommunerne baseret på antal borgere med bevilling. Der er forskel på produktområder med central eller decentral bestilling. I de tilfælde, hvor der findes aktive bevillinger, benyttes disse som fordelingsnøgle. I andre tilfælde kan antal indbyggere eller et bedre alternativ bruges, så frem det findes. I nogle tilfælde, kan det også være relevant at ændre fordelingsnøglen for at sikre, at der ikke sker en skævvridning ift. kommunestørrelse og befolkningssammensætning.

Udgifter til licenser stammer fra kontrakten på websystemet og er ligeledes omregnet til en udgift baseret på antal borgere med bevilling.

De årlige driftsomkostninger er beregnet til 1.500 kr. pr. borger med bevilling:

$$\text{Kommune 1's årlige driftsomk.} = 1.500 \text{ kr.} * 150 \text{ borgere med bevilling} = 225.000 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's årlige driftsomk.} = 1.500 \text{ kr.} * 200 \text{ borgere med bevilling} = 300.000 \text{ kr.}$$

Hvis regionerne har meromkostninger til lager og logistik mv., så medtages disse også i beregningen. For Regionerne antages i dette eksempel, at deres omkostninger er på 250.000 kr. årligt, men disse vil konkret skulle beregnes ved udbuddet.

De årlige licensomkostninger er beregnet til 175 kr. pr. borger med bevilling:

$$\text{Kommune 1's årlige licensomk.} = 175 \text{ kr.} * 150 \text{ borgere med bevilling} = 26.500 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's årlige licenssomk.} = 175 \text{ kr.} * 200 \text{ borgere med bevilling} = 35.000 \text{ kr.}$$

For Regionerne antages at deres omkostninger er på 20.000 kr. årligt, men disse vil konkret skulle beregnes ved udbuddet.

På næste side vises en samlet oversigt over kommunernes og regionernes forventede projektomkostninger, årlige driftsomkostninger og licensomkostninger.

Projektomkostningerne ligger fast, men de årlige driftsomkostninger og licensomkostninger kan variere afhængigt af den enkelte kommune eller regions aktuelle forbrug. Der er altså tale om et **ESTIMAT**.

Beregning af produktgevinster:

Produktgevinsterne stammer fra produktudbuddet og kan først beregnes efter endt udbud.

Produktgevinsterne beregnes ved at tage kommunernes og regionernes indmeldte historiske forbrug og sammenligne med det forventede årsforbrug efter endt produktudbud.

$$\text{Kommune 1's årlige produktbesparelse} = \text{Historisk forbrug} - \text{fremtidig forbrug} = \text{Besparelse}$$

$$\text{Kommune 1's årlige produktbesparelse} = 3.500.000 - 1.500.000 = 2.000.000 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's årlige produktbesparelse} = 2.400.000 - 3.100.000 = -700.000 \text{ kr}$$

Det ses at Kommune 1 har en besparelse på 2 mio. kr., mens kommune 2 kommer til at betale 700.000 kr. mere for deres produkter efter produktudbud.

Nedenfor vises et samlet overblik over kommunerne og regionernes forventede økonomiske besparelse ved produktudbuddet.

Kommuner og regionernes forventede omkostninger og produktbesparelser:

Kommune	Forventet årlig besparelse produktudbud	Projektkomkostninger	Driftsomkostninger	Licens	Samlet årlige omk. (Licens + Drift+kontingent)
Kommune 1	2.000.000	54.395	225.000	26.250	251.250
Kommune 2	- 700.000	67.994	300.000	35.000	335.000
Kommune 3	2.000.000	70.714	270.000	31.500	301.500
Kommune 4	1.200.000	67.994	300.000	35.000	335.000
Kommune 5	800.000	74.794	300.000	35.000	335.000
Kommune 6	1.000.000	62.555	225.000	26.250	251.250
Kommune 7	2.500.000	81.593	300.000	35.000	335.000
Kommune 8	2.100.000	122.390	450.000	52.500	502.500
Kommune 9	1.000.000	57.115	285.000	33.250	318.250
Kommune 10	- 500.000	27.198	150.000	17.500	167.500
Kommune 11	2.100.000	135.988	450.000	52.500	502.500
Kommune 12	200.000	13.599	45.000	5.250	50.250
Kommune 13	500.000	27.198	120.000	14.000	134.000
Kommune 14	1.000.000	54.395	375.000	43.750	418.750
Kommune 15	600.000	40.797	180.000	21.000	201.000
Kommune 16	900.000	40.797	270.000	31.500	301.500
Kommune 17	300.000	33.997	120.000	14.000	134.000
Kommune 18	5.000.000	339.971	900.000	105.000	1.005.000
Kommune 19	- 4.000.000	135.988	675.000	78.750	753.750
Kommune 20	700.000	81.593	375.000	43.750	418.750
Kommune 21	2.500.000	135.988	450.000	52.500	502.500
Kommune 22	600.000	88.392	300.000	35.000	335.000
Kommune 23	1.000.000	67.994	375.000	43.750	418.750
Kommune 24	1.300.000	20.398	135.000	15.750	150.750
Kommune 25	1.800.000	81.593	300.000	35.000	335.000
Kommune 26	100.000	81.593	300.000	35.000	335.000
Kommune 27	- 1.500.000	101.991	450.000	52.500	502.500
Kommune 28	300.000	54.395	195.000	22.750	217.750
Kommune 29	1.500.000	135.988	600.000	70.000	670.000
Kommune 30	150.000	6.799	30.000	3.500	33.500
Kommune 31	6.000.000	489.558	1.350.000	157.500	1.507.500
Region M	- 6.500.000	92.121	250.000	20.000	270.000
Region S	- 6.500.000	92.121	250.000	20.000	270.000

I overblikket kan man i kolonne 2 se, at der er 4 kommuner og 2 regioner som har et økonomisk tab ved produktudbuddet. Samtidig kan man se de samlede projektkomkostninger i kolonne 3 og de samlede årlige driftsomkostninger og licensomkostninger i kolonne 6.

Beregning af projektgevinsterne:

Projektgevinsterne for kommunerne og regionerne beregnes som de forventede årlige besparelser fra produktudbuddet fratrasket de årlige omkostninger og projektkomkostningerne. Gevinsten beregnes årligt fra den respektive kommune eller regions idriftsættelsesdato og frem til udgangen af produktudbuddet. Projektkomkostningerne indregnes i projektgevinsterne i det første år, hvor en kommune eller region er med.

Det antages at kommunerne kan tiltræde aftale d. 01-09-2025 og at produktudbuddet har en levetid indtil 01-09-2029, altså fire hele år.

Kommune 1's projektgevinst i år 1 = Produktbesparelse – årlige omkostninger – projektkomkostninger

Kommune 1's projektgevinst i år 2 = Produktbesparelse – årlige omkostninger

Kommune 1 er med fra 01-09-2025 og dermed i alle fire år:

$$\text{Kommune 1's projektgevinst i år 1} = 2.000.000 - 283.250 - 54.395 = 1.667.058 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 1's projektgevinst i år 2} = 2.000.000 - 283.250 = 1.716.750 \text{ kr.}$$

Kommune 2 tiltræder aftalen d. 01-04-2026 og dermed er de med 153 ud af de mulige 365 dage i det første år, hvorefter, at de er fuldt med på aftalen.

$$\text{Kommune 2's projektgevinst i år 1} = -700.000 * \left(\frac{153}{365}\right) - 335.000 * \left(\frac{153}{365}\right) - 67.994 = -501.844 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's projektgevinst i år 2} = -700.000 - 335.000 = -1.035.000 \text{ kr.}$$

Projektgevinsterne summeres efterfølgende sammen for henholdsvis Region M og Region S, for at undersøge om der er en samlet positiv økonomisk business case i projektet for henholdsvis Region M og Region S og de tilhørende kommuner.

Projektgevinster for Region M:

Kommune	Gevinst år 1 (01.09-2025 - 30.08.2026)	Gevinst år 2 (01.09-2026 - 30.08.2027)	Gevinst år 3 (01.09-2027 - 30.08.2028)	Gevinst år 4 (01.09-2028 - 30.08.2029)	Samlet gevinst i produktudbuddets levetid
Kommune 2	- 501.844	- 1.035.000	- 1.035.000	- 1.035.000	- 3.606.844
Kommune 6	624.654	748.750	748.750	748.750	2.870.904
Kommune 7	2.083.407	2.165.000	2.165.000	2.165.000	8.578.407
Kommune 8	1.343.809	1.597.500	1.597.500	1.597.500	6.136.309
Kommune 9	396.762	681.750	681.750	681.750	2.442.012
Kommune 13	126.221	366.000	366.000	366.000	1.224.221
Kommune 14	189.252	581.250	581.250	581.250	1.933.002
Kommune 17	118.359	166.000	166.000	166.000	616.359
Kommune 19	- 3.300.814	- 4.753.750	- 4.753.750	- 4.753.750	- 17.562.064
Kommune 20	36.301	281.250	281.250	281.250	880.051
Kommune 21	701.320	1.997.500	1.997.500	1.997.500	6.693.820
Kommune 22	22.690	265.000	265.000	265.000	817.690
Kommune 23	175.653	581.250	581.250	581.250	1.919.403
Kommune 24	1.034.393	1.149.250	1.149.250	1.149.250	4.482.143
Kommune 26	- 180.100	- 235.000	- 235.000	- 235.000	- 885.100
Kommune 29	211.929	830.000	830.000	830.000	2.701.929
Kommune 31	4.002.942	4.492.500	4.492.500	4.492.500	17.480.442
Region M	- 6.862.121	- 6.770.000	- 6.770.000	- 6.770.000	- 27.172.121
Samlet gevinst	11.067.692	15.903.000	15.903.000	15.903.000	58.776.692
Samlet udligningsbeløb	- 10.844.878	- 12.793.750	- 12.793.750	- 12.793.750	- 49.226.128
Projektgevinst	222.813	3.109.250	3.109.250	3.109.250	9.550.563

Det ses i den nederste række; Projektgevinst, at der er en samlet positiv økonomisk projektgevinst i alle årene og en samlet projektgevinst på 9.550.563 kr. i produktudbuddets levetid.

Er der en positiv samlet projektgevinst i produktudbuddets levetid, så er det muligt at stille alle deltagende parter således, at de enten går i nul eller har en økonomisk gevinst ved projektet.

Projektgevinster for Region S:

Kommune	Gevinst år 1 (01.09-2025 - 30.08.2026)	Gevinst år 2 (01.09-2026 - 30.08.2027)	Gevinst år 3 (01.09-2027 - 30.08.2028)	Gevinst år 4 (01.09-2028 - 30.08.2029)	Samlet gevinst i produktudbud dets levetid
Kommune 1	1.694.355	1.748.750	1.748.750	1.748.750	6.940.605
Kommune 3	1.060.068	1.698.500	1.698.500	1.698.500	6.155.568
Kommune 4	581.348	865.000	865.000	865.000	3.176.348
Kommune 5	177.453	465.000	465.000	465.000	1.572.453
Kommune 10	- 528.280	- 667.500	- 667.500	- 667.500	- 2.530.780
Kommune 11	1.330.210	1.597.500	1.597.500	1.597.500	6.122.710
Kommune 12	98.816	149.750	149.750	149.750	548.066
Kommune 15	258.727	399.000	399.000	399.000	1.455.727
Kommune 16	408.488	598.500	598.500	598.500	2.203.988
Kommune 18	3.655.029	3.995.000	3.995.000	3.995.000	15.640.029
Kommune 25	532.503	1.465.000	1.465.000	1.465.000	4.927.503
Kommune 27	- 1.939.902	- 2.002.500	- 2.002.500	- 2.002.500	- 7.947.402
Kommune 28	-	-	11.000	82.250	93.250
Kommune 30	109.701	116.500	116.500	116.500	459.201
Region S	- 6.862.121	- 6.770.000	- 6.770.000	- 6.770.000	- 27.172.121
Samlet gevinst	9.906.698	13.098.500	13.109.500	13.180.750	49.295.448
Samlet udligningsbeløb	- 9.330.303	- 9.440.000	- 9.440.000	- 9.440.000	- 37.650.303
Projektgevinst	576.394	3.658.500	3.669.500	3.740.750	11.645.144

Det ses, at der er en samlet positiv økonomisk projektgevinst i alle årene og en samlet projektgevinst på 11.645.144 kr. i produktudbuddets levetid.

Beregning af udligningsbeløb:

Det er nødvendigt at udligne det økonomiske tab, som nogle af de deltagende parter her, for at stille alle deltagende parter således, at de enten går i nul eller har en økonomisk gevinst ved projektet.

Udligningsbeløbet beregnes én gang inden driftsstart. Udligningsbeløbene er beregnet for hvert år af produktudbuddets levetid. Udligningsbeløbene kan variere en lille smule afhængig af, hvornår de deltagende parter har idriftsættelsesdato.

Kommuner med en positiv økonomisk projektgevinst skal afgive noget af deres gevinst til en udligningspulje, som så skal dække det økonomiske tab, som andre deltagende parter har.

Udligningen foregår indenfor hver Region, så kommuner i Region M og Region M udligner internt, mens kommuner i Region S og Region S udligner internt.

I hvert år beregnes den respektive andel som en kommune eller region skal udligne som indenfor egen Region:

Kommune 1 er en Region S kommune, hvor det samlede udligningsbeløb er på 9.330.303 kr. i år 1:

$$\text{Kommune 1's andel af udligning år 1} = \frac{\text{Kommune 1's økonomiske gevinst i år 1}}{\text{Den samlede gevinst i år 1}} = \frac{1.694.355}{9.906.698} = 17\%$$

Dermed skal Kommunes 1 betale 17% af det samlede udligningsbeløb i Region S svarende til:

$$\text{Kommune 1's udligningsbeløb år 1} = 17\% * -9.330.303 = -1.595.773 \text{ kr.}$$

Udligningsbeløb for Region M:

Kommune	Andel af gevinst i egen region år 1	Andel af gevinst i egen region år 2	Andel af gevinst i egen region år 3	Andel af gevinst i egen region år 4	Udligning år 1 (01.09-2025 - 30.08.2026)	Udligning år 2 (01.09-2026 - 30.08.2027)	Udligning år 3 (01.09-2027 - 30.08.2028)	Udligning år 4 (01.09-2028 - 30.08.2029)	Samlet udligning i produktbudgets levetid	Samlet projektgevinst i produktbudgets levetid
Kommune 2	0%	0%	0%	0%	501.844	1.035.000	1.035.000	1.035.000	3.606.844	-
Kommune 6	6%	5%	5%	5%	- 612.079	- 602.359	- 602.359	- 602.359	- 2.419.157	451.747
Kommune 7	19%	14%	14%	14%	- 2.041.464	- 1.741.713	- 1.741.713	- 1.741.713	- 7.266.604	1.311.803
Kommune 8	12%	10%	10%	10%	- 1.316.756	- 1.285.167	- 1.285.167	- 1.285.167	- 5.172.258	964.051
Kommune 9	4%	4%	4%	4%	- 388.775	- 548.459	- 548.459	- 548.459	- 2.034.151	407.861
Kommune 13	1%	2%	2%	2%	- 123.680	- 294.442	- 294.442	- 294.442	- 1.007.007	217.215
Kommune 14	2%	4%	4%	4%	- 185.442	- 467.608	- 467.608	- 467.608	- 1.588.265	344.737
Kommune 17	1%	1%	1%	1%	- 115.976	- 133.545	- 133.545	- 133.545	- 516.611	99.748
Kommune 19	0%	0%	0%	0%	3.300.814	4.753.750	4.753.750	4.753.750	17.562.064	-
Kommune 20	0%	2%	2%	2%	- 35.570	- 226.262	- 226.262	- 226.262	- 714.356	165.695
Kommune 21	6%	13%	13%	13%	- 687.201	- 1.606.962	- 1.606.962	- 1.606.962	- 5.508.087	1.185.733
Kommune 22	0%	2%	2%	2%	- 22.233	- 213.189	- 213.189	- 213.189	- 661.800	155.890
Kommune 23	2%	4%	4%	4%	- 172.117	- 467.608	- 467.608	- 467.608	- 1.574.940	344.463
Kommune 24	9%	7%	7%	7%	- 1.013.569	- 924.556	- 924.556	- 924.556	- 3.787.237	694.906
Kommune 26	0%	0%	0%	0%	180.100	235.000	235.000	235.000	885.100	-
Kommune 29	2%	5%	5%	5%	- 207.663	- 667.724	- 667.724	- 667.724	- 2.210.834	491.095
Kommune 31	36%	28%	28%	28%	- 3.922.355	- 3.614.156	- 3.614.156	- 3.614.156	- 14.764.823	2.715.619
Region M	0%	0%	0%	0%	6.862.121	6.770.000	6.770.000	6.770.000	27.172.121	-

Ovenstående viser andelen af gevinst i egen region og udligningsbeløbet pr. år for kommunerne i Region M og Region M. Udligningsbeløbene er negative, mens et positivt beløb betyder at kommunen eller regionen skal modtage penge.

Hvis en kommune har en negativ gevinst, så er deres andel af gevinsten lig 0%. De skal derfor modtage et udligningsbeløb svarende til størrelsen på deres økonomiske tab.

I den sidste kolonne yderst til højre er projektgevinsten i produktbudgets levetid beregnet for hver kommune og Region.

Udligningsbeløb for Region S:

Kommune	Andel af gevinst i egen region år 1	Andel af gevinst i egen region år 2	Andel af gevinst i egen region år 3	Andel af gevinst i egen region år 4	Udligning år 1 (01.09-2025 - 30.08.2026)	Udligning år 2 (01.09-2026 - 30.08.2027)	Udligning år 3 (01.09-2027 - 30.08.2028)	Udligning år 4 (01.09-2028 - 30.08.2029)	Samlet udligning i produktbudgets levetid	Samlet projektgevinst i produktbudgets levetid
Kommune 1	17%	13%	13%	13%	- 1.595.773	- 1.260.312	- 1.259.255	- 1.252.448	- 5.367.788	1.572.817
Kommune 3	11%	13%	13%	13%	- 998.391	- 1.224.097	- 1.223.070	- 1.216.459	- 4.662.018	1.493.551
Kommune 4	6%	7%	7%	7%	- 547.524	- 623.400	- 622.877	- 619.510	- 2.413.310	763.038
Kommune 5	2%	4%	4%	4%	- 167.128	- 335.122	- 334.841	- 333.031	- 1.170.123	402.330
Kommune 10	0%	0%	0%	0%	528.280	667.500	667.500	667.500	2.530.780	-
Kommune 11	13%	12%	12%	12%	- 1.252.815	- 1.151.307	- 1.150.341	- 1.144.123	- 4.698.587	1.424.123
Kommune 12	1%	1%	1%	1%	- 93.067	- 107.924	- 107.833	- 107.250	- 416.074	131.992
Kommune 15	3%	3%	3%	3%	- 243.673	- 287.557	- 287.315	- 285.762	- 1.104.308	351.419
Kommune 16	4%	5%	5%	5%	- 384.722	- 431.335	- 430.973	- 428.643	- 1.675.673	528.316
Kommune 18	37%	30%	30%	30%	- 3.442.371	- 2.879.169	- 2.876.753	- 2.861.203	- 12.059.497	3.580.532
Kommune 25	5%	11%	11%	11%	- 501.521	- 1.055.816	- 1.054.930	- 1.049.227	- 3.661.493	1.266.010
Kommune 27	0%	0%	0%	0%	1.939.902	2.002.500	2.002.500	2.002.500	7.947.402	-
Kommune 28	0%	0%	0%	1%	-	-	7.921	- 58.907	- 66.828	26.422
Kommune 30	1%	1%	1%	1%	- 103.318	- 83.961	- 83.890	- 83.437	- 354.606	104.595
Region S	0%	0%	0%	0%	6.862.121	6.770.000	6.770.000	6.770.000	27.172.121	-

RAMMER FOR FORDELING AF BETALING VED FÆLLESINDKØB

FÆLLESINDKØB AF STOMIPRODUKTER

1. INDLEDNING OG BAGGRUND

Odense Kommune har bedt Horten vurdere muligheden for, at kommuner i forbindelse med et kommunalt-regionalt fællesindkøb af stomiprodukter betaler en højere pris end regionerne for stomiprodukter.

Baggrunden for spørgsmålet er, at en række kommuner og regioner gennemfører et stomiprojekt. Som en del af projektet har kommunerne og regionerne foretaget et fælles udbud af stomiprodukter. De opnåede priser vil medføre en lavere indkøbspris for kommunerne, men en højere pris for regionerne. Det fælles indkøb anses at have samfundsmæssig værdi, dels fordi det kan forbedre en række processer og forløb for borgere med stomi, dels som følge af en samlet besparelse for kommunerne og regionerne i forbindelse med indkøb.

Notatet indeholder nedenfor følgende afsnit:

- Sammenfatning (afsnit 2)
- Sagens faktum (afsnit 3)
- Den retlige ramme (afsnit 4)
- Vores vurdering (afsnit 5)

2. SAMMENFATNING

Hvilke regler gælder?

Spørgsmålet om kommunernes mulighed for at foretage økonomisk udligning for visse af regionernes merudgifter forbundet med fællesindkøb af stomiprodukter skal vurderes efter kommunalfuldmagtsreglerne (kommunerne), hhv.

myndighedsfuldmagten (regionerne), hvor særligt opgavefordelingsprincippet og princippet om økonomisk forsvarlig forvaltning er relevante.

De bagvedliggende regler i sundhedsloven om samarbejde mellem kommuner og regioner og sikring af sammenhængende forløb tillægges dog også betydning ved vurderingen.

Regionernes indkøb

Regionerne skal efter myndighedsfuldmagtens krav om økonomisk forsvarlig forvaltning som udgangspunkt købe så billigt som muligt. Dette gælder dog ikke, hvis regionerne har en saglig, regional interesse i at betale en merpris.

Det er vores vurdering, at der konkret er den fornødne saglige interesse for regionerne til at gennemføre fælles indkøb og betale en vis merpris for stomiprodukterne. Det skyldes, at regionerne har en saglig interesse navnlig i at sikre bedre og mere sammenhængende forløb for borgere med stomi, men også ved at der gennem fællesindkøb opnås en samlet besparelse, hvilket har en samfundsmæssig værdi.

Kommunernes udligning af visse af regionens merudgifter

Kommuner kan ifølge kommunalfuldmagtens opgavefordelingsprincip kun udligne regionernes merudgifter forbundet med et fællesindkøb, hvis der er en særlig kommunal interesse forbundet med dette.

Der er en kommunal interesse i at sikre en kommune den bedste mulige indkøbspris og (samlede) økonomi. Der er derfor en kommunal interesse i en økonomisk udligning, hvis kommunerne også efter en sådan udligning til regionerne opnår en besparelse, som kommunerne ikke ville kunne opnå uden fællesindkøb med regionerne. Endvidere er der en kommunal interesse i at sikre bedre og mere sammenhængende forløb for borgere med stomi, jf. sundhedslovens bestemmelser om formål og samarbejde.

Samlet er det vores vurdering, at kommunerne har den fornødne kommunale interesse i en (delvis) udligning af regionens merudgifter på grund af hensynet til at sikre bedre og mere sammenhængende patientforløb og på grund af besparelsen ved at foretage et fællesindkøb med regionerne.

Samlet

Jo større udligningen er, jo mere taler for, at den regionale interesse kan bære – og modsat: Jo mindre udligningen er, jo mere taler for, at den kommunale interesse kan bære.

Hvis der gennem forhandling mellem kommunerne og regionerne kan opnås en aftalt udligning, vil dette kunne understøtte argumentet for, at der er den fornødne kommunale, hhv. regionale interesse for begge parter.

3. SAGENS FAKTUM

3.1 Stomiprojektet

I 2016 startede Aarhus Kommune, Odense Kommune, Region Syddanmark og Region Midtjylland et stomiprojekt, som nu i alt 31 kommuner i de to regioner har tilsluttet sig.

Det primære formål med projektet er at løfte kvaliteten for borgere med permanent stomi i overgangen fra region til kommune, sekundært at optimere processer og økonomi på området.

Stomiprojektet kan ifølge en analyse fra 2017 blandt andet indfri følgende behov, udfordringer og potentialer hos borgere med stomi:

- Hospitalerne har et smallere sortiment af primært nyeste og ofte dyrere produkter – kommunerne har forskellige indkøbsaftaler og et sortiment med "tilsvarende" produkter.
- Hospitalerne udleverer produkter til borgerne ved udskrivelse til et antal dage, der varierer alt efter sagsbehandlingstiden i den enkelte kommune – og der er store forskelle på kommunernes sagsbehandlingstider fra få dage til flere måneder.
- Regionerne køber hos producenten – kommunerne køber produkter, service, ikke-uvildig rådgivning samt lager-logistik hos grossister.
- Kommuner og borgere skal forholde sig til flere forskellige bestillingssystemer hos de forskellige aftaleleverandører.
- Der er lang ventetid, frustration og usikkerhed hos borgerne om produktbevillingen.

Der gennemføres i stomiprojektet i alt tre udbud: (i) stomiprodukter, (ii) et websystem og (iii) lager-logistik.

3.2 Økonomi

Et gennemført udbud af stomiprodukter viser, at kommunerne, der tidligere årligt har anvendt knap 140 mio. kr. på stomiprodukter, kan opnå en besparelse på ca. 44 mio. kr. årligt, dvs. en besparelse på indkøbet på mere end 30 % alene ved at gennemføre udbuddet sammen med regionerne.

De to regioner, der tidligere har indkøbt for 1,8 mio. kr. om året, vil derimod skulle betale 27 mio. kr. årligt, dvs. 15 gange højere pris end hidtil. Regionernes

hittidige lave indkøbspris skyldes, at producenterne leverer stomiprodukter til afprøvning til 1 øre pr. stk.¹

Den samlede besparelse for kommunerne og regionerne ved fællesindkøb vil være på godt 17 mio. kr. årligt, svarende til en samlet besparelse på ca. 12 %.

En oversigt over økonomien:

BESPARELSE PÅ STOMIPRODUKTER				
	Kommuner	Region Syd	Region Midt	I alt
Køb før	139.500.000	700.000	1.100.000	141.300.000
Kan ikke konverteres	2.100.000	0	100.000	2.200.000
Besparelse i kr.	44.300.000	-12.900.000	-14.100.000	17.300.000
Besparelse i %	32 %	-1.843 %	-1.410 %	12 %

Regionerne har efter det oplyste accepteret, at der vil opstå en merudgift i forbindelse med stomiprojektet, da der er betydelige fordele for borgerne. Regionernes merudgift har dog vist sig at være større end forudsat, og regionerne ønsker derfor, at der sker en økonomisk udligning af prisdifferencen i forhold til de nuværende priser, så kommunerne også fremover betaler en højere pris end regionerne – men dog med en mindre difference end tidligere.

3.3 Snitflader mv.

Kommunerne forventes at få udgifter til indkøb og drift af websystem og lagerlogistik på knap 10 mio. kr. årligt.

Teknisk indregnes den fulde udgift til etablering af websystem og lagerlogistik samt projektkomkostninger til udvikling af den nye løsning i udgifterne til stomiprojektet.

Ordningen med fællesindkøb forventes dog på sigt at blive større, da der i fremtiden vil være mulighed for udbud af et smallere sortiment, ligesom en model med fællesindkøb vil kunne anvendes på andre produktområder, fx urologi, sårpleje, diabetes og klinisk ernæring.²

¹ Den lave pris skyldes ifølge Odense Kommune antageligt, at leverandørerne overvælter tabet fra regionsaftalerne på kommunerne. Det er attraktivt for leverandørerne at deres produkter benyttes af regionerne, da patienterne så vil efterspørge dette produkt efter udskrivning, dvs. når patienten overgår til, at kommunen skal betale for produktet.

² Disse produktområder har ikke samme udfordringer med økonomisk ubalance mellem regioner og kommuner som stomiprodukterne.

Det er oplevelsen, at leverandørerne ikke er tilfredse med fællesindkøbet, da det fratager dem muligheden for at segmentere markedet, og da de ikke kan rådgive og modtage bestillinger direkte fra borgere med stomi. Leverandørerne forsøger derfor med nye prisstrategier at hindre stomiprojektet i at blive realiseret.

4. DEN RETLIGE RAMME

4.1 Legalitetsprincippet

Legalitetsprincippet indebærer, at kommunernes og regionernes opgavevaretagelse – og finansiering heraf – skal have hjemmel.

Hjemlen kan findes i enten den skrevne lovgivning eller i de uskrevne kommunalfuldmagtsregler (der gælder for kommunerne) og myndighedsfuldmagten (der gælder for regionerne).

Kommunalfuldmagten og myndighedsfuldmagten er som udgangspunkt subsidære og viger for den skrevne lovgivning. Hvis et forhold er udtømmende reguleret i den skrevne lovgivning, finder kommunalfuldmagten og myndighedsfuldmagten ikke anvendelse.

4.2 Regionsloven og sundhedsloven

Opgavefordelingen mellem kommuner og regioner

Regionerne har efter regionslovens § 5, stk. 1, nr. 1, ansvaret for sygehusvæsenet, herunder hospitalerne.

Kommunerne har ansvaret for sundhed, dvs. forebyggelse, pleje og genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse, jf. blandt andet sundhedslovens §§ 119 og 140.

Formålsbestemmelser og samarbejdsmuligheder mv.

Det følger af sundhedslovens § 3, stk. 1, at

"regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient"

(vores understregning)

Sundhedslovens § 78, stk. 3 og 7, giver mulighed for, at regioner og kommuner kan samarbejde om løsningen af fælles opgaver omfattet af sundhedslovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI, samt om opgaver i tilknytning hertil.

Det fremgår af sundhedslovens § 203 (i lovens afsnit XV), at

"Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer."

4.3 **Kommunalfuldmagtsreglerne og myndighedsfuldmagten**

Opgavefordelingsprincippet

Kommunerne og regionerne kan ud fra det såkaldte opgavefordelingsprincip ikke varetage eller yde økonomisk støtte til varetagelse af opgaver, som det efter lovgivningen udelukkende påhviler eller tilkommer andre offentlige myndigheder at løse.

En kommune kan derfor som udgangspunkt ikke varetage eller støtte en regional eller statslig opgave, ligesom en region som udgangspunkt ikke kan varetage eller støtte kommunale eller statslige opgaver.

Baggrunden for opgavefordelingsprincippet er, at den i lovgivningen fastsatte fordeling af opgaver mellem stat, regioner og kommuner er udtryk for en afvejning af, hvilke administrative niveauer der er bedst egnede til at løse den givne opgave. Ved valg af niveau vil der fra lovgivningsmagtens side endvidere normalt være foretaget en mere eller mindre eksplicit tilkendegivelse af, hvilke hensyn der skal varetages i forbindelse med løsningen af en opgave. De hensyn kan eksempelvis være lokale interesser, regionale interesser eller overordnede statslige interesser.

Endvidere vil en kommunes varetagelse af fx en statslig opgave indebære, at kommunens borgere kommer til at betale for den samme ydelse over både kommune- og statsskatten.

De hensyn, som ligger bag fordelingen af opgaver, kan ikke tilsidesættes ved aftaler mellem offentlige myndigheder.

Afhængig af hvilken opgavevaretagelse der er tale om, og hvis der foreligger særlige omstændigheder, herunder at der kan påvises en særlig kommunal interesse i den pågældende opgavevaretagelse, vil en kommune dog i et vist omfang kunne varetage – samt afholde udgifterne til – eller yde økonomisk støtte til varetagelse af opgaver, som det efter lovgivningen påhviler staten eller regionen at varetage.³ Tilsvarende vil en region i særlige tilfælde kunne varetage eller finansiere opgaver, der er enten kommunale eller statslige.

Hvornår dette kan ske, afhænger af en konkret vurdering. Der må i den forbindelse foretages en afvejning af på den ene side de hensyn, som har ligget til grund for fordelingen af opgaver mellem de tre administrative niveauer, og på

³ Se fx Statsforvaltningen Syddanmarks udtalelse af 30. september 2009 vedrørende Det Sønderjyske Akutsygehus.

den anden side den kommunale (hhv. regionale) interesse, som konkret begrundes kommunens (hhv. regionens) ønske om at påtage sig eller finansiere opgaven.⁴

Økonomisk forsvarlig forvaltning

Efter retsgrundsætningen om økonomisk forsvarlig forvaltning har offentlige myndigheder en generel forpligtelse til at handle økonomisk forsvarligt.

Princippet om økonomisk ansvarlighed afgrænser ikke præcist, hvilke dispositioner der er økonomisk uforsvarlige, og myndighederne har som udgangspunkt et vidt spillerum med hensyn til at anvende deres midler til lovlige formål. Heri ligger også, at det ikke er et krav, at en myndighed altid vælger den løsning, der i snæver økonomisk forstand er mest fordelagtig for myndigheden, men at myndigheden også må lægge vægt på andre lovlige hensyn – så længe dette ikke er økonomisk uforsvarligt.⁵

4.4 Økonomiaftaler for kommuner og regioner

Økonomiaftalerne for kommunerne og regionerne har i de seneste år haft fokus på bedre patientforløb og fællesoffentlige indkøb.

Fx fremgår følgende af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner for 2021 (side 8):

"Regionerne har i forlængelse af nærhedsfinansieringen arbejdet med en række tiltag, der har fokus på at etablere mere sammenhængende forløb og mere behandling udenfor hospitalerne. Med statusredøgørelsen beskrives en række konkrete cases for bedre patientforløb og mere tværgående samarbejde om patienten som grundlag for videnspredning. Parterne er enige om, at regionerne skal fortsætte arbejdet med at realisere intentionerne bag nærhedsfinansieringen, så der sikres sammenhæng og mere patientnær behandling til gavn for patienterne, og frigøres kapacitet på sygehusene.

[...]

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om at fortsætte samarbejdet om udvikling af det fællesoffentlige indkøb."

(vores understregninger)

⁴ Se også Ankestyrelsens udtalelse af 31. oktober 2018, hvor Ankestyrelsen ikke fandt det i strid med opgavefordelingsprincippet, at en kommune indgik en samarbejdsaftale med Statens Museum for Kunst (SMK) om etablering af en filial af SMK i kommunen, herunder at kommunen betalte for museets driftsudgifter.

⁵ Se fx Ankestyrelsens udtalelse af 12. september 2019, hvor styrelsen udtalte, at Region Nordjylland som udgangspunkt var forpligtet til at sælge sine ejendomme til markedspris, men at dette udgangspunkt kunne fraviges, hvis regionen ved et salg til under markedspris varetog en saglig, regional interesse. Se også Økonomi- og Indenrigsministeriets udtalelse af 3. maj 2013 om indkøb af Fairtrade-varer (side 22f).

5. VORES VURDERING

5.1 Kan der foretages fællesindkøb?

Der er fast praksis for, at offentlige myndigheder foretager indkøb i fællesskab. Dette indebærer dels processuelle besparelser, dels større købermagt med – forudsætningsvist – lavere priser til følge.

Det er givet, at fordelene ved et fællesindkøb vil være ulige fordelt, da "den mindre" myndighed – alt andet lige – vil have større fordel af at pulje sine indkøb med "den større" myndighed. Og omvendt.

5.2 Må regionerne betale en højere pris, end der kan opnås uden fællesindkøb med kommunerne?

Som det fremgår ovenfor, vil kommunernes og regionernes fællesindkøb af stomiprodukter i henhold til det afholdte udbud medføre en betydelig besparelse for kommunerne, men en fordyrelse for regionerne. Selvom kommunerne betaler en højere pris (gennem en intern udligningsordning), vil denne udligning alene dække en del af regionernes merudgifter sammenholdt med de nuværende (kunstigt) lave priser for regionerne.

Vi har overvejet, om regionerne har hjemmel til at foretage fællesindkøb med kommunerne, når dette medfører en fordyrelse for regionerne i forhold til den nuværende indkøbspris, jf. myndighedsfuldmagtens krav om økonomisk ansvarlig forvaltning.

Spørgsmålet er om regionerne har en sådan saglig regional interesse i at betale en merpris for stomiprodukterne, jf. Ankestyrelsens udtalelse af 12. september 2019 vedrørende Region Nordjylland.

Det er vores vurdering, at regionerne med deres deltagelse i stomiprojektet, herunder gennemførelsen af fællesindkøb med kommunerne, varetager en række saglige regionale interesser, herunder navnlig ved at sikre bedre og mere sammenhængende forløb for borgere med stomi. Den regionale interesse i at sikre sammenhængende og bedre forløb for borgerne er både afspejlet i sundhedslovens regler, jf. lovens §§ 3 og 203, samt i økonomiaftalerne for regionerne.

Det bemærkes også, at der samlet er besparelse ved fællesindkøbet, som har en samfundsmæssig værdi, og at regionernes mulighed for at indkøbe stomiprodukter til den nuværende utroligt lave pris på 1 øre pr. stk. ifølge det oplyste må anses at skyldes, at producenterne tab ved salget til regionerne lægges over på kommunerne, der således reelt betaler en merpris.

Samlet er det derfor vores vurdering, at det er sagligt for regionerne at indkøbe stomiprodukter gennem et fællesindkøb med kommunerne, også selv om dette medfører en merpris for regionerne.

Merprisen skal være proportional i forhold til den regionale interesse. Dette er vanskeligt for os at tage nærmere stilling til, men jo mindre regionernes merpris er (herunder som følge af kommunal udligning), jo mere taler for, at merprisen er proportional.

5.3 **Må kommunerne foretage udligning til regionerne?**

Kommunerne i stomiprojektet kan kun udligne regionernes merudgifter forbundet med et fællesindkøb, hvis der er en særlig kommunal interesse forbundet med dette for kommunerne, jf. kommunalfuldmagtens opgavefordelingsprincip.

Spørgsmålet er herefter, om gennemførelsen af stomiprojektet er båret af sådanne særlige kommunale interesser, at det kan berettigge en (delvis) kommunal finansiering af regionernes merudgifter til stomiprodukter.

Der er isoleret set ikke en særlig kommunal interesse i at afløfte regionernes merudgifter til stomiprodukter under borgernes indlæggelse på hospital og frem til borgerne overgår til at være kommunernes ansvar.

Derimod er der en kommunal interesse i at sikre kommunerne den bedste mulige indkøbspris og økonomi. Der er således en kommunal interesse i en økonomisk udligning, hvis kommunerne også efter en sådan udligning til regionerne opnår en besparelse, som kommunerne ikke kunne opnå uden fællesindkøb med regionerne.

Derudover er der en kommunal interesse i at sikre bedre og mere sammenhængende forløb for borgere med stomi. Det bemærkes, at borgere med (permanent) stomi i et tidmæssigt perspektiv i højere grad er kommunernes og ikke regionernes ansvar, idet mange borgere med stomi opholder sig mere tid i eget hjem end på et hospital. Den kommunale interesse i sammenhængende patientforløb ses også udtrykt i sundhedslovens regler, jf. fx lovens § 203.

Samlet er det derfor vores vurdering, at kommunerne i stomiprojektet har den fornødne kommunale interesse i en (delvis) udligning af regionernes merudgifter, dels på grund af hensynet til at sikre bedre og mere sammenhængende patientforløb, dels på grund nettobesparelsen ved at foretage et fælles indkøb med regionerne.

Hvis der gennem forhandling mellem kommunerne og regionerne kan opnås en aftalt udligning, vil dette kunne understøtte argumentet for, at der er den fornødne kommunale, hhv. regionale interesse for begge parter.

Hellerup, den 7. juni 2022

Horten


Rikke Søgaard Berth


Malene Graff

Business Case – Urologi:

Business casen har til formål at undersøge, hvor stor en rabatsats, der er påkrævet ved produktudbuddet, for at projektet går i nul (Break-even) givet de nuværende kendte omkostninger fra lager/logistikløsningen, IT-løsningen og projektomkostningerne.

Dette kombineres med kommunernes indmeldte omkostninger på området baseret på 2022-data, svarende til 117,6 mio. kr. om året for samtlige kommuner.

Fordeling af projektomkostninger mellem Kommune og Region

Styregruppen har vedtaget at projektomkostningerne på 3.040.000 kr. fordeles som følger mellem Regionerne og kommunerne.

$$\text{Andel Regioner} = \frac{\text{antal regioner}}{\text{antal regioner} + \text{antal kommuner}}$$
$$\text{Andel kommuner} = \frac{\text{antal kommuner}}{\text{antal regioner} + \text{antal kommuner}}$$

Business Case – Samlet

Business casen undersøger hvor stor en rabatsats på produktudbuddet der skal til for at dække projektomkostningerne, de forventede IT-omkostninger (licenser) og de forventede driftsomkostninger til lager-/logistik-/supportløsningen.

Projektomkostningerne er opgjort til 3.040.000 kr., som fordeles med 95% til kommunerne svarende til 2.875.676 kr. og 5% til regionerne svarende til 164.324 kr.

De forventede årlige licensomkostninger udgør 1.225.200 kr., mens de forventede årlige driftsomkostninger beløber sig til 10.644.212 kr. for samtlige kommuner.

Den årlige besparelse (%) for break-even over en 4-årig periode er på 10,7%

Det er derfor en nødvendighed at opnå en produktbesparelse på 10,7% ift. de nuværende priser for at projektet har en positiv økonomisk business case givet ovenstående omkostninger.

For-analyse for urologi

Tværasektorielt samarbejde



For-analyse for Tværasektorielle Indkøb af produkter på urologi

1. Indledning

Denne rapport opsummerer analysefasen og forberedelserne af udbud forud for tværasektorielle indkøb af urologi – med borgeren i centrum. Analysen er gennemført i efteråret 2023 i tæt dialog med projektgruppen, brugergruppen, kontinents sygeplejersker fra Region Midtjylland og Region Syddanmark samt sygeplejersker fra kommuner under begge regioner.

Executive summary

Denne foranalyse har undersøgt mulighederne og udfordringerne på urologi-området i region og kommune. Analysen belyser udfordringer, markedsforhold og forbedringsmuligheder på urologi-området. De vigtigste resultater, som analysen er noget frem til, er følgende:

- I patientforløbene mellem region og kommune er deling af information en udfordring i dag.
- Den mangelfulde kommunikation mellem myndigheder angående information om borgeren, kan have store sociale og økonomiske konsekvenser for borgeren og sundhedsvæsenet.
- Kommunale tilbud efter borgerens udskrivelse fra sygehuset er uigennemsigtige for regionerne. Den mangelfulde gennemsigtighed gør det svært for regionerne at henvise borgerne til et lokalt tilbud om eksempelvis genoptræning af blæren.

På baggrund af for-analysen er der udarbejdet indstilling om udligningsmodel og udbudsstrategi og mulige indsatser til forbedring af området:

Udbudsstrategi

Kravspecifikationer til produktudbuddet på urologi tager udgangspunkt i kravspecifikationer fra følgende:

- Region Midtjyllands tidligere landsdækkende fælles regionale udbud, hvor Region Hovedstaden var tovholder
- SKIs seneste offentliggjorte udbud (ultimo 2023)
- Region Nordjyllands tværoffentlige udbudsmateriale samt evt. kommuners kravspecifikationer.

Efterfølgende er kravspecifikationer sammenskrevet og opdateret med brugergruppen.

Kravspecifikationerne er ikke endeligt udarbejdet, da alle brugergruppemøder endnu ikke har været afholdt.

Tilbudslisten dannes ud fra tilsendt data fra kommuner og regioner.

Det er et offentligt udbud. Projektgruppen fokuserer på passende sortimentsbredde hvilket primært omhandler engangskateter. På dette område kræves flest patienthensyn, disse kan imødekommes ved et bredere sortiment og flere leverandører.

For-analyse for urologi

Tværsæktorielt samarbejde



I forhold til bæredygtighed vil strategien fokuser på følgende elementer: Kemi, emballage, transport og CSR.

Udligningsmodel

I dette tværsæktorielle udbud bliver der behov for økonomisk udligning mellem kommunerne og regionerne. Udligningen er nødvendig, grundet de store forskelle mellem kommuners og regioners produktpriser. Regionerne betaler en stykpris på 0,01 kr. (1 øre) pr. engangskater. Der er usikker på hvor meget kommunerne betaler i gennemsnit pga. mangelfuld data fra kommunerne. Udligningsmodellen er udarbejdet iht. de vedtagne overordnede udligningsprincipper og anbefalinger til udligningsmodel (bilag 1, 2 og 3). For at give det mest retvisende billede bør udligningen foregå på hele udbuddets sortiment.

Mulige indsatser til forbedring af området

Indsatserne står ikke i prioriteret rækkefølge. Alle indsatserne har samme prioritet, da de alle er vigtige for at sikre en forbedring af patientforløbene på urologi-området.

(Se bilag 4 for mere omfattende beskrivelse af indsatserne)

1. **Standardskabelon til kommunikations- og IT programmet MedCom:** Oprettelse af en standardskabelon på urologi vil reducere den administrative arbejdsbyrde for de relevante medarbejdere, da delingen af relevant information vil være skemalagt. Derfor vil medarbejdere ikke længere være i tvivl om hvilken information, der skal videregives til kommunen.
2. **Udvikling af Region Midtjyllands E-læringsprogrammet Rekontinens:** Spørgeskemaundersøgelsen viste, at der på nuværende tidspunkt er behov for et kompetenceløft hos det ufaglært personale. Kompetenceløftet skal forberede medarbejdernes forståelse af lovgivning på området, hvilket vil gøre medarbejder bedre til at guide borgerne gennem deres patientforløb. (Læs mere om spørgeskemaundersøgelsen i afsnit 4).
3. **Ens bevillingssystem i kommuner og regioner:** Til ansøgning af bevilling af hjælpemidler, vil et ens bevillingssystem mellem kommuner og regioner effektivisere den administrative arbejdsgang. Der vil kun være behov for denne indsats, hvis der ikke oprettes en standardskabelon i MedCom på urologi jf. pkt. 1.
4. **Tydeliggøre organiseringen på området – Samarbejdsaftale om strømning af tilbud og muligheder:** I dag er det en udfordring for regionerne at henvise borgerne til relevante tilbud i deres kommune, fordi tilbuddene er så forskellige fra kommune til kommune. En ensretning af organisering på tværs af kommunerne vil gøre området mere gennemsigtigt for regionerne i forbindelse med henvisning af borgerne til et tilbud i kommunerne.

Overstående indsatser vil kunne understøttes vha. en samarbejdsaftale, hvor kommunerne bliver forpligtet til at kompetenceudvikle deres personale og sikre en tydelig organisering på området. På nuværende tidspunkt eksisterer der ikke nogen samarbejdsaftaler, der vedrører disse mulige indsatser.

For-analyse for urologi

Tværasektorielt samarbejde



2. Kort om projektet

Det overordnede formål med tværasektorielle indkøb af sundhedsprodukter er at skabe bedre patientforløb med et stærkere tværasektorielt sundhedsvæsen.

Projektet eksekveres af projektgruppen som både består af kontinents sygeplejersker, udbudskonsulenter og AC-medarbejdere. Projektgruppen står for at lave produktudbuddet og udarbejde foranalysen. Projektgruppens medlemmer fremgår af bilag 5.

Projektet har følgende delmål:

- Borgeren i centrum
 - Bedre kvalitet/behandlingsforløb på tværs af sektorer vil skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Med et mere sammenhængende forløb, vil borgeren bedre kunne skifte sit eget kateter og dermed hurtigere blive selvhjulpne.
 - Med dette projekt vil der blive skabt bedre arbejdsgange mellem hospitaler, praktiserende læger og kommunerne. Projektet vil være med til at skabe behandlingsforløb, hvor borgerens udredning er i fokus og samtidig gøre borgeren selvhjulpne.
 - Et fælles produktsortiment på tværs af regioner og kommuner vil gøre at borgeren altid vil kunne få de samme produkter. Borgeren vil ikke opleve gentagende udfordringer med nye produkter, som følge af skift mellem regionen og kommunen. Borgeren vil kunne fortsætte med samme kateter som de oprindeligt har fået. Derfor vil et ens produktsortiment betyde meget for borgerens hverdag.
 - Fritvalgsordningen giver leverandørerne økonomisk incitament til at borgerne køber så mange produkter så muligt uden nødvendigvis at have brug for dem. Igennem gennem Fælles Service Center gives der professionel og uvildig rådgivning som vil sikre, at borgerne altid får vejledning fra ét og samme sted. Vejledningen kommer fra uddannet sundhedspersonale, der ikke har kommercielle interesser.
- Effektivt tværasektorielt samarbejde til gavn for borgere og myndigheder
 - Ved at skabe bedre journal- og informationsdeling mellem kommuner, regioner og praktiserende læger vil der blive skabt en harmonisering af serviceniveau under hele patientforløbet
 - Den forstærkede kommunikation i MedCom vil skabe mere smidige arbejdsgange

3. Afdækning og afgrænsning af området

For-analysen afdækker følgende forhold:

Markedsforhold

Nuværende forbrug: Projektarbejder arbejder stadig på at få præcise data for de tilsluttede kommuners forbrug på området. Projektgruppen regner med at have data klar for dette marts 2024.

For-analyse for urologi

Tværasektorielt samarbejde



Interessenter: Projektgruppen har udarbejdet en interessentanalyse. Se i afsnit 7 og bilag 11.

Regler, love og attestationer på området:

- Serviceloven § 112 Bevilling af støtte til hjælpemidler: Denne paragraf er særlig vigtig inden for ansøgningen til hjælpemidler. Det er på baggrund af denne ansøgning, at borgeren kan blive bevilliget et kateter eller andre hjælpemidler fra kommunen. Proceduren af bevillingen ligger i et bevillingsskema, hvor hospitalet og kommunen i samarbejde beskriver, hvilke udfordringer borgeren har, og hvilke hjælpemidler borgeren skal bevilliges.
- Serviceloven § 113 b: Fælles bestemmelser for hjælpemidler og forbrugsgoder.
- Sundhedsloven § 140 om genoptræning: Denne paragraf kan bruges til ansøgning om genoptræning af blærefunktion og genoprettelse af kontrol over blæren. Kommunerne er meget fokuseret på deres dokumentation pga. tilsyn. Kommunerne arbejder både inden for service- og sundhedsloven ift. afgørelser, dokumentation og kvalitetssikring. Regionerne kun arbejder inden for sundhedsloven ift. deres kvalitetsstandarder. Regionerne bruger ikke dokumentation til ligeså mange formål, som kommunerne gør. Kommunerne bruger dokumentationen til at søge alt fra hjælpemidler, tilskud til sygeplejeartikler eller støtte til genoptræning.
- LÆ-125 statusattest - En attest kan kommunerne bestille hos borgernes praktiserende læge, hvis de mener, at de mangler information om borgernes forløb på hospitalet, og hospitalet ikke har mulighed for at give den manglende information. En attest koster mellem 460 og 1100 kr. og betales af kommunen.
- LÆ-165 socialmedicinsk sagsbehandling – Dette er en attest, der kun udleveres på initiativ fra praktiserende læger. Et eksempel på dette kan være, hvis lægen mener, at borgeren skal have et bestemt form for hjælpemiddel. Her har borgeren typisk ikke været på hospitalet, men kun ved sin egen læge. Denne attest medfører ikke nogen omkostninger for kommunen.

Relevante brugerrejser for borger

Til beskrivelsen af brugerrejsen har projektgruppen interviewet borgere med inkontinensudfordringer. Interviewpersonerne er forskellige borgere med forskellige forløb samt udfordringer. De beskrevne brugerrejser er meget forskellige forløb og afspejler, at inkontinens og urologiske udfordringer kan opstå på flere måder. De eksempler der er valgt beskriver borgere, der møder udfordringer i kommunikationen mellem regionen og kommunen. Herudover bruger vi også et eksempel på en borger, der ikke kan få de produkter som han plejer.

- Markedsforhold – leverandører, kommune, region: Se af afsnit 8 og 9.
- Markedsforhold – produkter: Se afsnit 8 og 9.

På baggrund af afdækningen af området gennemføres:

- Indhentning og behandling af forbrugsdata via fælles skabelon for dataindhentning
- Udarbejdelse af udligningsmodel
- Udarbejdelse af udbudsstrategi
- Identificering af risici/udfordringer/muligheder (se afsnit om risikoanalyse)

Resultatet af foranalysen fremgår af pkt. 5-11.

For-analyse for urologi

Tværasektorielt samarbejde



4. Metode

For-analysen er gennemført af projektgruppen ved hjælp af:

- Desk-research af information, statistikker og analyser, der er tilgængelig i kommuner og regioner for at få et indledende overblik og forståelse for området.
- Markedsdialoger med nuværende og potentielle leverandører
- Eksplorativ undersøgelse af brugerrejser (borger/patient/sundhedspersonale/myndighed) ved hjælp af interviews og/eller spørgeskemaer af relevante repræsentative brugere i de to regioner og i en mindre, mellemstor og stor kommune.
- Spørgeskemaundersøgelse til kontinents sygeplejersker: Undersøgelsen omhandler arbejdsgange, udfordringer og barriere i det tværasektorielle samarbejde mellem region og kommune. Undersøgelsen blev udsendt til 44 kontinentssygeplejersker. 23 respondenter gennemførte spørgeskemaet. Ud af dem var 4 fra regionen og 19 fra kommunerne. Ud over dem, har 11 respondenter åbnet spørgeskemaet og afgivet nogle svar men ikke gennemført. Herudover er der 10, som aldrig har åbnet spørgeskemaet. (Se resultat af spørgeskemaundersøgelsen i bilag 6 og 7)
- Til beskrivelsen af brugerrejsen har medlemmer af projektgruppen interviewede borgere med inkontinens eller andre urologiske udfordringer. Interviewerne var alle sygeplejersker, og interviewpersonerne var alle borgere, som interviewerens kendte på forhånd. Interviewet blev lavet vha. semistruktureret interview og med en interviewguide (se interviewguide i bilag 8).

Den indhentede viden er drøftet og sammenskrevet af projektgruppen med henblik på at identificere relevante input til business case, udligningsmodel, udbudsstrategi/-materiale og potentialer for forbedringer af området.

5. Afgrænsning af produktområde

På nuværende tidspunkt (primo januar 2024) omfatter produktområdet produkterne i bilag 9. Det er ikke muligt at lave en fyldestgørende afgrænsning af produkterne, da alle brugergruppemøder endnu ikke er afholdt. Alle brugergruppemøderne er først afholdt ultimo januar 2024.

Vedhæftet er de produkter, som er fælles mellem kommune og region (se bilag 10). Det skal dog understreges, at listen ikke er udtømmende for alle produkter der bruges inden for det urologiske område. Listen viser kun de produkter, der laves udbud på i dette projekt. Derfor indgår f.eks. bleer og bind ikke, da de købes ind på et særskilt udbud. Herudover vil der også være delaftaler, som kun udbydes til kommunerne og regionerne.

6. Udbudsstrategi og -materiale

For-analyse for urologi

Tværasektorielt samarbejde



Beskrivelse af lager- og logistikløsning:

- Lager-logistikløsning i Region Midtjylland: På hospitalerne og klinikkerne bestiller personalet alle urologiske produkter gennem Region Midtjyllands indkøbsprogram, RM indkøb. Her kan personalet bestille produkter til indlagte borgere og hjemmepatienter. Hvis borgere er blevet udskrevet fra hospitalet, og endnu ikke har fået en bevilling på hjælpemidler, bestiller afdelingen deres produkter indtil, at de får hjælp af kommunen. Hos Region Midtjylland bestilles alle vare fra et centralt lager gennem indkøbssystemet.
- Lager-logistikløsning i Region Syddanmark: Til hjemmepatienter leverer sælger i en midlertidig periode for så vidt angår delaftale 7 engangskatetre. Modsat Region Midtjylland har alle sygehusene i Region Syddanmark deres eget lager, som de selv bestiller til.
- Lager-logistikløsning i kommunerne: Kommunernes organisering på området er meget forskellig fra kommune til kommune. Et eksempel herpå er Aarhus Kommune. Hos Aarhus Kommune starter kontinents sygeplejerskerne med at oprette borgeren i systemet og derefter bestille produkterne til dem, som bliver sendt til borgerens adresse. Efterfølgende er borgeren oprettet i systemet, og kan derefter selv bestille sine produkter online, som kommer direkte fra producenten.
- I forbindelse med urologi-projektet vil det foregå på en anden måde. Når borgeren overgår til kommunen, og har opnået sin bevilling, modtages produkterne fra et konsignationsslager. Produkterne, der skal lagerføres, opbevares i konsignation, plukkes fra lageret og leveres til borgere eller patienters hjemmeadresse eller evt. til en pakkeboks.
- Beskrivelse af implementeringsplanen: Leverandørerne efterspørger en mere udførlig beskrivelse end det tidligere har været tilfældet ifm. stomiprojektet.

Foranalysen har resulteret i følgende input til udbudsfasen og -materialet:

- Markedet er meget mere positive over for det tværasektorielle produktudbud sammenlignet med stomi
- Udviklingen på kateter er stigende. Derfor udvides produktområdet på urologi hele tiden, og derfor er et kateter ikke bare et kateter. Der findes mange varianter på markedet i dag.
- Et ensrettet tværasektorielt produktsortiment vil reducere antallet af produkter, som en borger skal bruge gennem deres patientforløb, og dermed gøre forløbet mere gnidningsfrit for både borger og personalet i sundhedsvæsenet.

7. Markedsforhold – behov/forbrugere

Forbrug:

Den regionale udbudsansvarlige har indhentet og kvalitetssikret regionale forbrugsdata, mens den kommunale tovholder har indhentet og kvalitetssikret kommunale forbrugsdata. Data er enten kontrolleret via uddelegering af udførelsen til en controller i egen organisation og/eller i indkøbsfællesskaber.

Indhentning af forbrugsdata har resulteret i følgende input til business casen:

For-analyse for urologi

Tværasektorielt samarbejde



- Regionalt data er indhentet og kvalitetssikret. Det kommunale er indhentet men ikke kvalitetssikret. Det forventes de først at være primo marts 2024.

Interessentanalyse:

Projektgruppen har udarbejdet en interessentanalyse, der fremgår af vedhæftede bilag 11.

Brugerrejser:

Brugerrejserne er fire forskellige forløb, hvor borgerne både har været i kontakt med sygehuset, kommune og egen læge. De fire forløb er meget forskellige, men giver et indblik i de udfordringer, som borgerne har i overgangen mellem de forskellige offentlige instanser.

Resultatet af brugerrejserne i bilag 12.

Potentialer for forbedringer:

Projektgruppen har sammen med brugerne, der bidrager til foranalysen, identificeret følgende forbedringspotentialer:

- Ens produkter i region og kommune: Borgere har udfordringer med ikke at kunne få det same produkter på tværs af region og kommune. Nogle borgere føler, at de ikke bliver inddraget i processen om valg af produkt, men blot skal igennem en masse afprøvninger af produkter, som kommunen i forvejen har.
- Se bilag 4. for mulige indsatser ift. forbedring af området.

8. Markedsforhold – leverandører, kommune, region

Projektgruppen har indhentet viden om, drøftet og analyseret markedsforholdene ift. leverandører, kommuner og regioner. Det har resulteret i følgende input til udbuddet, udligningsordningen og øvrige indsatser:

Konkurrencesituation:

- Projektgruppen kan ikke give et fyldestgørende indblik i konkurrencesituationen før alle brugergruppemøde er afsluttet ultimo januar 2024.

Prisstruktur og omkostningsfordeling:

- Prisstruktur og omkostningsfordeling kan ikke beskrives, før der opbygges et bedre datagrundlag. Dette regner projektgruppen med at kunne beskrive i ultimo januar 2024.

Implementering/leadtime:

- Markedet har givet udtryk for, at der er behov for en lang leadtime. Absolut min. er 3 måneder, og her vil det for nogle være meget svært at nå det. Der er bred enighed på markedet om, at den optimale leadtime er 6 måneder.

For-analyse for urologi

Tværsæktorielt samarbejde



- Leadtime skal være akkompagneret af en udførlig implementeringsplan, hvor leverandørerne ved, hvornår og hvor de skal sende hvad afsted.

9. Markedsforhold – produkter

Projektgruppen har sammen med de involverede brugere og I&Ms bæredygtighedsteam indhentet viden samt ønsker og krav til produktsortiment inkl. forhold vedr. bæredygtighed. Det vil efterfølgende blive drøftet med brugergruppen ifm. udarbejdelsen af det konkrete udbudsmateriale.

Dette afsnit er ikke færdiggjort, da projektgruppen ikke har haft markedsdialog inden for bæredygtighed endnu. Det har vi først ultimo januar 2024.

Nedenstående er primært input fra markedsdialog vedr. sortiment.

**Disse noter er taget udbudskonsulenten til udvikling af kravspecifikationer*

Generelle bemærkninger fra forskellige leverandør vedr. kravspecifikationer og udviklingen på markedet:

- Til kravspecifikationer skal det uddybes, hvad integreret væske er, og hvad det må være for en væske.
- Der er kommet nye definitioner på længden pga. MDR-forordningen. Den nye måleenhed er effektiv længde.
- Flere leverandører har gjort opmærksom på, at markedet beder om klare definitioner af fx effektiv længde af kateter.
- I forhold produktafhængigheder er det vigtigt, at ballonen er kompatibel med glycerin.
- Det oplyses, at der bør benyttes glycerin til ballon, da vand forsvinder over tid, hvilket glycerin ikke gør.
- Flere tilbudsgivere advarer mod et for smalt sortiment.
- MDR bør indgå i kravsspecifikationerne, da det påvirker bl.a. bestillingsenheder, sortimentet på markedet og evt. fremtidige restordre.
- Forpkningsstørrelse skal skrives ind i kravsspecifikationerne, så de er nemme at plukke for personalet.
- Det anbefales, at der åbnes op for at kunne byde ind med flere serier. Dette er især på områderne med engangskatetre og ballonkatetre.
- Leverandørerne opfordre til, at der oprettes funktionsbeskrivelser på, hvad de forskellige produkter, som udbydes, skal bruges til.
- Der kommer to nye typer katetre, som indtil videre er fortrolighedstemplet. Dette fik vi at vide af Coloplast.
- Mediq beder os overveje, om der skal være en serie, som kan liste en delkontrakt eller om man kan blande serier sammen.

Andre bemærkninger:

For-analyse for urologi

Tværsæktorielt samarbejde



- I udbuddet bør det overvejes, om nogle af delkontrakterne kun skal vedr. enten kommuner eller hospitaler
- Kommunerne er formentligt ikke aftaledækket på skyllevæsker. Regionerne er dækket igennem Amgros.
- B.Braun kunne ikke byde på udbuddet i hovedstaden, fordi de benytter hydrofil coating. De mener ikke, at der er videnskabelige beviser, der peger på, at det er en dårligere coating. De sælger i dag til kommunerne igennem grossister Abena, Mediq og One-Med.

Konkrete input fra leverandører vedr. produkter:

- Benposer: Det anbefales, at benposer udbydes som justerbare i størrelserne, idet de alligevel skal klippes. Sættene bør udbydes i intervaller. De bør være singlepacked, da det gør det nemmere for især kommunerne. B. Braun anbefaler at produktet udgår helt, da det er et dyrt og dårligt produkt.
- Engangskatetre: Variationerne med glidemiddel bør undgås, da det er forældet.
- Fikseringstape: Her skal vi undersøge, om det er nødvendigt med vinger, da det vil begrænse konkurrencen.
- Fiksering til katetre: Her skal det overvejes, om man skal indskrive krav om, at de kan repositioneres uden at fikseringen skal rykkes (for at gøre det mere hudvenligt). Hertil skal man være opmærksom på, at de kommer i flere str. Herudover skal man være opmærksom på antal i en forpakning.
- Katetre: Til kravspecifikationer skal vi være skarpe på følgende:
 - Skal der være røntgenlinje? Er det kateter der skal ligge i 3 eller 12 uger?
 - I udbuddet bør det overvejes, om der skal medtages katetre, hvor posen er monteret på eks. kørestolsbrugere eller langtidschauffører. Dette er et dyrt alternativ, men gør hverdagen nemmere for nogle grupper.
- Børnekatetrene kan ikke af alle leveres med forefyldte sprøjter.
- Suprapubic katetre med integreret ballon (så ballonen ikke kan mærkes når den indføres). Vi skal her være meget specifik om, hvordan man beskriver, om ballon er integreret, da der er forskellige løsningsmuligheder her.
- Note: Det er også vigtigt at skrive ind, hvor nemt kateteret er at håndtere. Nogle kan der sættes pose på. Nogle er der lugt og væsketæt hylster til, når det skal bortskaffes. Husk katetre med pose/kondom/film på, så der nemmere kan håndteres sterilt. Der findes også andre berøringsfrie katetre med fx et flytbart håndtag (non touch greb). Hertil skal vi forvente flere nye spillere på markedet via distributører.
- **IQ katetre** som er lidt stivere, og dermed kan løse fx prostata problemer. Der er lidt salg på uncoated katetre i kommunerne. Semi-integreret ballon findes også.
- **Katerationssæt:** Her skal det overvejes om, der skal være et sæt til hospitalerne og 1 til kommunerne. Dette da der er forskellige behov. Husk at tænke ind, at der specielt her er lang leveringstid i opstarten. Overvej hvor meget katerationssættets indhold skal defineres. Herunder bør der ses på, om det er acceptabelt med usterile ventiler, da markedet herfor er væsentligt større. Kan vi lave 1-2 sæt?

For-analyse for urologi

Tværsæktorielt samarbejde



- **Kateterklemme/klips:** Her holdes kravene brede for større konkurrence.
- **Latexkatetre:** Disse anbefales slettet fra produktlisten, da de er forældede produkter.
- **Uridomer:** Her skal man overveje om det er nødvendigt med udrulningsstrips på Uridomer, idet der angiveligt kun er én leverandør på markedet, der har dette. Ligeledes skal klæbefladestørrelsen overvejes for at øge konkurrencen. Overvej ligeledes at der kan bydes ind i intervaller eller med flere positioner. Ellers kan det være vanskeligt, at byde.
- **Traveljohn/Pose med absorberingsgele:** Benyttes i dag på hospitalerne men er ikke længere CE-mærket efter de nye MDR regler. Det lyder ikke til, at dette vil ændre sig.
- **Timediuresesæt:** Her skal vi være opmærksom og konkrete på slangelængden.

Modenhed ift. bæredygtighed og evt. input til krav:

- Miljø:
 - Det skal overvejes, om produkterne skal være PVC-fri. Det er ikke alle på markedet, der pt. kan opfylde dette. Det skal vendes med brugergruppen og evt. skal kravet kun gælde for nogle af delkontrakterne. Uniqmedical har blandt andet PVC i deres produkter.
 - Projektgruppen skal se på, hvad sættene indeholder, idet en forefyldt sprøjte med glycering ikke bør ligge i sættet til kommunerne, idet det ligger i deres katerationssættet. Herunder vil det formentligt begrænse konkurrencen, idet nogle leverer med sterilt vand/saltvand. B. Braun foreslår alle forfyldte sprøjter udgår. Dette gælder også for at undgå dobbelthet.
 - Emballagen er meget forskellig, og bør derfor evalueres på produktniveau.
 - Det er formentligt kun 1 på markedet, der er mærket med type 1, nemlig Well-spect.
 - Såfremt vi ønsker at se på transport, skal det defineres bedre.
 - Coatningen skal undersøges. Der er angiveligt 3 typer på markedet. Er alle lige gode? Det mener markedet ikke.
- Bæredygtighed
 - Til dette udbud arbejder vi på, at gøre bæredygtighed til et mindstekrav frem for et konkurrencekrav. Efter den erfaring vi har gjort os, har vi lært, at vi ikke får nogle resultater, ved kun at sætte det som et konkurrencekrav. Herefter kunne man lave en hensigtserklæring om bæredygtighed som et bilag. Ved at skrive hvad man stiler imod af niveau for næste udbud.

Herudover har bæredygtighedsteamet haft fokus på følgende temaer i kravspecifikationerne:

- Ingen hormonforstyrrende eller andre uønskede stoffer i produkter, som patienter (eller medarbejdere) er i hudkontakt med. Ingen unødvendige farvestoffer i produkter
- Miljømærkede produkter
- Emballage (ren og steril)
- Overvejelser om bortskaffelse
- CSR og Produktionsland

For-analyse for urologi

Tværasektorielt samarbejde



- Transport

I bilag 13 er der mere skriftligt materiale om bæredygtighedsstrategien.

Projektgruppen har endnu ikke afholdt alle brugergruppemøder, så derfor er alle input fra brugergrupperne ikke med i overstående afsnit.

10. Risikoanalyse

Foranalysen afdækker bl.a. følgende risici (listen er ikke udtømmende):

- Produkt sammenhænge/forskelle mellem regioner og kommuner.
- Datagrundlaget for kommunerne er behæftet med stor usikkerhed, da data ikke er rensat i en sådan grad, at det kan benyttes til en tilbudsliste og udligningsmodel. Herunder eks. ikke rensat for antal i bestillingsenheden, hvilket kan give en stor skævvridning (stk. pris kontra pakke/kartonpris).
- Projektgruppen har på baggrund af resultaterne i punkt 5-9 udarbejdet en risikoanalyse i bilag 14 og dertil hørende forslag for at imødegå de identificerede risici.

De væsentlige risici er:

- Oplæring af personale
- Udskiftning af produkter
- Fritvalgsordningen
- (Produktforskelle mellem Regioner og Kommuner) – Kun i mindre grad

Læs risikoanalysen for uddybelse af ovenstående i bilag 14.

11. Udligningsmodel

Oplæg til udligningsmodel er en del af for-analysen. Programlederen har udarbejdet oplægget sammen med arbejdsgruppen for udligningsmodeller, der er sammensat af repræsentanter fra Region Midtjylland, Region Syddanmark og en repræsentant for alle kommuner.

Programlederen har udarbejdet indstilling om udligningsmodellen og har, efter styregruppens foreløbige godkendelse, ansvaret for at fremsende denne til beslutning i relevante kommunale/regionale/tværasektorielle mødefora.

For-analysen har resulteret i følgende input til evt. udligningsmodel:

Der er udarbejdet en generisk udligningsmodel til brug for fremtidige tværasektorielle udbud, hvor udligning er nødvendig – se bilag 1, 2 og 3. Den generiske udligningsmodel er udarbejdet af programlederen sammen med repræsentanter fra Region Midtjylland, Region Syddanmark og en repræsentant for alle kommuner.

For-analysen har resulteret i følgende input til evt. udligningsmodel:

For-analyse for urologi

Tværasektorielt samarbejde



- Der er behov for udligning på maksimalt 12 mio. kr. pr. år pr. region pga. store forskelle mellem kommuners og regioners hidtidige produktpriser.
- Regionernes forventede mérudgifter er estimeret ud fra forbrugsdata 2022 og priser fra Region Midtjylland, Region Syddanmark, Aarhus Kommune og Odense Kommune.

Den generiske udligningsmodel er blevet godkendt den 10.11.2023 af KD-net i Midtjylland og fremlægges til godkendelse af SSS i Syddanmark den 26.01.2024 samt K22 den 29.01.2024.

12. Kommunikation

Programlederen har ansvaret for at kommunikere resultatet af for-analysen til styregruppen. For-analysen fremlægges til drøftelse og godkendelse i styregruppen, herunder indstillinger om udligningsmodel, udbudsstrategi og mulige indsatser til forbedring af området til forhåndsgodkendelse inden disse fremsendes til endelig godkendelse i relevante kommunale/regionale/tværasektorielle mødefora og efterfølgende tilslutningsproces inden udbuddet af produktområdet offentliggøres og evt. øvrige leverancer iværksættes.

For-analysen, herunder foreløbig business case, indstilling om udligningsbeløb og indstilling om indsatser bliver drøftet og indstillet til godkendelse af styregruppen 15.01.2024.

For-analysen bliver herefter sendt til orientering, og indstilling om udligningsbeløb samt igangsætning af indsatser bliver sendt til godkendelse i KD-net (Midtjylland) og SSS (Syddanmark) den 26.01.2024 samt K22 den 29.01.2024.

Forud for tilslutningsprocessen i februar/marts 2024 vil for-analysen, foreløbig business case samt kravsspecifikationer for produktudbuddet blive sendt til kommuner og regioner.

13. Implementering

Implementering af produkter er en del af udbudsfasen og beskrives med en forventet tidsplan i kommuner og regioner samt hvem leverandørerne vil blive kontaktet af ift. regionskontrakterne og kommunekontrakten.

Implementering af produkter er en del af udbudsfasen. Ud fra erfaringerne med implementeringen af stomiområdet de input for-analysen har bidraget med, bliver der udarbejdet en generisk implementeringsplan til udbudsmaterialet med følgende indhold:

1. Kommunikation om den nye aftale ift. følgende målgrupper
 - a. Borgere
 - b. Driften i kommuner
 - c. Driften i Region Syddanmark
 - d. Driften i Region Midtjylland
2. Leverandør(er) indsender data

For-analyse for urologi

Tværsæktorielt samarbejde



3. Implementeringsmøder med leverandører
4. Levering af produkter til regionens lagre og kommunernes konsignationslager
5. Kontaktpersoner ift. driften
6. FSCs forretnings set-up
7. Vareprøver – til borgere, klinik
8. Forsyningsikkerhed
9. Sortimentsændringer
10. Midlertidige patienter (evt.)
11. Frit valg af leverandør (evt.)
12. Uanmeldte besøg fra leverandøren

Derudover bliver der udarbejdet en konkret drejebog for kommunernes og regioners forberedelse af implementeringen. Denne bliver kommunikeret i god tid forud for forventet driftsstart.

Implementering af evt. øvrige leverancer er uafhængig af udbudsfasen. Der vil blive udarbejdet separate individuelle tidsplaner for øvrige leverancer.

14. Konklusion

Projektgruppen har udarbejdet en analyse af urologiområdet med henblik på at afdække udfordringer for borgere og sundhedsvæsenet. Denne analyse viste, at der på flere områder er udfordringer, når borgere overgår mellem forskellige offentlige instanser. Dette resulterer i unødvendige menneskelige og økonomiske omkostninger for både borgerne, kommunerne og regionerne.

Ved at gennemføre de foreslåede indsatser i bilag 4, vil kommunerne og regioner kunne opnå betydelige besparelser, effektivisering af arbejdsgange og et bedre patientforløb for borgerne. En fyldestgørende implementering af indsatserne vil kræve en samarbejdsaftale mellem kommuner og regioner på området. Aftalen skal forpligte begge parter til at udvikle indsatserne sammen.

På baggrund af foranalysen har projektgruppen følgende anbefalinger:

1. Etablering og implementering af en standardskabelon til MedCom
2. En opdatering af e-læringsmaterialet "Rekontinens", som skal sikre en bedre oplæring af personalet i vejledning og understøttelse af borgeren
3. En handleplan for kommunerne som udspecificerer, hvordan de kan tydeliggøre organiseringen på området, og dermed sikre at regionerne ved hvilket tilbud, som borgeren skal henvises til efter endt udskrivning.



Anbefalinger til udligningsmodel - Tværsektorielle udbud

17. november 2023
Side 1 af 5

Baggrund

Efter afslutningen på det tværsektorielle stomiudbud har styregruppen for Tværsektorielle Indkøb nedsat en arbejdsgruppe, som skal udarbejde anbefalinger til en udligningsmodel for fremtidige tværsektorielle udbud.

Erfaringer fra stomiudbuddet viser, at en god udligningsmodel er nødvendig at have på plads forud for udbuddet. Sådan bliver det muligt dels at sikre regioner og kommuner et oplyst beslutningsgrundlag om økonomien ifm. tilslutning, dels at sikre en optimal sagsgang ifm. indgåelse af kontrakter efter endt udbud.

Arbejdsgruppen giver i dette notat en række anbefalinger til og en metodegennemgang af udligninger ved fremtidige tværsektorielle udbud, som bygger videre på erfaringer fra stomiudbuddet. Læs evt. bilag 1, der forklarer den økonomiske tankegang bag de tværsektorielle udbudsprojekter.

Evt. udligningsmodel(ler) skal overholde følgende overordnede principper, der er vedtaget af regioner og kommuner i Syddanmark og i proces i Midtjylland:

- Der bliver udarbejdet oplæg til en udligningsmodel for hvert produktområde. Dette oplæg udarbejdes i analysefasen for hvert udbud.
- Hvis udbuddet efter gennemførelsen resulterer i en samlet positiv økonomisk business case reguleret for prisudvikling, så skal ingen tilsluttede regioner og kommuner som udgangspunkt have mérudgifter.

Der kan være produktområder, hvor en udligningsmodel ikke er relevant pga. særlige forhold eller hvis der kun er tale om en mérudgift af minimal størrelse. Men det vil under alle omstændigheder blive afklaret, om en udligningsmodel er nødvendig, og der vil blive udarbejdet et beslutningsgrundlag.

Hvis udbuddet ikke resulterer i en samlet positiv business case vil udgangspunktet være at udbuddet annulleres, medmindre alle parter vurderer at øvrige gevinster ved det tværsektorielle samarbejde har større værdi og dermed hver især påtager sig merudgiften.

Fremtidig udligning ved første tværsektorielle udbud på produktområdet

Det anbefales at udligningen foregår separat for de to regioner. Der udlignes alene mellem kommuner og region i egen Region.

BORGMESTERENS AFDELING

Økonomi, IT og Digitalisering
Aarhus Kommune

Udbud og Contract Management
Rådhuspladsen 2
8000 Aarhus C

Direkte telefon: 41 87 43 47

E-mail:
pral@aarhus.dk

Sagsbehandler:
Rasmus Lillelund Lovring



17. november 2023
Side 2 af 5

Jfr. de overordnede principper for udligning, er det en forudsætning for at der skal ske udligning, at der overordnet set er en positiv økonomisk business case samlet set for projektet i hver Region, da der ellers ikke er en gevinst at udligne med. Dvs. at gevinsten i Region Midt skal være stor nok til at dække evt. tab i samme region, og tilsvarende for Region Syddanmark.

Arbejdsgruppen anbefaler at der sker fuld udligning af merudgiften for henholdsvis kommuner og regioner. Ved merudgiften forstås hvad en kommune eller region potentielt kommer til at betale mere for deres produkter end før det første tværsektorielle udbud – se i øvrigt bilag 1. Selve beregningen af udligningen beskrives nærmere i næste afsnit. Udligningen foretages i samarbejds levetid og genberegnes i forbindelse med genudbud i forhold til den oprindelige baseline, hvor der også tages højde for evt. markante ændringer i kontraktens løbetid.

Arbejdsgruppen foreslår at benytte Fælles Service Center (FSC) til at håndtere selve udligningen. Dette kræver dog, FSC gennem en vedtægtsændring bliver forpligtet til at følge de overordnede principper for udligning. FSC sender en faktura til de kommuner/regioner, som skal indbetale til udligningen og sender samtidig udligningsbeløbet ud til de kommuner/regioner, som skal have dækket et tab ved det tværsektorielle fællesudbud. Afregningen vil ske én gang om året og i forhold til hvor længe kommunerne trækker på aftalen.

I sidste ende vil alle kommuner eller regioner enten gå i nul eller stå tilbage med en gevinst ved at deltage i udbuddet. For at udligningen er lovlig, kræver det, at kommunerne samlet set efter udligning ikke skal af med flere penge, end hvis de selv skulle indkøbe. Der vil også være gevinster udover selve indkøbet i form af de udviklingstiltag, der bidrager til et bedre forløb for borgerne. Disse gevinster er dog vanskelige at opgøre økonomisk.

Beregningsmetode for udligningsmodellen

For at kunne beregne det endelige udligningsbeløb er det nødvendigt først at estimere projektkostninger og driftsomkostninger. Samtidig skal produktgevinsterne og efterfølgende projektgevinsterne beregnes. Slutteligt kan den enkelte kommunes udligningsbeløb findes. Læs evt. en uddybende forklaring i eksempelberegningen i bilag 2.

Beregning af projektkostninger og driftsomkostninger

Et tværsektorielt udbud består af en række projektkostninger, herunder engangsomkostninger til projektledelse, udbudskonsulenter, eksterne konsulenter, udviklingstiltag mv. Derudover vil der være årlige driftsomkostninger og evt. IT-licenser mv.

Projektkostningerne fordeles mellem kommuner og regioner i forhold til antal kommuner og antal regioner, der deltager i udbuddet.



$$\text{Andel Kommune} = \frac{\text{Antal kommuner}}{\text{Antal kommuner} + \text{antal regioner}}$$

17. november 2023
Side 3 af 5

$$\text{Andel regioner} = \frac{\text{Antal regioner}}{\text{Antal kommuner} + \text{antal regioner}}$$

Efterfølgende fordeles omkostningerne internt mellem kommunerne i hver region baseret på antal indbyggere.

De to regioner aftaler selv internt, hvordan midlerne eventuelt skal fordeles imellem sig.

Driftsomkostningerne er et estimat baseret på data fra udbudsprocessen af lager og logistik samt IT-systemet. Driftsomkostningerne fordeles ud til hver enkelt kommune baseret på en passende fordelingsnøgle. Der er forskel på produktområder med central eller decentral bestilling. I de tilfælde, hvor der findes aktive bevillinger, så er dette den mest retvisende fordelingsnøgle. I andre tilfælde kan antal indbyggere i de givne kommuner benyttes medmindre et bedre alternativ findes. I nogle tilfælde, kan det også være relevant at ændre fordelingsnøglen for at sikre, at der ikke sker en skævvridning ift. kommunestørrelse og befolkningssammensætning.

Beregning af produktgevinster

Produktgevinsterne stammer fra produktudbuddet, hvor det må forventes at et stort tværsektorielt udbud vil give bedre priser end tidligere eller bedre priser end deltagerne kunne opnå på anden vis. Produktgevinster kan også stamme fra regionernes standardisering af produktvalg, som har afsmittende effekt på kommunernes forbrug hvis der vælges billigere produkter, som stadig opfylder de sundhedsfaglige behov.

Ved at sammenligne kommunernes og regionernes senest indmeldte årsforbrug med det forventede årsforbrug efter endt produktudbud er det muligt at beregne den økonomiske gevinst ved produktudbuddet og evt. standardisering af produktvalget.

Beregning af projektgevinster

Projektgevinsterne findes ved at tage produktgevinsterne og fratrække projektomkostningerne og årlige driftsomkostninger.

Det vil kun være nye eller evt. mérudgifter, som kan henføres til det pågældende udbud, der bliver indregnet i de årlige driftsomkostninger.

Projektgevinsterne beregnes for hver enkelt kommune og region baseret på den enkelte kommunes eller regions idriftsættelsesdato og frem til udgangen af produktudbuddet.



Beregning af udligningsbeløb

17. november 2023
Side 4 af 5

Efter at have opgjort projektgevinsterne for alle kommuner og regioner i henholdsvis Region Midt og Region Syddanmark kan udligningsbeløbene beregnes. Udligningen beregnes kun én gang efter gennemført udbud for hver af de 4 kontraktår. Dette sker for at gøre det så enkelt som muligt at administrere udligningen.

Skulle der være år, hvor gevinsterne ikke er høje nok til at dække udligningsbehovet, men der samtidig er en samlet positiv økonomisk gevinst set over alle 4 år, så vil det blive håndteret så alle som minimum går i nul. Den endelige praktiske håndtering af udligningen kan først fastlægges når det samlede økonomiske overblik foreligger.

Kommuner eller Regioner med et tab skal have dækket deres tab således at de går i nul ved at deltage i projektet. Udligningen skal komme fra de kommuner eller regioner, som har en gevinst ved at deltage i projektet.

Den andel som hver enkelt kommune eller region skal betale til udligningen beregnes ud fra deres andel af den samlede gevinst. Det betyder, at kommuner eller regioner med en højere gevinst betaler en lidt større andel end de kommuner eller regioner med en lavere gevinst. Udligningen beregnes fra den enkelte kommunes eller regions idriftsættelsesdato og frem til produktudbuddets udløb.

Det er ikke muligt at lave en 100% retfærdig fordeling af udligningen, der tager højde for historiske uligheder mellem kommunernes priser ifm. første tværsektorielle udbud på produktområdet. Dog vil der også være afledte gevinster regionernes standardisering af produktvalg.

Efter udligning vil alle kommuner eller regioner enten gå i nul eller have en gevinst ved projektet.

Genudbud

Region Midt foreslår at udligningen ifm. genudbud håndteres som beskrevet nedenfor.

De fælles aftaler løber som udgangspunkt i 4 år. Ved genudbud vil alle kommuner have ens udgangspriser og dermed også ens mer-/mindreudgifter. På denne baggrund vil gælde følgende principper for beregning af udligning:

Ved uændrede priser (reguleret for prisudvikling) vil udligningen ift. regioner være uændret.

Ved stigende priser (reguleret for prisudvikling) skal merudgiften løftes solidarisk af alle parter, hvorfor udligningen til regioner her også vil være uændret.



17. november 2023
Side 5 af 5

Ved lavere priser opnås der en samlet besparelse. Her genberegnes udligningen, så udligningen til regionerne reduceres svarende til regionernes gevinster ved faldende priser. Dette sikrer at regionerne, der som udgangspunkt kan have haft meget lave priser holdes skadesfrie, men ikke tjener på samarbejdet.

Dvs. udligningen vil i samarbejdets levetid være uændret eller faldende.

Bilag:

1. Den økonomiske tankegang bag de tværsektorielle udbudsprojekter
2. Eksempelberegning af udligningsmodel

Bilag 2: Eksempel på beregning af udligning efter første tværsektorielle udbud på produktområdet

I nedenstående eksempel bliver udligningsmodellen forklaret ud fra en række forudsætninger og antagelser. I første omgang bliver projekt- og driftsomkostningerne beregnet inden produktgevinsterne bliver forklaret. Dernæst bliver projektgevinsterne beregnet inden udligningsbeløbene til sidst bliver beregnet for hver kommune og region.

Forudsætninger:

De overordnede principper

- Hvis udbuddet efter gennemførelsen resulterer i en samlet positiv økonomisk business case reguleret for prisudvikling, så skal ingen tilsluttede regioner og kommuner som udgangspunkt have mérudgifter, dvs.
 - Projektet skal samlet set i produktudbuddets levetid have en positiv økonomisk business case for henholdsvis Region M og Region S og deres tilhørende kommuner.
 - Alle deltagere skal som minimum gå i nul ift. tidligere priser og den kendte omkostningsstruktur.

Antagelser bag eksemplet og stamdata:

I eksemplet antages følgende:

- Antal Kommuner: 31
- Antal Regioner: 2
- Projektomkostninger i alt: 3.040.000 kr.
- Driftsomkostninger: 1.500 kr. pr. borger med bevilling
- Licensomkostninger: 175 kr. pr. borger med bevilling
- Antal indbyggere er fundet på Danmark Statistik

Derudover har kommuner og regioner oplyst følgende:

- Årsforbrug før udbud
- Antal borger med bevilling
- Forventet idriftsættelse i kommunen

Projektomkostninger, driftsomkostninger og licensomkostninger bliver forklaret nærmere i afsnittet om beregning af omkostninger.

Stamdata for kommunerne og regionerne:

Kommune	Årsforbrug før udbud	Antal Bevillinger	Antal indbyggere	Region	Forventet kontraktstart
Kommune 1	3.500.000	150	40.000	S	01-09-2025
Kommune 2	2.400.000	200	50.000	M	01-04-2026
Kommune 3	3.800.000	180	52.000	S	01-01-2026
Kommune 4	3.600.000	200	50.000	S	01-12-2025
Kommune 5	2.800.000	200	55.000	S	15-02-2026
Kommune 6	2.800.000	150	46.000	M	01-10-2025
Kommune 7	4.000.000	200	60.000	M	01-09-2025
Kommune 8	5.000.000	300	90.000	M	01-10-2025
Kommune 9	3.000.000	190	42.000	M	01-01-2026
Kommune 10	1.700.000	100	20.000	S	01-12-2025
Kommune 11	6.500.000	300	100.000	S	01-10-2025
Kommune 12	1.000.000	30	10.000	S	01-12-2025
Kommune 13	1.500.000	80	20.000	M	01-04-2026
Kommune 14	3.000.000	250	40.000	M	01-04-2026
Kommune 15	1.900.000	120	30.000	S	01-12-2025
Kommune 16	2.700.000	180	30.000	S	01-12-2025
Kommune 17	1.700.000	80	25.000	M	01-10-2025
Kommune 18	12.000.000	600	250.000	S	01-09-2025
Kommune 19	9.000.000	450	100.000	M	01-01-2026
Kommune 20	3.600.000	250	60.000	M	01-04-2026
Kommune 21	7.000.000	300	100.000	M	01-04-2026
Kommune 22	2.500.000	200	65.000	M	01-04-2026
Kommune 23	3.000.000	250	50.000	M	01-04-2026
Kommune 24	2.000.000	90	15.000	M	01-10-2025
Kommune 25	5.200.000	200	60.000	S	01-04-2026
Kommune 26	2.000.000	200	60.000	M	01-04-2026
Kommune 27	5.000.000	300	75.000	S	01-10-2025
Kommune 28	2.000.000	130	40.000	S	15-11-2027
Kommune 29	6.200.000	400	100.000	M	01-04-2026
Kommune 30	700.000	20	5.000	S	01-09-2025
Kommune 31	20.000.000	900	360.000	M	01-09-2025
Region M	2.000.000	0		M	01-09-2025
Region S	2.000.000	0		S	01-09-2025

Beregning af projektkostninger og driftsomkostninger pr. kommune og region:

Projektkostningerne er engangsomkostninger, som skal dække udgifter ved gennemførelse af projektet. Udover projektkostninger der en række årlige omkostninger i form af driftsomkostninger og licensomkostninger.

Projektkostninger:

Projektkostningerne er i forhold til udbuddet af Urologi budgetteret til 3.040.000 og dækker over følgende:

Løn- og projektkostningsbudget for tværsektorielt indkøb af Urologi		
	År 1	År 2
Lønomkostninger inkl. pension:		
Projekt-/programleder (50%)	400.000	400.000
Kommunal tovholder (50%)	335.000	335.000
Udbudskonsulent (50%)	335.000	335.000
Projektkostninger:		
Eksterne konsulenter	150.000	150.000
Øvr. leverancer mv.	300.000	300.000
I alt	1.520.000	1.520.000

Der er budgetteret med et tilsvarende beløb for udbuddet af Sårpleje. Ift. kommende udbud af Diabetes og Klinisk ernæring vil der blive udarbejdet nye budgetter.

Til fordeling af projektkostningerne mellem kommuner og regioner foreslås at bruge nedenstående formel til at finde de respektive andele som kommunerne og regionen skal dække:

$$\text{Andel kommune} = \frac{\text{Antal kommuner}}{\text{Antal kommuner} + \text{antal regioner}} = \frac{31}{31 + 2} = 94\%$$

$$\text{Andel region} = \frac{\text{Antal regioner}}{\text{Antal kommuner} + \text{antal regioner}} = \frac{2}{31 + 2} = 6\%$$

Kommunerne skal dække 94% af projektkostningerne, mens regionerne dækker 6%.

$$\text{Kommunernes projektomk.} = 94\% * 3.040.000 = 2.855.758 \text{ kr}$$

$$\text{Regionernes projektomk.} = 6\% * 3.040.000 = 184.242 \text{ kr.}$$

Regionerne aftaler selv internt, hvordan projektkostningerne skal fordeles imellem sig. I eksemplet er det antaget at omkostningerne fordeles ligeligt, så hver Region har projektkostninger på 92.121 kr.

Kommunerne fordeles projektkostningerne imellem sig baseret på antal indbyggere.

$$\text{Kommune 1's andel} = \frac{40.000 \text{ indbyggere}}{2.100.000 \text{ indbyggere}} = 1,9\% * 2.855.758 = 54.395 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's andel} = \frac{50.000 \text{ indbyggere}}{2.100.000 \text{ indbyggere}} = 2,38\% * 2.855.758 = 67.994 \text{ kr.}$$

Driftsomkostninger og licensomkostninger:

De årlige driftsomkostninger kommer fra indkøb på kontrakterne for lager, logistik og support. Her estimeres de forventede årlige driftsomkostninger og fordeles ud til kommunerne baseret på antal borgere med bevilling. Der er forskel på produktområder med central eller decentral bestilling. I de tilfælde, hvor der findes aktive bevillinger, benyttes disse som fordelingsnøgle. I andre tilfælde kan antal indbyggere eller et bedre alternativ bruges, så frem det findes. I nogle tilfælde, kan det også være relevant at ændre fordelingsnøglen for at sikre, at der ikke sker en skævvridning ift. kommunestørrelse og befolkningssammensætning.

Udgifter til licenser stammer fra kontrakten på websystemet og er ligeledes omregnet til en udgift baseret på antal borgere med bevilling.

De årlige driftsomkostninger er beregnet til 1.500 kr. pr. borger med bevilling:

$$\text{Kommune 1's årlige driftsomk.} = 1.500 \text{ kr.} * 150 \text{ borgere med bevilling} = 225.000 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's årlige driftsomk.} = 1.500 \text{ kr.} * 200 \text{ borgere med bevilling} = 300.000 \text{ kr.}$$

Hvis regionerne har meromkostninger til lager og logistik mv., så medtages disse også i beregningen. For Regionerne antages i dette eksempel, at deres omkostninger er på 250.000 kr. årligt, men disse vil konkret skulle beregnes ved udbuddet.

De årlige licensomkostninger er beregnet til 175 kr. pr. borger med bevilling:

$$\text{Kommune 1's årlige licensomk.} = 175 \text{ kr.} * 150 \text{ borgere med bevilling} = 26.500 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's årlige licensomk.} = 175 \text{ kr.} * 200 \text{ borgere med bevilling} = 35.000 \text{ kr.}$$

For Regionerne antages at deres omkostninger er på 20.000 kr. årligt, men disse vil konkret skulle beregnes ved udbuddet.

På næste side vises en samlet oversigt over kommunernes og regionernes forventede projektomkostninger, årlige driftsomkostninger og licensomkostninger.

Projektomkostningerne ligger fast, men de årlige driftsomkostninger og licensomkostninger kan variere afhængigt af den enkelte kommune eller regions aktuelle forbrug. Der er altså tale om et **ESTIMAT**.

Beregning af produktgevinster:

Produktgevinsterne stammer fra produktudbuddet og kan først beregnes efter endt udbud.

Produktgevinsterne beregnes ved at tage kommunernes og regionernes indmeldte historiske forbrug og sammenligne med det forventede årsforbrug efter endt produktudbud.

$$\text{Kommune 1's årlige produktbesparelse} = \text{Historisk forbrug} - \text{fremtidig forbrug} = \text{Besparelse}$$

$$\text{Kommune 1's årlige produktbesparelse} = 3.500.000 - 1.500.000 = 2.000.000 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's årlige produktbesparelse} = 2.400.000 - 3.100.000 = -700.000 \text{ kr}$$

Det ses at Kommune 1 har en besparelse på 2 mio. kr., mens kommune 2 kommer til at betale 700.000 kr. mere for deres produkter efter produktudbud.

Nedenfor vises et samlet overblik over kommunerne og regionernes forventede økonomiske besparelse ved produktudbuddet.

Kommuner og regionernes forventede omkostninger og produktbesparelser:

Kommune	Forventet årlig besparelse produktudbud	Projektkomkostninger	Driftsomkostninger	Licens	Samlet årlige omk. (Licens + Drift+kontingent)
Kommune 1	2.000.000	54.395	225.000	26.250	251.250
Kommune 2	- 700.000	67.994	300.000	35.000	335.000
Kommune 3	2.000.000	70.714	270.000	31.500	301.500
Kommune 4	1.200.000	67.994	300.000	35.000	335.000
Kommune 5	800.000	74.794	300.000	35.000	335.000
Kommune 6	1.000.000	62.555	225.000	26.250	251.250
Kommune 7	2.500.000	81.593	300.000	35.000	335.000
Kommune 8	2.100.000	122.390	450.000	52.500	502.500
Kommune 9	1.000.000	57.115	285.000	33.250	318.250
Kommune 10	- 500.000	27.198	150.000	17.500	167.500
Kommune 11	2.100.000	135.988	450.000	52.500	502.500
Kommune 12	200.000	13.599	45.000	5.250	50.250
Kommune 13	500.000	27.198	120.000	14.000	134.000
Kommune 14	1.000.000	54.395	375.000	43.750	418.750
Kommune 15	600.000	40.797	180.000	21.000	201.000
Kommune 16	900.000	40.797	270.000	31.500	301.500
Kommune 17	300.000	33.997	120.000	14.000	134.000
Kommune 18	5.000.000	339.971	900.000	105.000	1.005.000
Kommune 19	- 4.000.000	135.988	675.000	78.750	753.750
Kommune 20	700.000	81.593	375.000	43.750	418.750
Kommune 21	2.500.000	135.988	450.000	52.500	502.500
Kommune 22	600.000	88.392	300.000	35.000	335.000
Kommune 23	1.000.000	67.994	375.000	43.750	418.750
Kommune 24	1.300.000	20.398	135.000	15.750	150.750
Kommune 25	1.800.000	81.593	300.000	35.000	335.000
Kommune 26	100.000	81.593	300.000	35.000	335.000
Kommune 27	- 1.500.000	101.991	450.000	52.500	502.500
Kommune 28	300.000	54.395	195.000	22.750	217.750
Kommune 29	1.500.000	135.988	600.000	70.000	670.000
Kommune 30	150.000	6.799	30.000	3.500	33.500
Kommune 31	6.000.000	489.558	1.350.000	157.500	1.507.500
Region M	- 6.500.000	92.121	250.000	20.000	270.000
Region S	- 6.500.000	92.121	250.000	20.000	270.000

I overblikket kan man i kolonne 2 se, at der er 4 kommuner og 2 regioner som har et økonomisk tab ved produktudbuddet. Samtidig kan man se de samlede projektkomkostninger i kolonne 3 og de samlede årlige driftsomkostninger og licensomkostninger i kolonne 6.

Beregning af projektgevinsterne:

Projektgevinsterne for kommunerne og regionerne beregnes som de forventede årlige besparelser fra produktudbuddet fratrasket de årlige omkostninger og projektkomkostningerne. Gevinsten beregnes årligt fra den respektive kommune eller regions idriftsættelsesdato og frem til udgangen af produktudbuddet. Projektkomkostningerne indregnes i projektgevinsterne i det første år, hvor en kommune eller region er med.

Det antages at kommunerne kan tiltræde aftale d. 01-09-2025 og at produktudbuddet har en levetid indtil 01-09-2029, altså fire hele år.

Kommune 1's projektgevinst i år 1 = Produktbesparelse – årlige omkostninger – projektkomkostninger

Kommune 1's projektgevinst i år 2 = Produktbesparelse – årlige omkostninger

Kommune 1 er med fra 01-09-2025 og dermed i alle fire år:

$$\text{Kommune 1's projektgevinst i år 1} = 2.000.000 - 283.250 - 54.395 = 1.667.058 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 1's projektgevinst i år 2} = 2.000.000 - 283.250 = 1.716.750 \text{ kr.}$$

Kommune 2 tiltræder aftalen d. 01-04-2026 og dermed er de med 153 ud af de mulige 365 dage i det første år, hvorefter, at de er fuldt med på aftalen.

$$\text{Kommune 2's projektgevinst i år 1} = -700.000 * \left(\frac{153}{365}\right) - 335.000 * \left(\frac{153}{365}\right) - 67.994 = -501.844 \text{ kr.}$$

$$\text{Kommune 2's projektgevinst i år 2} = -700.000 - 335.000 = -1.035.000 \text{ kr.}$$

Projektgevinsterne summeres efterfølgende sammen for henholdsvis Region M og Region S, for at undersøge om der er en samlet positiv økonomisk business case i projektet for henholdsvis Region M og Region S og de tilhørende kommuner.

Projektgevinster for Region M:

Kommune	Gevinst år 1 (01.09-2025 - 30.08.2026)	Gevinst år 2 (01.09-2026 - 30.08.2027)	Gevinst år 3 (01.09-2027 - 30.08.2028)	Gevinst år 4 (01.09-2028 - 30.08.2029)	Samlet gevinst i produktudbuddets levetid
Kommune 2	- 501.844	- 1.035.000	- 1.035.000	- 1.035.000	- 3.606.844
Kommune 6	624.654	748.750	748.750	748.750	2.870.904
Kommune 7	2.083.407	2.165.000	2.165.000	2.165.000	8.578.407
Kommune 8	1.343.809	1.597.500	1.597.500	1.597.500	6.136.309
Kommune 9	396.762	681.750	681.750	681.750	2.442.012
Kommune 13	126.221	366.000	366.000	366.000	1.224.221
Kommune 14	189.252	581.250	581.250	581.250	1.933.002
Kommune 17	118.359	166.000	166.000	166.000	616.359
Kommune 19	- 3.300.814	- 4.753.750	- 4.753.750	- 4.753.750	- 17.562.064
Kommune 20	36.301	281.250	281.250	281.250	880.051
Kommune 21	701.320	1.997.500	1.997.500	1.997.500	6.693.820
Kommune 22	22.690	265.000	265.000	265.000	817.690
Kommune 23	175.653	581.250	581.250	581.250	1.919.403
Kommune 24	1.034.393	1.149.250	1.149.250	1.149.250	4.482.143
Kommune 26	- 180.100	- 235.000	- 235.000	- 235.000	- 885.100
Kommune 29	211.929	830.000	830.000	830.000	2.701.929
Kommune 31	4.002.942	4.492.500	4.492.500	4.492.500	17.480.442
Region M	- 6.862.121	- 6.770.000	- 6.770.000	- 6.770.000	- 27.172.121
Samlet gevinst	11.067.692	15.903.000	15.903.000	15.903.000	58.776.692
Samlet udligningsbeløb	- 10.844.878	- 12.793.750	- 12.793.750	- 12.793.750	- 49.226.128
Projektgevinst	222.813	3.109.250	3.109.250	3.109.250	9.550.563

Det ses i den nederste række; Projektgevinst, at der er en samlet positiv økonomisk projektgevinst i alle årene og en samlet projektgevinst på 9.550.563 kr. i produktudbuddets levetid.

Er der en positiv samlet projektgevinst i produktudbuddets levetid, så er det muligt at stille alle deltagende parter således, at de enten går i nul eller har en økonomisk gevinst ved projektet.

Projektgevinster for Region S:

Kommune	Gevinst år 1 (01.09-2025 - 30.08.2026)	Gevinst år 2 (01.09-2026 - 30.08.2027)	Gevinst år 3 (01.09-2027 - 30.08.2028)	Gevinst år 4 (01.09-2028 - 30.08.2029)	Samlet gevinst i produktudbud dets levetid
Kommune 1	1.694.355	1.748.750	1.748.750	1.748.750	6.940.605
Kommune 3	1.060.068	1.698.500	1.698.500	1.698.500	6.155.568
Kommune 4	581.348	865.000	865.000	865.000	3.176.348
Kommune 5	177.453	465.000	465.000	465.000	1.572.453
Kommune 10	- 528.280	- 667.500	- 667.500	- 667.500	- 2.530.780
Kommune 11	1.330.210	1.597.500	1.597.500	1.597.500	6.122.710
Kommune 12	98.816	149.750	149.750	149.750	548.066
Kommune 15	258.727	399.000	399.000	399.000	1.455.727
Kommune 16	408.488	598.500	598.500	598.500	2.203.988
Kommune 18	3.655.029	3.995.000	3.995.000	3.995.000	15.640.029
Kommune 25	532.503	1.465.000	1.465.000	1.465.000	4.927.503
Kommune 27	- 1.939.902	- 2.002.500	- 2.002.500	- 2.002.500	- 7.947.402
Kommune 28	-	-	11.000	82.250	93.250
Kommune 30	109.701	116.500	116.500	116.500	459.201
Region S	- 6.862.121	- 6.770.000	- 6.770.000	- 6.770.000	- 27.172.121
Samlet gevinst	9.906.698	13.098.500	13.109.500	13.180.750	49.295.448
Samlet udligningsbeløb	- 9.330.303	- 9.440.000	- 9.440.000	- 9.440.000	- 37.650.303
Projektgevinst	576.394	3.658.500	3.669.500	3.740.750	11.645.144

Det ses, at der er en samlet positiv økonomisk projektgevinst i alle årene og en samlet projektgevinst på 11.645.144 kr. i produktudbuddets levetid.

Beregning af udligningsbeløb:

Det er nødvendigt at udligne det økonomiske tab, som nogle af de deltagende parter her, for at stille alle deltagende parter således, at de enten går i nul eller har en økonomisk gevinst ved projektet.

Udligningsbeløbet beregnes én gang inden driftsstart. Udligningsbeløbene er beregnet for hvert år af produktudbuddets levetid. Udligningsbeløbene kan variere en lille smule afhængig af, hvornår de deltagende parter har idriftsættelsesdato.

Kommuner med en positiv økonomisk projektgevinst skal afgive noget af deres gevinst til en udligningspulje, som så skal dække det økonomiske tab, som andre deltagende parter har.

Udligningen foregår indenfor hver Region, så kommuner i Region M og Region M udligner internt, mens kommuner i Region S og Region S udligner internt.

I hvert år beregnes den respektive andel som en kommune eller region skal udligne som indenfor egen Region:

Kommune 1 er en Region S kommune, hvor det samlede udligningsbeløb er på 9.330.303 kr. i år 1:

$$\text{Kommune 1's andel af udligning år 1} = \frac{\text{Kommune 1's økonomiske gevinst i år 1}}{\text{Den samlede gevinst i år 1}} = \frac{1.694.355}{9.906.698} = 17\%$$

Dermed skal Kommunes 1 betale 17% af det samlede udligningsbeløb i Region S svarende til:

$$\text{Kommune 1's udligningsbeløb år 1} = 17\% * -9.330.303 = -1.595.773 \text{ kr.}$$

Udligningsbeløb for Region M:

Kommune	Andel af gevinst i egen region år 1	Andel af gevinst i egen region år 2	Andel af gevinst i egen region år 3	Andel af gevinst i egen region år 4	Udligning år 1 (01.09-2025 - 30.08.2026)	Udligning år 2 (01.09-2026 - 30.08.2027)	Udligning år 3 (01.09-2027 - 30.08.2028)	Udligning år 4 (01.09-2028 - 30.08.2029)	Samlet udligning i produktbudgets levetid	Samlet projektgevinst i produktbudgets levetid
Kommune 2	0%	0%	0%	0%	501.844	1.035.000	1.035.000	1.035.000	3.606.844	-
Kommune 6	6%	5%	5%	5%	- 612.079	- 602.359	- 602.359	- 602.359	- 2.419.157	451.747
Kommune 7	19%	14%	14%	14%	- 2.041.464	- 1.741.713	- 1.741.713	- 1.741.713	- 7.266.604	1.311.803
Kommune 8	12%	10%	10%	10%	- 1.316.756	- 1.285.167	- 1.285.167	- 1.285.167	- 5.172.258	964.051
Kommune 9	4%	4%	4%	4%	- 388.775	- 548.459	- 548.459	- 548.459	- 2.034.151	407.861
Kommune 13	1%	2%	2%	2%	- 123.680	- 294.442	- 294.442	- 294.442	- 1.007.007	217.215
Kommune 14	2%	4%	4%	4%	- 185.442	- 467.608	- 467.608	- 467.608	- 1.588.265	344.737
Kommune 17	1%	1%	1%	1%	- 115.976	- 133.545	- 133.545	- 133.545	- 516.611	99.748
Kommune 19	0%	0%	0%	0%	3.300.814	4.753.750	4.753.750	4.753.750	17.562.064	-
Kommune 20	0%	2%	2%	2%	- 35.570	- 226.262	- 226.262	- 226.262	- 714.356	165.695
Kommune 21	6%	13%	13%	13%	- 687.201	- 1.606.962	- 1.606.962	- 1.606.962	- 5.508.087	1.185.733
Kommune 22	0%	2%	2%	2%	- 22.233	- 213.189	- 213.189	- 213.189	- 661.800	155.890
Kommune 23	2%	4%	4%	4%	- 172.117	- 467.608	- 467.608	- 467.608	- 1.574.940	344.463
Kommune 24	9%	7%	7%	7%	- 1.013.569	- 924.556	- 924.556	- 924.556	- 3.787.237	694.906
Kommune 26	0%	0%	0%	0%	180.100	235.000	235.000	235.000	885.100	-
Kommune 29	2%	5%	5%	5%	- 207.663	- 667.724	- 667.724	- 667.724	- 2.210.834	491.095
Kommune 31	36%	28%	28%	28%	- 3.922.355	- 3.614.156	- 3.614.156	- 3.614.156	- 14.764.823	2.715.619
Region M	0%	0%	0%	0%	6.862.121	6.770.000	6.770.000	6.770.000	27.172.121	-

Ovenstående viser andelen af gevinst i egen region og udligningsbeløbet pr. år for kommunerne i Region M og Region M. Udligningsbeløbene er negative, mens et positivt beløb betyder at kommunen eller regionen skal modtage penge.

Hvis en kommune har en negativ gevinst, så er deres andel af gevinsten lig 0%. De skal derfor modtage et udligningsbeløb svarende til størrelsen på deres økonomiske tab.

I den sidste kolonne yderst til højre er projektgevinsten i produktbudgets levetid beregnet for hver kommune og Region.

Udligningsbeløb for Region S:

Kommune	Andel af gevinst i egen region år 1	Andel af gevinst i egen region år 2	Andel af gevinst i egen region år 3	Andel af gevinst i egen region år 4	Udligning år 1 (01.09-2025 - 30.08.2026)	Udligning år 2 (01.09-2026 - 30.08.2027)	Udligning år 3 (01.09-2027 - 30.08.2028)	Udligning år 4 (01.09-2028 - 30.08.2029)	Samlet udligning i produktbudgets levetid	Samlet projektgevinst i produktbudgets levetid
Kommune 1	17%	13%	13%	13%	- 1.595.773	- 1.260.312	- 1.259.255	- 1.252.448	- 5.367.788	1.572.817
Kommune 3	11%	13%	13%	13%	- 998.391	- 1.224.097	- 1.223.070	- 1.216.459	- 4.662.018	1.493.551
Kommune 4	6%	7%	7%	7%	- 547.524	- 623.400	- 622.877	- 619.510	- 2.413.310	763.038
Kommune 5	2%	4%	4%	4%	- 167.128	- 335.122	- 334.841	- 333.031	- 1.170.123	402.330
Kommune 10	0%	0%	0%	0%	528.280	667.500	667.500	667.500	2.530.780	-
Kommune 11	13%	12%	12%	12%	- 1.252.815	- 1.151.307	- 1.150.341	- 1.144.123	- 4.698.587	1.424.123
Kommune 12	1%	1%	1%	1%	- 93.067	- 107.924	- 107.833	- 107.250	- 416.074	131.992
Kommune 15	3%	3%	3%	3%	- 243.673	- 287.557	- 287.315	- 285.762	- 1.104.308	351.419
Kommune 16	4%	5%	5%	5%	- 384.722	- 431.335	- 430.973	- 428.643	- 1.675.673	528.316
Kommune 18	37%	30%	30%	30%	- 3.442.371	- 2.879.169	- 2.876.753	- 2.861.203	- 12.059.497	3.580.532
Kommune 25	5%	11%	11%	11%	- 501.521	- 1.055.816	- 1.054.930	- 1.049.227	- 3.661.493	1.266.010
Kommune 27	0%	0%	0%	0%	1.939.902	2.002.500	2.002.500	2.002.500	7.947.402	-
Kommune 28	0%	0%	0%	1%	-	-	7.921	- 58.907	- 66.828	26.422
Kommune 30	1%	1%	1%	1%	- 103.318	- 83.961	- 83.890	- 83.437	- 354.606	104.595
Region S	0%	0%	0%	0%	6.862.121	6.770.000	6.770.000	6.770.000	27.172.121	-

Den økonomiske tankegang bag de tværsektorielle udbudsprojekter

Dette notat har til hensigt at forklare den bagvedliggende økonomiske tankegang bag de tværsektorielle udbudsprojekter.

Den historiske situation uden tværsektorielle udbud:

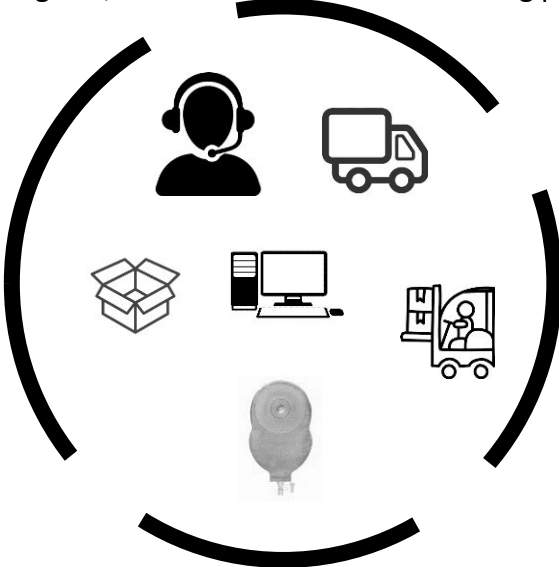
For at forstå hvad der skaber den økonomiske motivation for at indgå i tværsektorielle udbud, er det relevant at forstå den historiske situation.

Tidligere havde Region Midtjylland, Region Syddanmark og kommunerne forskellige priser. Nogle kommuner havde de samme priser grundet diverse indkøbsfællesskaber, men der var ingen Regioner eller kommuner som delte priser. Derudover var der også forskel på hvilke produkter som regionerne og kommunerne havde på deres tilbudslistes.

Hensigten med at lave tværsektorielle udbud er at ensarte produktudbuddet, så regionerne og kommunerne fremadrettet har samme produkter på deres tilbudslistes til samme pris. Dermed får borgerne et bedre forløb, når det er de samme produkter de bliver præsenteret for på hospitalerne som de får bevilliget når de overgår til kommunerne.

Det kommunale perspektiv:

Kommunerne har historisk handlet med en grossist, som er blevet udvalgt efter offentligt udbud, hvor man har vægtet pris og kvalitet. Grossisten leverende en samlet løsning indeholdende lager, logistik, call-center, IT-understøttelse og produkt.

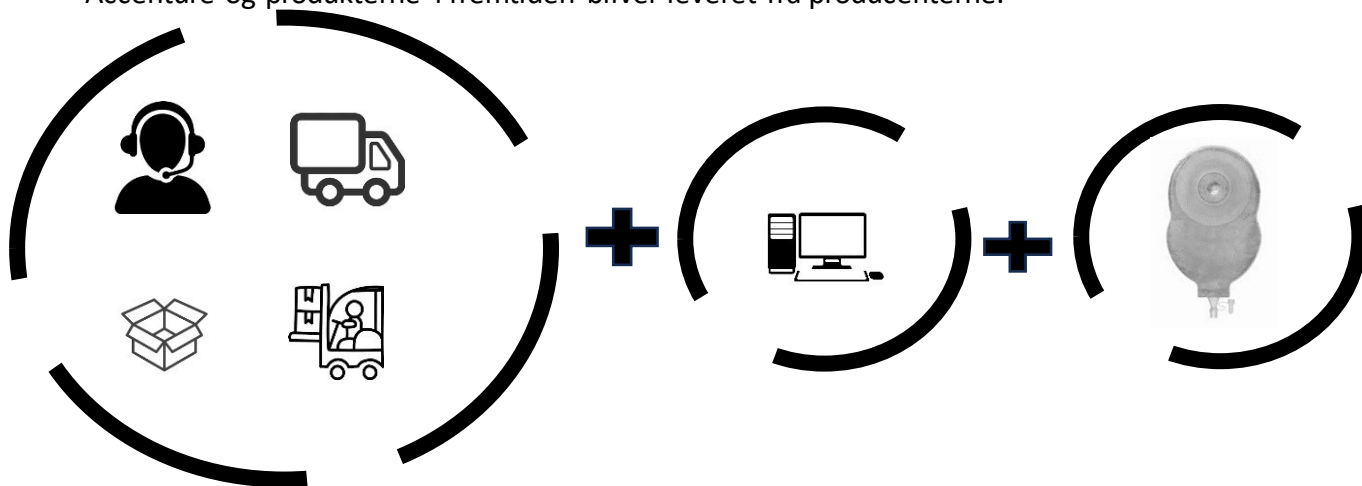


Den fremtidige situation med et tværsektorielle udbud:

En af tankegangene bag de tværsektorielle udbud er at springe grossistledet over og målrette udbuddet direkte mod producenterne, hvilket formentlig vil give en skarpere pris.

Det betyder, at udover et produktudbud, så er der behov for en IT-løsning til håndtering af bevilling og bestillinger samt en lager, logistik og support løsning.

Fælles Service Center (FSC) står for lager, logistik og support, mens IT-understøttelsen klares af Accenture og produkterne i fremtiden bliver leveret fra producenterne.

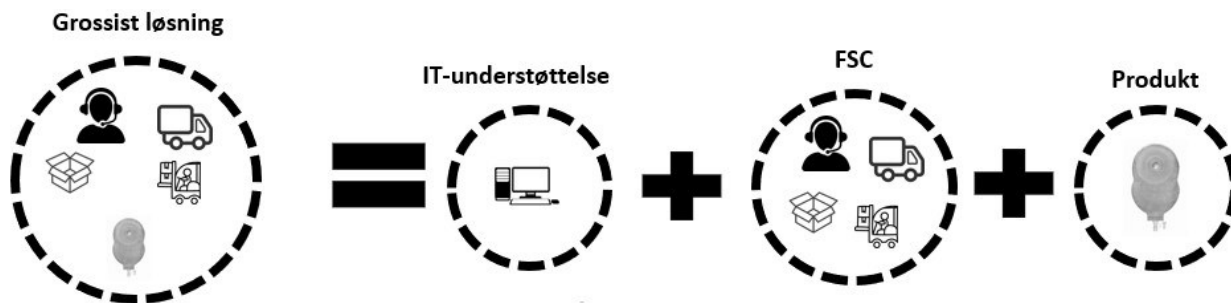


Hvordan beregnes den økonomiske business case:

Med ovenstående in mente, beskriver dette afsnit den økonomiske business case set ud fra kommunernes perspektiv.

Kommunerne havde tidligere én pris fra grossisten, som dækkede produkt, lager, logistik, support og IT-understøttelse. Fremadrettet vil kommunerne stå overfor tre priser; en produktpris som betales til producenterne, en pris for lager, logistik og support som betales til FSC og en pris for IT-understøttelse (den opkræves også via FSC).

Det betyder konkret, at hvis projektet skal have en positiv økonomisk business case, så skal værdien af den nye løsning være billigere end værdien af det gamle set-up:

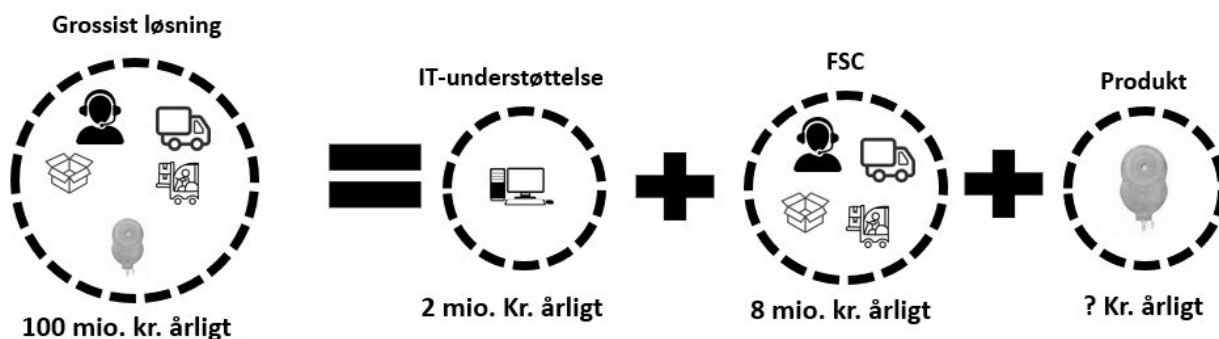


Kommunerne indleverer deres seneste årlige historiske forbrug, hvilket betyder at vi kender omkostningerne til grossistløsningen. De forventelige omkostninger til IT-understøttelse og FSC er estimeret på baggrund af de indkomne tilbud. Det betyder at den eneste ubekendte omkostning er hvad de fremtidige produktpriser bliver efter endt udbud.

Break-even beregning i procent:

Den første indikation på, om det tværoffentlige udbud forventes at give en positiv økonomisk business case kan fås ved at sammenligne de tidligere omkostninger med omkostningerne fra den nye situation.

Det antages i nedenstående eksempel at, at kommunerne tidligere have en udgift på 100 mio. kr. samlet. IT-understøttelsen koster i dag 2 mio. kr. årligt og udgifterne til FSC udgør 8 mio. kr. i vores tænkte eksempel.



Det betyder, at hvis produktpriserne i fremtiden maksimalt kommer til at koste kommunerne 90 mio. kr., så går projektet i nul, hvis produktpriserne bliver mere gunstige og kommunernes omkostning er lavere end de 90 mio. kr., så er der en positiv økonomisk business case.

Break-even procentsatsen er altså den rabatsats, som er nødvendigt i produktudbuddet for at projektet overordnet set giver en positiv økonomisk business case. I nedenstående tilfælde skal produktrabatten ift. grossistløsningen være på 10%.

Med andre ord, så benytter vi de tidligere omkostninger til grossistløsningen, samt de nuværende kendte omkostninger til IT-understøttelse og FSC til at beregne den påkrævende rabatsats på produkterne, som er nødvendig for at projektet går i nul i første udbud.

Allerede her er det muligt at få en indikation på, hvor godt den økonomiske business case for projektet må forventes at være. Jo højere break-even procentsats, jo sværere er det for projektet at hente en positiv økonomisk business case.

Beregning af den endelige økonomiske gevinst ved projektet:

Først efter endt produktudbud er det muligt at beregne en økonomisk gevinst i kroner og øre. Det gøres ved at sammenligne de tidligere priser fra grossistløsningen med de nye produktpriser efter endt udbud plus omkostningerne til IT-understøttelse og FSC. Dette skal gøres for alle deltagende parter, hvorefter gevinsten kan summeres.

Den overordnede økonomiske gevinst beregnes som:

$$\text{Projektgevinst} = \text{Tidligere forbrugsmk.} - (\text{Nye forbrugsmk.} + \text{omk. IT} + \text{omk. FSC})$$

$$\text{Tidligere forbrugsmk.} = \text{forventet forbrug} * \text{tidligere grossistpriser}$$

$$\text{Nye forbrugsmk.} = \text{forventet forbrug} * \text{nye producentpriser}$$

Hvis ovenstående ligning er positiv så er der en samlet økonomisk gevinst ved projektet.

Udligningsmodel:

Selvom der er en samlet overordnet positiv økonomisk gevinstberegning, så er det ikke ensbetydende med at alle deltagende parter oplever en økonomisk gevinst. Det skyldes, som tidligere nævnt, at ikke alle kommuner eller regioner har samme historiske priser.

Det kan derfor være nødvendigt at arbejde med en udligningsmodel, for at sikre, at alle deltagende parter enten går i nul eller har en positiv økonomisk gevinst ved projektet efter første fællesudbud.

Selve udligningsmodellen er beskrevet i et andet bilag og ligeledes eksemplificeret.

Fremtidige udbud:

Ovenstående er den økonomiske tankegang ved første produktudbud. Ved fremtidige genudbud vil kommunerne og regionerne have det samme udgangspunkt ift. IT-understøttelse, FSC omkostninger og producentpriser.

Mulige indsatser til forbedring af patientforløb på urologiområdet

I forbindelse med foranalysen blev der udarbejdet en spørgeskemaundersøgelse, der havde til formål at undersøge udfordringer og mulighederne i samarbejdet mellem regioner og kommuner i patientforløb ved borgere der enten var inkontinente eller andre urologiske udfordringer. Undersøgelsen handler mere konkret om informationsdeling mellem region og kommune. Respondenterne var udelukkende kontinentssygeplejerske.

Der er identificeret følgende mulige indsatser, som ud over et fælles tværsektorielt sortiment, har potentiale til at forbedre patientforløbene:

1. Standard skabelon til kommunikations- og IT programmet MedCom.

En stor del af respondenterne i undersøgelsen giver udtryk for, at informationer om borgerens behandlingsforløb er sparsom, når de modtager borgeren efter udskrivelse fra hospitalet. De kommunale sygeplejersker modtager ofte borgere, hvor der i udskrivningsrapporten ikke står, hvilke produkter borgeren har afprøvet, hvad resultatet var af deres blærescanning eller grunden til, at de er blevet inkontinent. Den manglende information er ikke intenderet, men kan være udtryk for manglende viden om kommunernes arbejde med borgeren. Derfor kan en standardskabelon for udveksling af informationer mellem region og kommune være en stor hjælp. MedCom er det IT-system, kommuner og regioner kommuniker personfølsomme data igennem. En fælles standardskabelon i MedCom vil derfor øge kvaliteten af information om borgeren.

Skabelonen skal indeholde kriterier for videregivelse af information mellem region, kommune og praktiserende læge. Skabelonen skal udarbejdes i et samarbejde mellem regionale og kommunale inkontinentsygeplejersker.

Dette tiltag vil forbedre servicen og kvaliteten af behandlingen, da sygeplejerskerne ikke længere vil være i tvivl om, hvilket forløb borgeren allerede har været igennem, og hvad planen for borgeren er fremadrettet. Denne indsats vil understøtte delmålet om et effektivt samarbejde til gavn for borgerne, hvor harmonisering af arbejdsgange og serviceniveau er omdrejningspunktet.

2. Udvikling af Region Midtjyllands E-lærings program Rekontinens.

Region Midtjylland har tidligere udviklet et E-læringsprogram vedr. inkontinens. Læringsprogrammet er udviklet af kontinentssygeplejerske fra kommuner og regioner. Læringsmaterialet er en etableret platform, der giver personalet en god grundforståelse for urologiske udfordringer og inkontinent. Samtidig underviser materialet også i, hvordan man som sundhedspersonale håndterer borgerne i forskellige situationer. Materialet er ikke i tilstrækkelig grad blevet opdateret, og har derfor et betydeligt udviklingspotentiale.

Flere respondenter gør i spørgeskemaundersøgelsen opmærksom på, at deres ufaglærte kollegaer har manglende kendskab til regler og lovgivning på området. E-læringsprogrammet berører §112 i servicen loven, men forklarer ikke dybdegående selve ansøgningsprocessen til hjælpemidler samt fordele og ulemper ved fritvalgsordningen. Derfor vil det være hensigtsmæssigt at opdatere e-læringsprogrammet, således at der bl.a. gøres opmærksom på lovgivningen inden for området. Projektgruppen har foreslået, at der nedsættes en arbejdsgruppe til at udvikle materialet. Arbejdsgruppen skal bestå af regionale og kommunale sygeplejersker.

3. **Ens bevillingssystem i kommuner og regioner**

Hvis regionerne og kommunerne havde det samme E-bevillingssystem, vil dette reducere det administrative arbejde for sygeplejerskerne. I dag bruger sygeplejerskerne i regionen og kommunen begge tid på, at indgive informationer til et skema, som bruges til ansøgning om hjælpemidler.

Et ensartet E-bevillingssystem vil gøre det unødvendigt med en skabelon til MedCom. Denne løsning vil dog være en mere ressourcekrævende indsats, som vil møde juridiske udfordringer ift. deling af data. Samlet set vil det derfor være urealistisk at gennemføre og implementere.

4. **Tydeliggøre organiseringen på området**

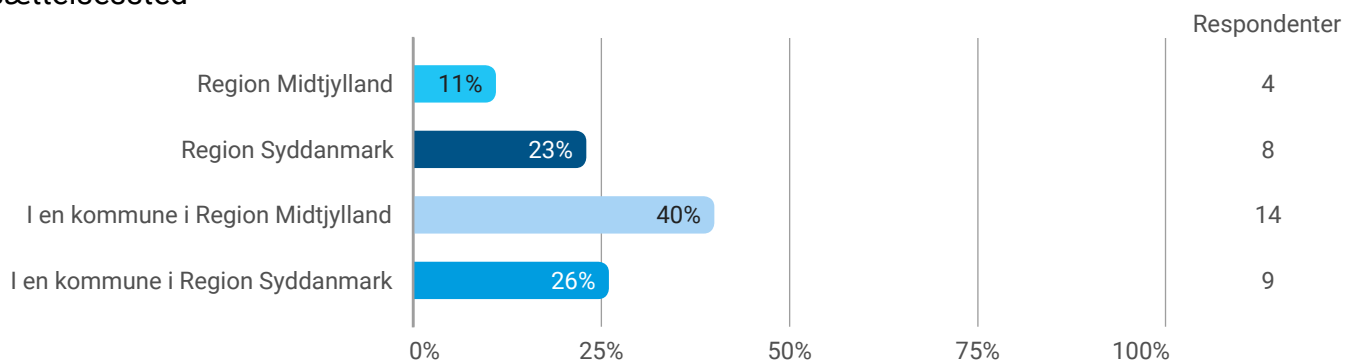
- Der er ikke nogle entydige krav til kommunerne ift. hvordan de skal organisere indsatsen på urologi. Det er forskelligt fra til kommune til kommune, hvordan de budgetterer på området, og hvor højt det er prioriteret. Derfor er organiseringen på området meget forskelligt fra kommune til kommune. Dette gør organiseringen meget uigennemsigtigt for regionerne og det resultere i, at regionerne har svært ved at henvise borgeren efter endt forløb på hospitalet.
- Udover selve organiseringen af området, er det også uigennemsigtigt hvordan sygedepoterne på bliver brugt, da dette også er forskelligt fra kommune til kommune. I Aarhus Kommune er det kun de borgere, der ikke er i stand til at kateresere sig selv, der får fra depotet. Selvhjulpne borgere får kun kateter gennem bevillingssystemet.
- Kommunernes forskellige organisering gør det kompliceret for borgerne at flytte fra en kommune til en anden, fordi bevillingen ikke følger automatisk med. Dette kunne løses ved at kommunerne fik de samme produkter. Et løsningsforslag eller et indsats på området kunne være, at kommunerne udarbejder en handleplan på området, så organiseringen af indsatsen i fremtiden bliver strømlinet. Produktudbuddet hjælper til, at kommunerne i fremtiden vil få de samme produkter inden for begge regioner både på hospitalet og i kommunen. Det er dog fortsat nødvendigt at organiseringen i kommunerne har nogenlunde samme målsætninger.

Projektgruppe
Urologiprojektet 2023

Navn	Organisation	Funktion
Kristina Lund Søgaard	Region Midtjylland	Områdeleder, projektleder
Louise Lucassen	Region Midtjylland	Chefkonsulent udbudsansvarlig
Charlotte Boldsen	Region Midtjylland	Category Controller
Maria Sophia Træholt	Region Midtjylland	AC-fuldmægtig
Diana Thielsen Kølvråa	Aarhus Kommune	Kontinenssygeplejerske
Susanne Backer	Region Midtjylland	Bæredygtighedskonsulent
Mette Brorsen-Jeppesen	Aarhus Kommune	Bæredygtighedskonsulent
Helle Dahl Skøtt	Randers Kommune	Kontinenssygeplejerske
Camilla Kjellerup Nordquist	Aarhus Kommune	Udbudskonsulent, kommunaltovholder
Lone Snor Jensen	Region Syddanmark	Contract manager
Thilde Bach Hansen	Region Syddanmark	Category manager
Vibeke Bligaard	Aarhus Kommune	Contract Manager
Janni Holm Dam	Region Syddanmark	Category manager
Anne Husum	Viborg Kommune	Udbudskonsulent

Baggrundsoplysninger om respondenter

Ansættelsessted



Hvor i Region Midtjylland er du ansat?

	Procent	Respondenter
Aarhus Universitetshospital	75,0%	3
Præhospitalet	25,0%	1
I alt	100,0%	4

Hvor i Region Syddanmark er du ansat?

	Procent	Respondenter
Sydvest Sygehus - Urinvejskirurgisk Afdeling på Esbjerg Grindsted sygehus	100,0%	8
I alt	100,0%	8

Hvilken kommune i Region Midtjylland er du ansat i?

	Procent	Respondenter
Favrskov Kommune	28,6%	4
Horsens Kommune	7,1%	1
Norddjurs Kommune	7,1%	1
Odder Kommune	14,3%	2
Randers Kommune	14,3%	2
Ringkøbing-Skjern Kommune	7,1%	1
Struer Kommune	7,1%	1
Syddjurs Kommune	7,1%	1
Viborg Kommune	7,1%	1
I alt	100,0%	14

Hvilken kommune i Region Syddanmark er du ansat i?

	Procent	Respondenter
Haderslev Kommune	11,1%	1
Kolding Kommune	11,1%	1
Sønderborg Kommune	33,3%	3
Vejle Kommune	11,1%	1
Middelfart Kommune	11,1%	1
Odense Kommune	11,1%	1
Svendborg Kommune	11,1%	1
I alt	100,0%	9

Overgangen mellem region og kommune

Besvarelse fra regionale sygeplejersker

Arbejdsgangen på sygehuset

- Vi modtager ansøgning fra urologisk amb. Randers, Århus, Horsens

Nogle gange står der i ansøgningen hvilket produkt der er afprøvet og hvad der fungerer for borgeren.

Hvis ikke der er markeret at borger skal bevilligeset bestemt mærke kontakter vi borgeren og hører om hans forløb og afklarer hvilke produkter han vil afprøve

Såsnart dette er afklaret bevilliges produktet

- Vi undersøger pt. for det, de nu kommer med. Udreder, behandler og sender dem hjem som afsluttede eller til videre undersøgelse/behandling.
- via egen læge
- Henvielse fra egen læge eller anden sygehus-afd. Denne visiteres og pt får 1. besøg som oftest er afdækkende. Pt afventer herefter udredende undersøgelser og svar på disse samt stillingtagen til videre behandlingstilbud hvorefter pt kommer igang med relevant behandling. Forløbene strækker sig ofte over mange mdr grundet ventetid på samtaler og undersøgelser
- pt. bliver henvist hertil og herefter visiteret til behandling.
- Der modtages en henvielse fra egen læge. Visiterende læge sætter visitations stempel på.
Booking sender tid ud til pt, som vedkommende er visiteret til.
Ved første besøg laves videre plan
- Pt. visiteres hertil fra anden offentlig myndighed, pt. får tid i ambulatoriet og alt efter hvilken problematik pt. har kan pt. enten afsluttes eller der planlægges nye tider i ambulatoriet mhp. at få svar og behandling for problematikken.
- T

Besvarelse fra kommunale sygeplejersker

Arbejdsgangen i kommunen

- På plejecenterne modtager vi ofte Medcom meddelelse fra sygehus, læge ect. omkring forløbsplan. Ud fra denne kommer spl. indover den første hverdag efter modtagelse. I weekend er det ofte ssa. Hvis de har svært ved at handle på planen, tilkaldes spl. fra udekørende team.
Nogen gange ifm indlæggelse kontakter PC spl. afdelingen pr. telefon, inden udskrivelse for at sikre en god udskrivelse
- Hvis vi modtager en borger fra sygehus eller egen læge med urininkontinens, med behov for hjælp bliver de visiteret til dette. Hvis der er behov for et hjælpemiddel, såsom bleer, så vil de bliver udredt ved en kontinensinstruktør tilknyttet deres forløb. kontinensinstruktøren står for udredning med minimalcare udedning, vurdering i forhold til hvilket produkt der er behov for, samt hjælp til ansøgning om bleer.
Hvis vi snakker om uridom, nefrostomikateter eller kateter, hjælper kontinensinstruktøren med at ansøge, hvorefter vores vidensansvarlig sygeplejerske for kontinens, vurdere lægelige oplysninger, samt revurdere behovet for hjælpemidlet, hvis der er opstået problemer i forhold til hjælpemidlet.
- Forløbskoordinator ansat i Myndighed modtager MedCom fra Regionen/Friklinikken og sender en "opgave" i Nexus til Sygeplejerske ansat i Myndighed. Denne "opgave" sender sygeplejersken videre til kontinenssygeplejerskerne i driften/eller selv tager sig af kontakten til borgeren, afhængig af opgave-typen. Kontinenssygeplejersken kontakter herefter borgeren, for evt. afprøvninger af katetertyper. Og efter dette sender en "opgave" til sygeplejerske i Myndighed med varenumre samt begrundelse for valg af ex katetertype mm. Sygeplejerske i Myndighed opretter bevillingen.
- Fra vi modtager korrespondance til sagsbehandling er igangsat går der fra 0 t til 3 uger.
Hvis mangelfuld korrespondance tager sagsbehandlingen længere tid, da der skal indhentes relevante data og evt. igangsættelse af udredningsforløb.
- Modtager avis fra læge eller sygehus eller opringning fra borger selv
Nogle henvendelser drejer sig om bevilling ifht urologiske hjælpemidler, hvor udredning har fundet sted på sygehuset, her kontaktes borger ifht de hjælpemidler, som vi kan tilbyde fra vores førstevalgs indkøbsliste.
Andre henvendelser drejer sig om blebevilling, her tages stilling via telefoniske kontakt ifht hvor meget der kan/skal udredes ind der kan laves bevilling ud fra §112 i servicelovet og om udredningen skal foregå i hjem eller i vores Kontinensklinik
Andre drejer sig om udredning i vores klink, hvor vi har mulighed for flowmåling, blærescan, samtale om væskevandladningsmønster mv. ved sygeplejerske samt hjælp til bækkenbundstræning ved fysioterapeut. Bookning i klinikken foregår oftest pr telefon og vi kan for det meste tilbyde tid inden for 1-3 uger.
Vi sender vores udredningsskema til egen lægen efter aftale med den enkelte borger
- -Der kommer en besked fra den offentlige myndighed
-Jeg gennemgår sagen, kontakter borgeren, gennemgår eventuel udredningsforløb og forslag om behovet for kropsbårne hjælpemidler.
- Herefter laver jeg et forslag til bevilling/behandling i samråd med borgeren, og dette sendes til myndighedsafdelingen i kommunen.
- Besked gennem korrespondence, som modtages af myndighedsafdelingen eller anden gruppe (fx hjemmespl) som har tilknytning. Hvis hjemmespl. skal levere SY, varetager de visitering + levering heraf. Ved behov for inkontinensudredning og/eller urologiske hjælpemidler, sendes den til kontinenssygeplejerske, som tager kontakt til borger.
- Medcom til visitationen, som sender til sygeplejerskerne i distrikterne/plejehjem.
- Vi modtager ansøgninger fra både sygehus, egen læge og personalet internt. Da borger er lægelig udredt, sker der ikke yderligere udredning. Men af og til har vi behov for yderligere oplysninger fx. størrelse af kateter, behov for ventil eller pose. Derfor kontakt til borger pr. telefon.
Der laves bevillingsbrev til borger. Borger oprettes i vores leverandørs bevillingssystem. Hvis det er aftalt bestilles 1. levering.
Der er ofte hjemmesygeplejerske tilknyttet mhp. kateterskift eller hjælp de første gange til RIK
- Ved henvendelse fra kommunen, sygehuset, praktiserende læge eller borger selv. er proceduren at kontinens spl, som er tilknyttet det lokale område, tager kontakt til borgeren, inden der er gået 14 dage.
Herefter starter udredning- Under udrednings processen, indkøber borger selv materialer.
Vi udreder i samarbejde med praktiserende læge.
- Borger udredes på sygehus
Korrespondance til borgerforløb i kommunen
Opgave sendes til inkontinens
Besøg/opringning til borger om produkt
Bevilling oprettes

Opfølgning x 1 årligt

- går ud fra det er i fht bevillinger ?

-der sendes " en opgave i intern system" til kontinens gruppen hvorefter den behandles når der er tid til det.

-Der laves bevilling og bestilles 1 leverance

- Vi modtager ansøgning fra læge/sygehus. Kontinentssygeplejerske kontakter borger, opretter ved leverandøren og bestiller produkterne til borgeren. Kontinentssygeplejersken sender herefter besked til Visitationen, som journaliserer sagen i kommunens omsorgssystem.

- ved ikke

- Det er ikke en arbejdsgang jeg sidder med.

- Borgere skal selv søge om et hjælpemiddel i vores kommune, så når korrespondance eller LÆ-165 modtages sendes en vejledning ud til ansøgning digitalt eller et ansøgningsskema.

Ved modtagelse af ansøgning kontaktes borger for afklaring af materialer i forhold til evt afprøvning af produkter fra kommunens indkøbsaftale.

Når afklaring af bedst billigst egnet produkt samt forbrug er færdig sendes bevillingsbrev og 1 portion af materialer til borger.

I bevillingsbrevet fremgår hvor og hvordan de bestiller fremadrettet.

- Jeg er helt ny på det her område og sidder meget midlertidigt i det så jeg kan ikke beskrive så meget andet end det jeg kan huske jeg har fået at vide.

Men de to sager jeg har siddet med har været en afd der bad om en ble bevilling og der skal jeg først have talt med borger om hvad problemet er og om det er undersøgt om der kan gøres noget (det var ikke beskrevet - blot at borger var opereret og skulle have ble) dernæst skal jeg have talt med borger om hvilken type ble der er behov for. Derefter kan jeg vælge at oprettet borger ved vores leverandør og sende en vareprøve.

jeg skal oprette borger i vores system - dvs lave tilstand- lave bevilling i kropsbårne hjælpemidler . samt handleanvisning. -

der næst skal der følges op om det er den rette str og så skal jeg lave net blanket til borger om at de er bevilliget bleer. og hvilke str.

Hvis borger akut har brug for bleer og det er vurderet at det er et varigt problem har jeg et lille lager men det rummer ikke alle slags og str så ofte får de en der ikke er den korrekte- men kan løse et her og nu problem indtil vareprøver kommer og det korrekte kan bevilliges. Når de er oprettet med det korrekte ved leverandør så kan jeg sende den første pakke til borger og de kan derefter selv bestille.

mht til KAD - og kateter til RIK så har jeg forstået at det der udleveres fra sygehuset og iforhold til RIK er oplært i - så er det desværre ikke det samme vi har i vores varesortiment- så kræves at de kommer ind til en snak og evt ny oplæring med det produkt vi har i sortiment.

MHT KAD så tænker jeg bevillingen går nemmer - men for det hele gælder det samme som ved bleer- der skal oprettes en sag i forløbet kropsbårne hjælpemidler , laves netblankt, oprettes ved leverandør, laves handleanvisning hvor bestillingen kan ses.

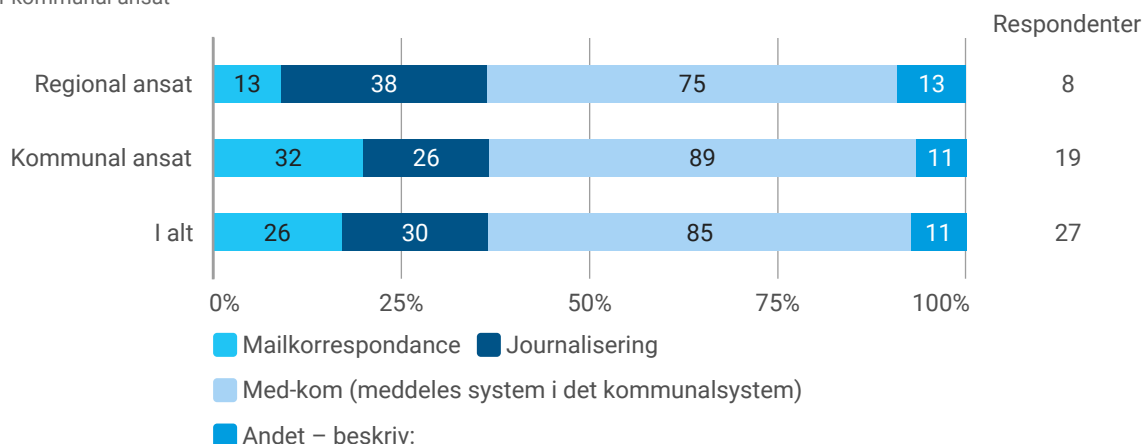
- Vi modtager korrespondance meddelelse fra samarbejdspartner i og udenfor regionen, special læge, og fra egen læge . Vi kontakter borger eller relevant samarbejdspartner ved udfører i kommunen.
- Vi modtager en korrespondance fra sygehuset fx urologisk afd/amb. eller egen læge hvor der anmodes om urologi/kontinensmaterialer. Vi har fra modtagelsen 4 ugers sagsbehandlingstid men ofte går der kun 14 dage til 3 uger før vi har behandlet sagen.
- Vi modtager en læ-165 eller en korrespondance, denne dokumenttilknyttes i borgers journal. Borger kontaktes og hvis borger har mulighed for at komme i vores klinik, så er det første valg, ellers kører vi på hjemmebesøg. Aftalen går på at vælge rette produkt til borger ud fra vores indkøbsaftale og serviceloven, samt vurdere om borger er berettiget til en bevilling jvf. §112.
- Hvis borger er udredt for urologisk problemstilling er arbejdsopgaven primært valg af produkt, vejledning i korrekt håndtering og brug, samt løbende revurderinger.

Er borgeren ikke udredt da opstartes basal udredning, samt behandling i tæt samarbejde mellem kontinens spl og praktiserende læge. Når basal udredning er udført, behandlings muligheder udtømt, henvises til urologerne. Når færdigudredt/behandlet, ansøges der om nødvendigt om blebevilling. hvorefter arbejdsgangen igen er som først beskrevet med valg af produkt, vejledning/undervisning

Journalisering og borgerinformation

Hvordan journaliserer og deler I borgerinformation i din afdeling, for at sikre en smidig overgang mellem region og kommune?

Krydset med: Regional eller kommunal ansat



Kommentar til besvarelse fra regionale sygeplejersker

- Besked sendes oftest i vores omsorgssystem CURA
- Ved behov for ændring af tiltag i hjemmet eller at pt fremadrettet for behov for hjemmepleje skrives via jrn-system til kommune og evt foretages tlf-opkald til hjemmepleje.

Kommentar til besvarelse fra kommunale sygeplejersker

- udfra sygehusets anvisning oprettes gerne i vores system indsats, faglig notat og handlingsanvisning, således personalet som skal håndtere evt. kateter ect. ved hvordan dette gøres.
Her kan WAR også inddrages.
- Plejenet på fx borger med stomi/sår.
- Alt korrespondance gemmes. Drejer det sig om §112 ansøgning, oprettes der et henvendelses skema.
Korrespondancen sendes til aktuel distrikt/plejecenter.

Evt. mail korrespondance sendes ligeledes til det aktuelle distrikt/plejecenter. Mailen journaliseres desuden under breve og dokumenter

- udfylder handle og måls-anvisninger.
- Korrespondance via kommunens omsorgssystem CURA.
- ved ikke

Håndtering af eventuelle barrierer i forbindelse med journalføring og informationsdeling -

Regionale sygeplejersker

- Hvis der er uklarheder tages der telefonisk kontakt til sygehuset, dette fungerer rigtig godt
- Jeg skriver korrespondancebrev (elektronisk) til kommunen.
- korrespondancebreve
- Ved tvivl om kommune modtager / behandler anmodning om hjemmepleje i tide, vil vi foretage tlf-opkald.
- Synes ikke rigtig vi har problemer, når vi laver korrespondance til hjemkommune .
- ,
- Ift. informationsdeling er det altid en individuel vurdering hvad og hvor meget der deles.
- t

Håndtering af eventuelle barrierer i forbindelse med journalføring og informationsdeling -

Kommunale sygeplejersker

- Hvis der er mangler i informationen eller undren kontaktes sygehusafd. hvorfra pt/borger er udskrevet fra.
- Ved ikke - Jeg ikke ved hvilke barrierer i tænker på.
- Jeg oplever ikke, at der er nogen udfordring med at modtage MedCom.
En sjælden gang i mellem, kommer der en ansøgning fra læge/Friklinikker med alm. post. Disse scannes ind i Nexus.
- Vi indhenter relevante data pr. mail, korrespondance eller telefon.
- Vi må bruge ekstra tid på at ringe/skrive adviser og afvente svar.
Eller vi må bruge ekstra tid på at indhente oplysninger eller målinger ved borger, som der allerede er udført på sygehuset
Vi har kun mulighed for at se det som står i udskr.rapporten

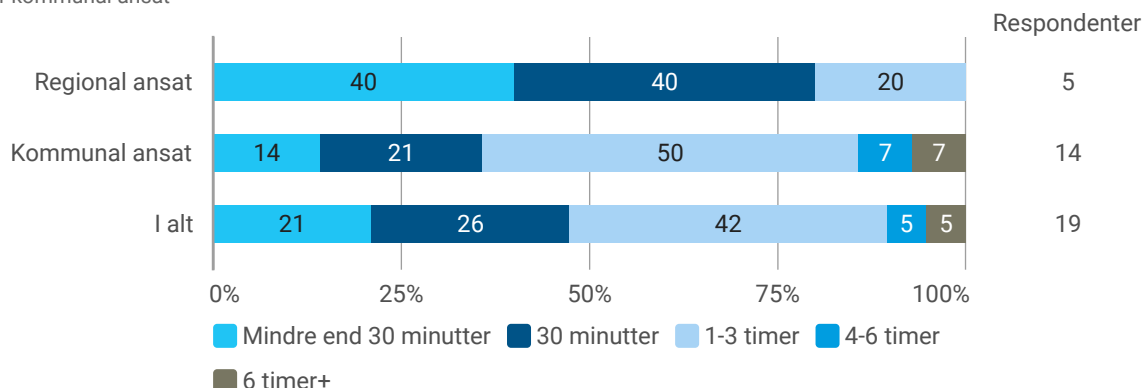
- Det er myndighedsafdelingen, der skal indhente sundhedsfaglige oplysninger fra den regionale indstans, og dette kan indimellem forsinke processen, at der er flere led i kæden, der skal indhente oplysninger.
Det er også en forsinkelse at man ikke har samme dokumentationssystem i region og kommuner, da der er risiko for at mange vigtige oplysninger går tabt.
- Responstid er langsom gennem korrespondence I Med-kom
- Oplever ikke barrierer
- Ved kontakt til den ordinerende afdeling. Enten telefonisk eller korr.medd
- telefonisk kontakt til Udskrivende/behandlende afd, hvis der ikke er sendt med.com med tilstrækkelig beskrivelse.
- Opringning/korrespondance opgave til adf/borgerforløb/borger
- fint
- Ved ikke.
- ved ikke
- Der kan indhentes journaloplysninger via Netblanket

Der tages telefonisk kontakt til urologiske ambulatorier.

- det ved jeg desværre ikke da jeg er helt ny på det her felt
- Hvis vi ikke har tilstrækkelig med oplysninger på borger omkring udredning, diagnoser eller behandlingsplan, henvender vi os via KM eller telefon til samarbejdspartner i regionen. Det kan forlænge sagsbehandlingstiden og tiden hvor borger skal vente på rette hjælpemiddel.
- Hvis vi ikke har nok oplysninger så korresponderer vi frem og tilbage.
Nogle vi det rart hvis vi kunne læse journal fra sygehuset.
- Efter samtykke fra borger kontaktes relevant afdeling for nærmere oplysninger.
- Ved problematiske sektor overgange videregives indimellem også pr telefon eller sikker mail. Men det er sjældent problematisk efter medcom systemet

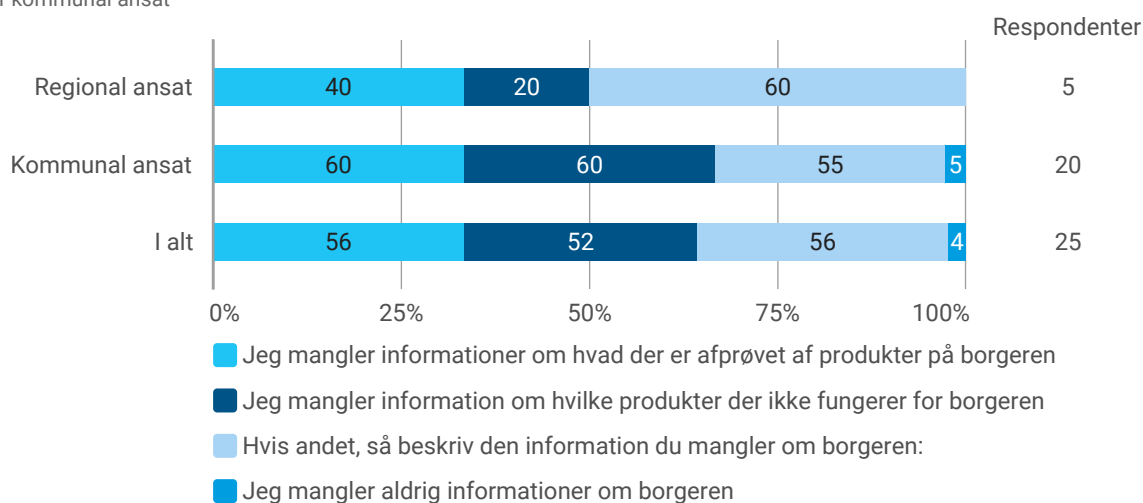
Hvor meget tid bruger du gennemsnitsligt på at fremskaffe information fra anden offentlig myndighed til at hjælpe borgeren om ugen?

Krydset med: Regional eller kommunal ansat



Når du modtager en borger fra en anden offentlig myndighed og hvis du oplever at få sparsom information om borgeren, hvilke informationer mangler du?

Krydset med: Regional eller kommunal ansat



Information regionale sygeplejersker mangler

- Jeg mangler informationer af plejemæssig/behandlingsmæssig karakter.
- meget forskelligt
- Korrespondence fra hjemmepleje bærer ofte præg af at personale ikke altid har relevant uddannelse og kompetence til at vurdere og beskrive problematikkerne.

Information kommunale sygeplejersker mangler

- Indikation for det pågældende hjælpemiddel
- Hvilken størrelse der er anlagt, når der er anlagt kateter a demeure.
- Ofte blærescannes borger på sygehuset, men det er sjældent resultatet står i udskr.rapport.
For at vi i kommunen kan lave bevilling på inkontinenshjælpemidler er resultat af blærescan vigtig oplysning for os, men det er ofte svært, da borger ikke altid kan komme i klinik. så et stort ønske kunne være at dette blev gjort inden udskr. og skrevet i udskr. rapport.
- Hvorfor et produkt ikke fungerer
Om borgeren er helt færdigbehandlet i regionen, og et resume af det behandlingsforløb der har været.
- Borgerens funktionsniveau, sygdom eller årsag til at behandlingsniveau vælges på nuværende tidspunkt.
- Hvilke undersøgelser borgeren har været igennem.
beskrivelse af udfordringerne, borgeren oplever. Den information, skal borgeren selv genfortælle, hvis ikke der er kontakt til den udskrivende afdeling.
- Hvis det er fra en anden afdeling end urologisk er der ikke altid taget stilling til levering af varer ift hvis det er en midlertidig løsning.

Fra urologisk afd er der altid en fyldgørende beskrivelse med der hjælper vores arbejde meget

- Ved ikke.

- Hvad deres grundsygdom er og diagnosen for den varig nedsatte funktionsevne.
- jeg har manglet begrundelser for at de tænkte borger skal have ble- i det ene tilfælde jeg har haft. samt hvad der er prøvet og fundet godt, samt str. og sugesevne.,
- Der kan mangle informationer fra de almene afd. omkring produktvalg og den forudgående behovsvurdering. Nogle gange har der ikke været en behovsvurdering, men der er taget et produkt til borger i skabet, fordi det er hvad der er, - og ikke på baggrund af et individuelt vurderet behov.

Beskrivelsen af borger og behovet bærer præg af standard tekster.

- Beskrivelserne på fx RIK/SIK borgere bærer lidt præg af standardskrivelser.

Hvis vi fx modtager en anmodning om bevilling på KAD og materialer fra en sygehusafd. så har de ofte ikke angivet str. på KAD og om de har behov for natposer og hvilken str. urinposeholder.

- Nogle gange mangler årsagen til at borger har behov for en bevilling.
 - Om tilstanden forventes at være livslang.
- Jeg mangler både informationer om:

Hvad er problemet?

hvor længe har det stået på?

Hvilken inkontinens type der er tale om?

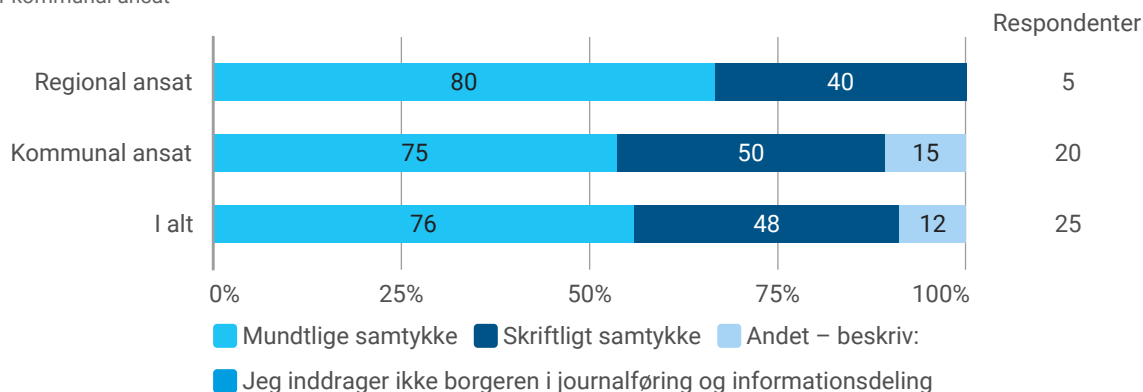
hvad har været afprøvet/gjort behandlingsmæssigt?

Hvordan er borgere udredt?

Hvilke produkter er forsøgt?

Hvordan involverer I borgeren i journalføring og informationsdeling under overgangen mellem region og kommune?

Krydset med: Regional eller kommunal ansat



Hvordan involverer regionale sygeplejersker borgere i journalføring og informationsdeling under overgangen mellem region og kommune?

Intet svar fra nogle regionale sygeplejersker.

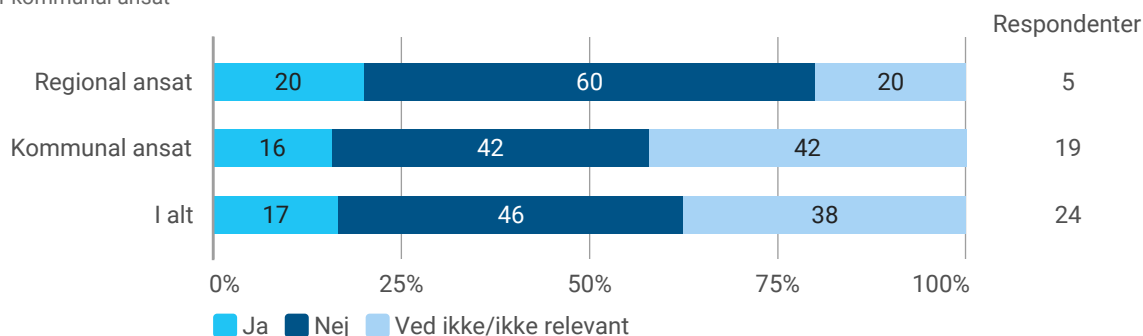
Hvordan involverer kommunale sygeplejersker borgeren i journalføring og informationsdeling under overgangen mellem region og kommune?

- Nogen gange pårørende pga demens
- Men vi tager også ind imellem kontakt til borgeren inden de får det skriftlige bevillingsbrev
- jeg har ikke prøvet at skulle dele noget i overgangen
(og vil lige tilføje at der hvor jeg skulle skrive procenter på skulle jeg skrive noget selv om jeg ikke ved det så jeg skrev blot 50 procent)
- Skriftlig samtykke når borger har udfyldt et ansøgningsskema.
Når borger er i klinikken bliver det ofte mundtlig samtykke
- Telefonisk kontakt til borger og hvis der er behov for at kontakte afdeling på sygehus for nærmere oplysninger, aftales dette mundtligt med borger.

Evaluering af journalføring

Evaluerer I kvaliteten af journalføring mellem region og kommune?

Krydset med: Regional eller kommunal ansat



Regionale sygeplejersker: Hvis evalueringen har ført til forbedringer, eller overvejelser om forbedringer, så skriv dem gerne her:

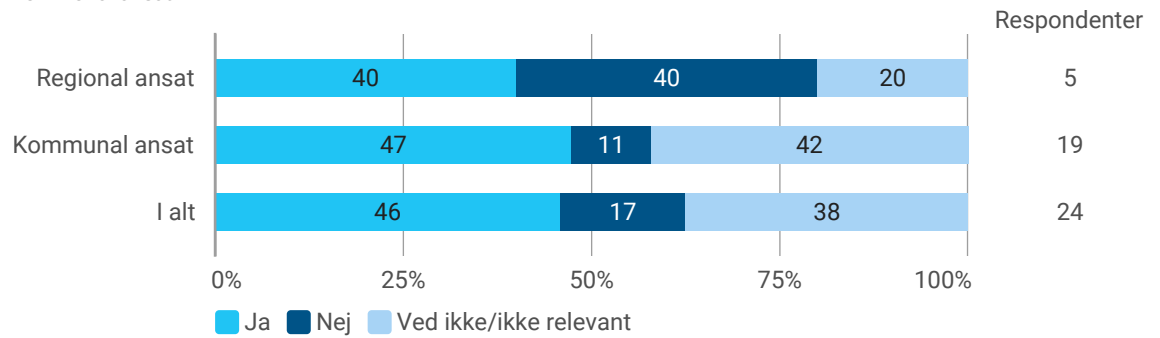
- Vi taler med personale i kommunen ved planlagte møder.

Kommunale sygeplejersker: Hvis evalueringen har ført til forbedringer, eller overvejelser om forbedringer, så skriv dem gerne her:

- UTH er oprettet og herved fås overvejelser omkring håndteringen fremadrettet
- Løbende evalueringer med afd. L OUH har forbedret udveksling af informationer
- Vi har i Erfagruppe med urinvejskirurgisk ambulatorie haft samtaler om hvad vi mangler af oplysninger hvilket har medført at korrespondancer og LÆ-165 er blevet klart forbedret men uddybning af hvad der er afprøvet af fx. kateter står der sjældent, men hvis borgeren har specielle udfordringer kan der nogen gange godt være lavet en vurdering af.

Samarbejder du/I med andet sundhedspersonale eller faggrupper for at sikre effektiv journalføring og informationsdeling under overgangen mellem region og kommune?

Krydset med: Regional eller kommunal ansat



Kommentarer eller yderligere beskrivelser fra regionale sygeplejersker:

Ingen kommentar fra regionale sygeplejersker.

Kommentarer eller yderligere beskrivelser fra kommunale sygeplejersker:

- Jeg samarbejder med myndighedsafdelingen for kropsbårne hjælpemidler her i kommunen.
- samarbejde med visitationsafdeling mhp at få statusattest fra e.l.
- Er i gang med et tværsektorielt samarbejde . Møde igen i Oktober
- Der er lavet forbedringsteams, der skal være med til at iværksætte tiltag, så modtager besøg og virtuelle udskrivelser forbedres.
- Godt samarbejde med urologisk afdeling på Aabenraa sygehus.

Hvilken gruppe/grupper samarbejder de regionale sygeplejersker med

- læger fysser
- af

Hvilken gruppe/grupper samarbejder de kommunale sygeplejersker med

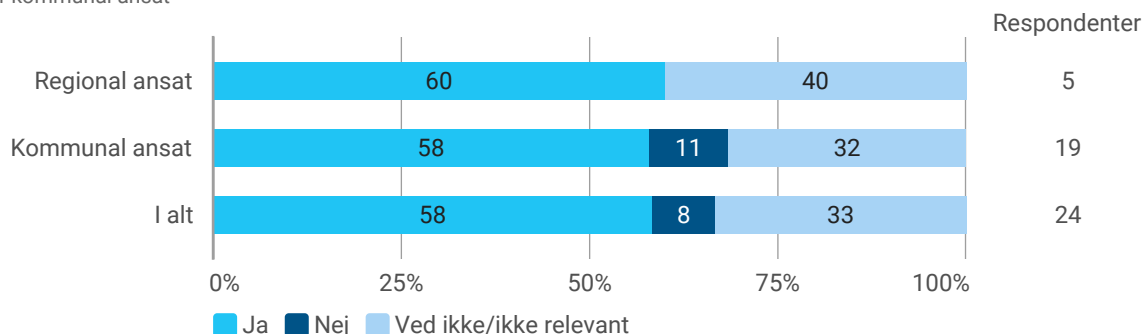
- Social- og sundheds assistenter, hjælpere og andre personale grupper, som er involveret i borger relateret pleje.
- læger, spl., SSA, SSH, fys., visitator
- Myndighedsafdelingen
- hjemmesygeplejerske, visitationsafdeling(myndighed), praktiserende læger, sundhedsplejerske (børneinkontinens), fysioterapeuter (bb-træning), sosu personale, demenskonsulenter,
- Sygeplejen/plejen
- Horsens sygehus
- udelukkende kommunalt.
- - Hjemmeplejen
- - sygeplejen
- - Sygehusafdeling, som har henvendt sig.
- - Øvrige afdelinger i kommunen.
- Inkontinens specialet i Norddjurs kommune er inddelt med kontaktpersoner (hjælper niveau), Nøglepersoner (spl/assistenter) og specialist (spl - med overbygning/diplomuddannelse).

Desuden har vi tæt dialog med vores visitatorer som er dem der laver selve bevillingen (og parpirarbejdet)

Retningslinjer og protokoller om journalføring og informationsdeling

Er der retningslinjer eller protokoller I følger for journalføring under overgangen mellem region og kommune?

Krydset med: Regional eller kommunal ansat



Regionale sygeplejersker: Kommentarer eller yderligere beskrivelser:

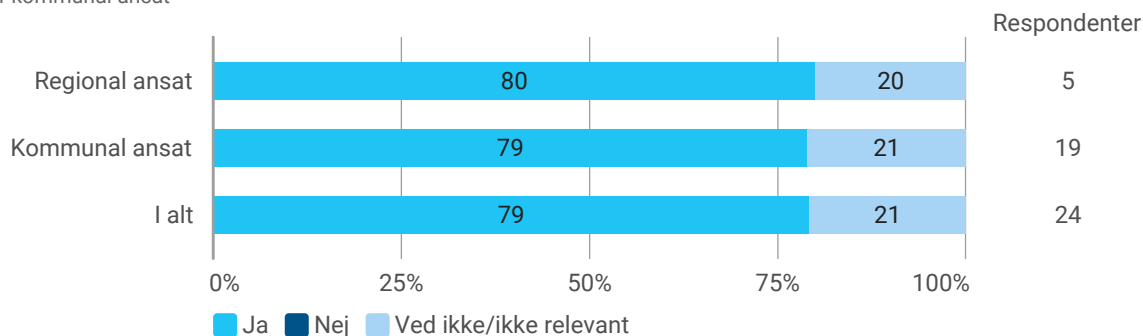
- Vi stiler mod at behandle ansøgningen indenfor 6 arbejdsdage

Kommunale sygeplejersker: Kommentarer eller yderligere beskrivelser:

- Som tidligere nævnt skal vi ved modtagelse af Medcom (acceptere modtagelsen) oprette indsats, faglig notat og handlingsanvisning.
- har ikke kendskab til dem
- Ved ikke om der er noget nedskrevet?
- Ja vi beder borger om selv at søge om deres hjælpemiddel.
- Vi dokument tilknytter al information vi modtager og sender
- Vi dokument tilknytter det via modtager fra regionen.
- Hvordan henvendelsen fra sygehuset journaliseres i borgers journal.

Holder I jer opdateret på eventuelle ændringer ift. journalføring?

Krydset med: Regional eller kommunal ansat



Regionale sygeplejersker: Kommentarer eller yderligere beskrivelser:

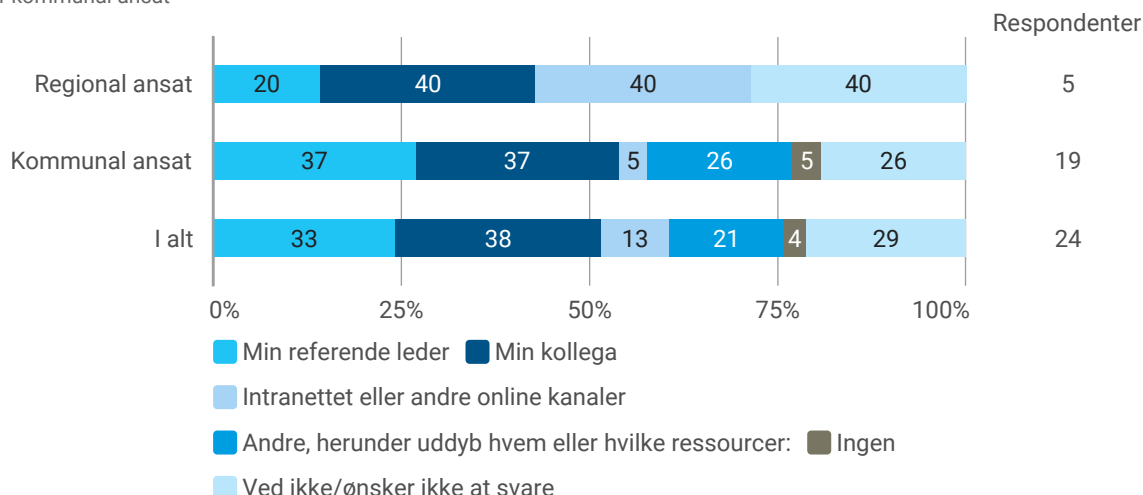
- Vi anvender CURA og har her overblik over historik og evt. korrespondance mellem region og kommune

Kommunale sygeplejersker: Kommentarer eller yderligere beskrivelser:

- Vi har sygeplejefaglig konsulent + Nexus superbruger, som informere omkring nye tiltag
- gennem kvalitetskonsulent i kommunen
- Ved ikke hvad spørgsmålet betyder!
- Vi får besked ved ændring

Hvilken støtte og/eller ressourcer har I til rådighed for at lette journalføring og informationsdeling mellem region og kommune?

Krydset med: Regional eller kommunal ansat



Regionale sygeplejersker: Hvilken støtte og/eller ressourcer har I til rådighed for at lette journalføring og informationsdeling mellem region og kommune? - Andre, herunder uddyb hvem eller hvilke ressourcer:

De regionale sygeplejersker havde ingen kommentar.

Kommunale sygeplejersker: Hvilken støtte og/eller ressourcer har I til rådighed for at lette journalføring og informationsdeling mellem region og kommune? - Andre, herunder uddyb hvem eller hvilke ressourcer:

- Nexus superbruger
- Sygeplejefaglige konsulent
- Sygeplejefaglige leder
- MEDCOM
- kollega som har ansvar for korrekt journalføring og teknisk ansvar for lokal journalføring
- Nexus ansvarlig
- kollega som er ressource person/ ansvarlig ift journal system (Nexus)
- Ja kontinenssygeplejerske/sagsbehandler
- Netforvaltning Sundhed er nemt at hente fra og herefter journalisere ??
- faglig koordinator, samt afdelingsleder

Regionale sygeplejersker: Er der andre udfordringer i forbindelse med samarbejde mellem region og kommune som du vil fremhæve? Hvis nej så lad tekstfeltet stå blankt.

- fortolkning af retningslinjer kan være forskellig
- ressource mangel giver udfordringer i forhold til bevillinger

Kommunale sygeplejersker: Er der andre udfordringer i forbindelse med samarbejde mellem region og kommune som du vil fremhæve? Hvis nej så lad tekstfeltet stå blankt.

- Fx medicinordinationer fra sygehusafdelinger. Nogle praktiserende læger vil ikke forby recept hvis recepten er lavet på sygehus afd. Så skal vi kontakte afdelingen hver gang - med mindre behandlingen er videregivet til praktiserende læge.
- Udvalget af ex. engangskatetre til afprøvning hos borger er sparsom på sygehuset. Max fra to producenter. Det matcher i hvert fald ikke de producenter, der er indkøbsaftaler med rundt i de forskellige kommuner.
- Der mangler ofte dokumentation, som kan fortælle om borgers problematik og behandlingsforløb. Der mangler en forståelse for, at der i kommunalt regi er andre præmisser der sætter rammen for, hvad der kan tilbydes ifh. til hjælpemidler. Regionen mangler viden om, at der findes et afklaringskatalog, som har sat kriterierne for, hvornår det er kommunen som skal overtage/betale for borger eller hvornår det er regionens økonomiske ansvar.
- Der er en del personale som ikke har kendskab til §112 som er den lovgivning, som vi kan lave bevilling ud fra. Nogen borger bliver på sygehuset informeret om at de bare kan kontakte kommunen og så kan de få bleer, når det kommer hjem. Men vi har lidt behandlingstid og skal sikre os at det er et varigt problem, som ikke kan løses på anden vis. I fht katetermaterialer er der også brug for at gøre personale obs på RMs afklaringskatalog.

- Der mangler ind i mellem udskrivningsrapporter, og det betyder at kommunen/hjemmeplejen ikke har mulighed for at vide hvad der er sket/besluttet under indlæggelsen. Der er ikke oplysninger om eventuelle vigtige observationer mm.
Da den kommunale hjemmesygepleje ikke kan tilgå journal oplysninger, er man helt afhængig af de oplysninger der sendes fra den regionale indstans.
- Vi arbejder ud fra forskellige rammer omk produktvalg, lovgivning
- fortolkning af retningslinjer kan være forskellig
ressource mangel giver udfordringer i forhold til bevillinger



Resultat af spørgeskema til kontinens sygeplejersker
september 2023

Indhold

1. Baggrundsinformationer
2. Arbejdsgange – overgangen mellem region og kommune
3. Journalisering og borgerinformation
4. Evaluering af journalføring
5. Andre steder mellem kommune og region hvor der potentiale forbedring

Baggrundsinformationer

23 respondenter har gennemført spørgeskemaet
(4 fra regionen og 19 fra kommunerne)

11 respondenter har afgivet nogle svar

10 respondenter har aldrig åbnet spørgeskemaet

Nogle besvarelser vil der være mere "kød på"
end andre, da nogle er faldet fra undervejs..

Baggrundsinformationer - Regionerne

- Region Midtjylland
- 3 fra AUH urinvejsklinik
- 1 fra Præhospitalet
- Region Syddanmark
- 8 Fra Urinvejskirugisk afdeling på Esbjerg sygehus

Analyse af regionernes baggrundsinfo

- Få deltagere
- Men få respondenter er bedre end ingen
- Da vi har fået så få regionale besvarelser kan det svært at anonymisere respondenterne.
- Bias i hvem der har valgt at besvare
- Derfor skal vi i foranalysen helst ikke nævne mere end de at de er "regionale sygeplejersker" når vi citerer dem.

Baggrundsinformationer - kommunerne

- Kommunerne i Midt
- 9 kommuner ud af 19 er repræsenteret
- Mangler: Aarhus, Holstebro, Lemvig, Samsø, Skanderborg, Silkeborg, Herning, Ikast-Brande, Skive og Hedensted
- Respondenter: 14

Baggrundsinformationer - kommunerne

- Kommuner i Syd
- 7 kommuner ud af 22 er repræsenteret
- Mangler: Tønder, Aabenraa, Esbjerg, Billund, Vejen, Varde, Fredericia, Assens, Fanø, Nordfyn, Faaborg-Midtfyn, Kerteminde, Nyborg, Ærø, Langeland
- Respondenter: 9

Analyse af baggrundsinfo

- Både større og mindre kommune fra begge regioner. Midt er lidt bedre repræsenteret i svarprocenten.
- Den brede repræsentation hjælper os til at sikre, at de mindre kommuners udfordringer også bliver hørt – for det har nemlig været udfordringen før
- Vi har samlet 23 kommunale besvarelser og typisk 1 pr. kommune. Det kan gøre spørgeskemaet svært at anonymisere.

Arbejdsgangen mellem region og kommune

Beskrivelse af arbejdsgangen mellem de offentlige instanser – regionale besvarelser

- De regionale får typisk borgeren efter henvisning fra læge eller anden sygehus afdeling
- Visiteres efter ét besøg
- Kontakter kun tidligere instans hvis der ikke er markeret et bevilligeset bestemt mærke til borgeren
- Svært at konkludere super meget, da vi kun har få besvarelser

Beskrivelse af arbejdsgangen mellem de offentlige instanser – kommunale besvarelser

- Oftest kommunikation gennem Medcom
- Differentiering mellem at borgeren selv bestiller produktet eller kommunen selv gør
- Et klassisk forløb:
 - Borger udredes på sygehus
 - Korrespondance til borgerforløb i kommunen
 - Opgave sendes til inkontinens
 - Bevilling/opringning til borger om produkt
 - Bevilling oprettes

Analyse af arbejdsgang

- Standardbeskrivelser/kvalitetsbeskrivelser er kun i regionen og ikke i kommunerne og derfor er kommunernes arbejdsgange ikke ens.
- Det vil hjælpe sygeplejerskerne i kommunerne hvis sygeplejerskerne i regionen fik en standardformular de SKULLE udfylde inden de sendte borgerne videre til kommunen.

Journalisering og borgerinformationer

Kommunikationskanaler

Barriere

Tid på at finde information

Hvilken information mangler der typisk om borgeren?

Involvering af borgeren i journalføring

Kommunikationskanaler Regionale

- JRN-system
- Telefonopkald til hjemmeplejen
- Journaloplysninger via netblanket

Kommunikationskanaler

Kommunale

- Telefonisk til sygehuset hvis uklarheder
- Medcom løser meget skriver mange
- Plejenet
- Mailkorrespondancr

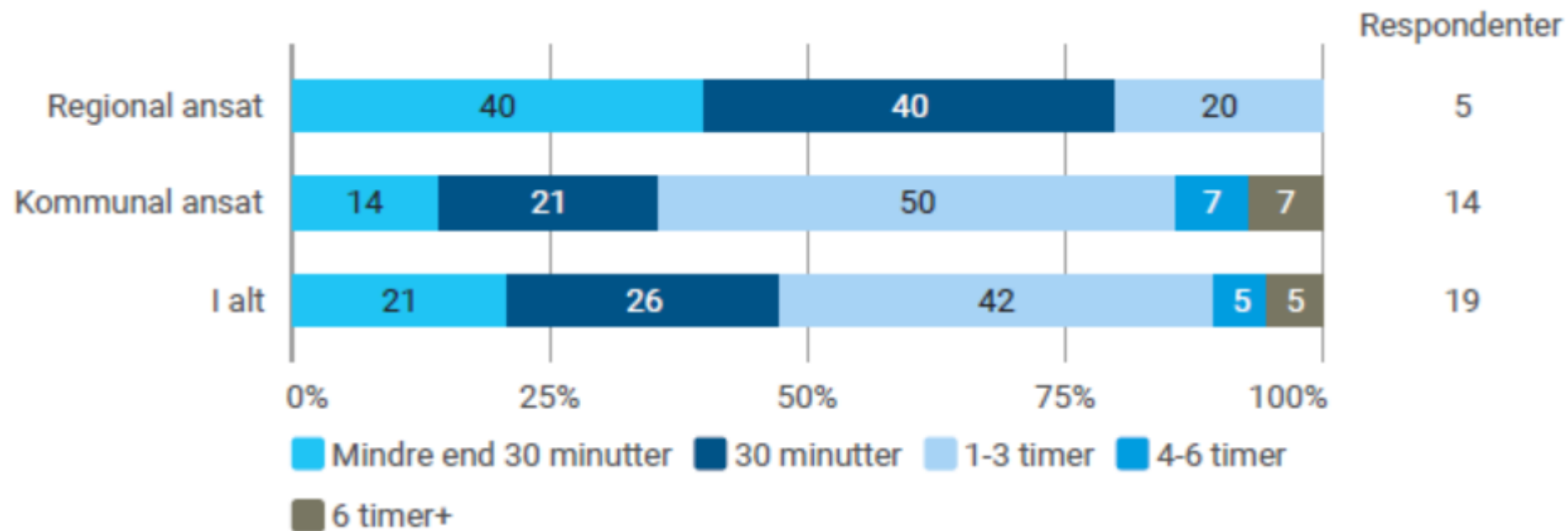
Barriere Regionale

- Telefonisk kontakt hvis informationen er mangelfuld

Barriere Kommunale

- Telefonisk kontakt hvis informationen er mangelfuld

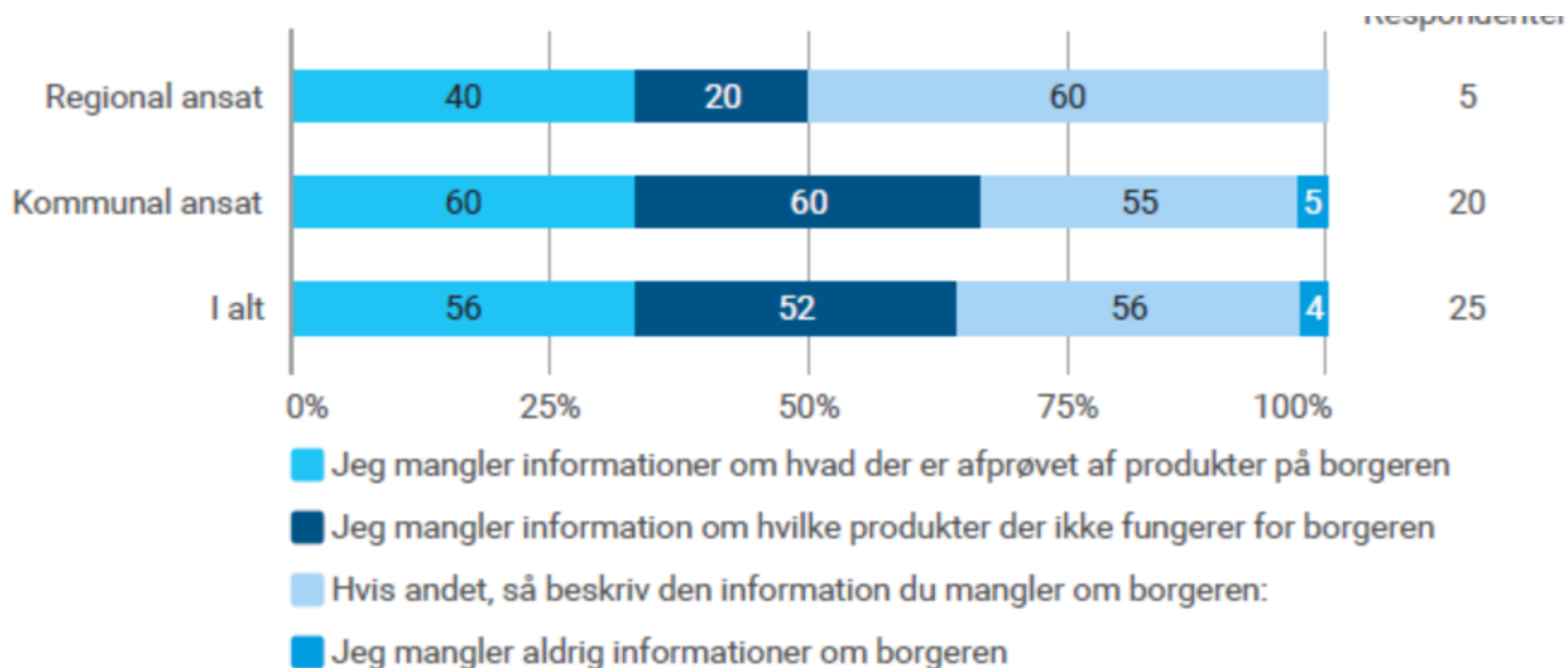
Tid på at finde information



Tid på at finde information

- Hvis kommunerne er gode til at udfylde borgerens notater bliver de direkte generet til sygehusets system.
- De kommunale sygeplejerske hjælper borgeren med flere ting og ikke kun deres kateter. Sygeplejerskerne på sygehuset tager sig kun af den kontinente udfordring. Borgerne bor i kommunen og har derfor brug for hjælp til flere ting.

Hvilken information mangler der typisk om borgeren?



Hvilken information mangler der typisk om borgeren?

Regionale kommentarer

- Korrespondance fra hjemmeplejere bærer ofte præg af at personale ikke altid har relevant uddannelse og kompetence til at vurdere og beskrive problematikkerne.

Hvilken information mangler der typisk om borgeren?

Kommunale kommentarer

- Resumé af behandling på sygehuset
- Hvorfor borgeren får lagt kateter
- Borgerens funktionsniveau, sygdom eller årsag til at behandlingsniveau vælges på nuværende tidspunkt.
- Resultat af blærescanningen
- Hvilke undersøgelser borgeren har været igennem
- Generel sygdomshistorik

Involvering af borgeren i journalføring

- Skriftlig samtykke gennem skema
- Telefonisk kontakt til borger
- Når borgeren er i klinikken – mdt. samtykke
- Nogen gange pårørende pga. demens

Analyse af informationsdeling

Der er udviklingspotentiale i at udvikle en standardbeskrivelse til Medcom.

Den skal laves i samarbejde mellem kommune og region.

Evaluering af journalføring

- Evaluering
- Samarbejde med andet personale
- Retningslinjer og protokoller
- Støtte og ressourcer til rådighed

Evaluering

- Journalføringen bliver ikke evalueret i hverken region eller kommune, derfor er der ingen der ved at kommunikationen er mangelfuld
- UTH er for tidskrævende og derfor benyttes det ikke.

Samarbejde med andet personale

- Sosu
- Myndighedsafdelingen
- En hel uuddannet personale i kommunerne
- - alt fra gymnasie til den medicinstuderende

Retningslinjer og protokoller

- De svarer ja, men de har ikke en guideline til hvordan de skal sende information
- De åbner en journal og færdiggøre den – den procedure har de.
- Det eneste de gør er at journalisere sagen
- Systemet fungerer, men indholdet er mangelfuldt.

Støtte og ressourcer

- Nexus/Cura-superbruger – Spl.
- Leder eller kollega
- En med IT-flair
- Der er styr på kvalitetssikringen i kommunen

Analyse af evaluering og journaldeling

- En standardbeskrivelse til medcom vil løse mange udfordringer
- Der bliver ikke evalueret på journaldeling mellem kommune og region og derfor kender de ikke til hinandens problemstillinger

Andre udfordringer i overgangen mellem kommune og region

- Der mangler en forståelse for, at der i kommunalt regi er andre præmisser der sætter rammen for, hvad der kan tilbydes ifh. til hjælpemidler. Regionen mangler viden om, at der findes et afklaringskatalog, som har sat kriterierne for, hvornår det er
 - kommunen som skal overtage/betale for borger eller hvornår det er regionens økonomiske ansvar.
-
- Forskellige rammer for produktvalg og lovgivning
 - Manglende viden om §112

Interviewguide – Brugere med inkontinensudfordringer

Formål	Målgruppe	Intervieweren
At få afdækket et repræsentativt udsnit af brugere med inkontinensudfordringer. Formålet er at få belyst tilstrækkeligt nok cases og danne os et repræsentativt billede af, hvilke udfordringer brugerne har ift. produkterne og servicen fra kommune og region.	Brugere med inkontinensudfordringer der har modtaget produkter og service fra enten kommune eller region eller begge.	
Tema	Spørgsmål	Besvarelse
Opstart	• Vil du fortælle lidt om dig selv?	•
Hvordan starter brugerens forløb?	• Hvilke inkontinensudfordringer har du og hvordan opstod de? • Har du været indlagt med dine inkontinensudfordringer eller har du fået nogle behandlinger eller operationer relateret hertil? • Hvordan påvirker dine inkontinensudfordringer din hverdag? • Hvor henvendte du dig først vedr. dine inkontinensudfordringer? Hos lægen? Eller?	•
Brugernes overordnet oplevelse af forløbet med inkontinens udfordringer	• Havde du nogle udfordringer med produkterne til at starte med? • Hvornår følte du, at du havde brug for hjælp? • Når du havde brug for hjælp fra kommunen, fik du så den hjælp du havde brug for?	•

Første gang brugeren har udfordringer i forløbet	• Hvordan oplevede du at komme i kontakt med kommunen eller hospitalet? • Følte du at kommunen eller hospitalet havde tilstrækkelig nok information til at hjælpe dig?	•
Kommunikation og information	• Hvordan blev dine kontinentproblemer og behandlingsbehov kommunikeret mellem hospitalet og kommunen? • Følte du, at der var en god informationsdeling mellem sundhedspersonalet på hospitalet og i kommunen? • Hvis der var mangler i informationsdelingen, hvordan påvirkede det dig og din behandling?	•
Kontinuitet i pleje og behandling	• Følte du, at der var en god overførsel af din pleje og behandling mellem hospitalet og kommunen? • Oplevede du nogen afbrydelser eller forsinkelser i din behandling eller opfølgning efter overgangen? • Var der nogen udfordringer med at koordinere forskellige behandlere eller sundhedspersonale mellem hospitalet og kommunen?	•
Inddragelse og støtte	• Følte du dig inddraget i beslutninger vedrørende din pleje og behandling under overgangen mellem hospitalet og kommunen? • Hvilken støtte modtog du fra sundhedspersonalet eller andre ressourcer i kommunen i forhold til dine inkontinensudfordringer?	•
Forbedringer	• Hvilke ændringer eller forbedringer vil du foreslå for at lette overgangen og	•

	forbedre støtten til patienter med inkontinensudfordringer?	
--	---	--

Produkter urologi

Produkter både regioner og kommuner benytter sig af.

Ballonkateter, Silikone
Benpose, ren
Benpose, steril
Engangskateter
Engangskateter med urinpose
Fikseringsbånd
Forfyldt sprøjte
Kateterfiksering
Katetergel
Kateterisationssæt
Kateterklemme
Kateterprop
Kateterventil
Netfiksering til benposer
Sengepose, ren
Sengepose, steril
Sengeposestativ
Suprapubiske guidewire
Suprapubiske urinkatetre
Uridomer
Urinpose med snor
Engangskateter med kuglespids
Drænagekateter

Produktområde urologi

1. Engangskateter, standard
2. Engangskateter, kompakt
3. Engangskateter, med luerlock
4. Engangskateter, kuglespids
5. Engangskateter, med urinpose
6. Ballonkateter, Silikone
7. Ballonkateter, latex
8. Ballonkateter, stor ballon
9. Ballonkateter, temp.
10. Rektalkateter
11. Kateterisationssæt, ballon
12. kateterisationssæt, nitril
13. Kateterklemme
14. Kateterventil
15. katetergel
16. Kateterfiksering
17. Forfyldt sprøjte
18. Kateterskyllevæske
19. Blæreskyllepose
20. Uridomer
21. sengepose, steril
22. sengepose, ren
23. Sengeposestativ
24. benposser, steril
25. Benpose, ren
26. Netfiksering til benposser
27. Fikseringsbånd, knapper
28. Fikseringsbånd, velcro
29. Analprop
30. Vaginalprop
31. Desinfektionsservietter
32. Timediuresesæt
33. Toiletindsats

Interessentanalyse - Urologi-projektet				Udfyldt af Maria Sophia Træholt	Opdateret: 09.01.2024	
Interessent	Kort beskrivelse	Fokus i projektet	Relevant for delprojekt	Fordele	Ulemper	Håndtering
Region Midtjylland	Indkøb: • Køber ind til ét stort central lager. • Styring af projektgruppen. • Udbudsansvarlig • Regional tovholder	• Borgeren med inkontinens eller urologiske udfordringer i centrum • Lavere forbrug af produkter • Lavere priser på produkter • Effektivt tværsektorielt samarbejde • Høj compliance på aftaler • Gildende overgang mellem sektorer for borgere. • Fokus på hvad der er bedst for borgeren og ikke på de økonomiske forhold. • Lettere adgang til relevante medarbejdere i kommune og region.	Alle			• Projekttejer • Styregruppedeltager (formand) • Projektdeltager • Involveret i beslutninger, udvikling, produktudbud, kommunikation og implementering ifm. urologiprojektet. • Udbudsansvarlig for produktuddet for urologi
	Bækkenbundsklinikker og fælleskirurgisk afdeling: • Målsætning om selvhjulpne borgere - giver størst livskvalitet. • Informerer borgeren og drøfter valg af produkter før operationen og/eller umiddelbart efter operationen. • Erfaringer og evt test af alternativer drøftes løbende med borgeren ved efterfølgende konsultationer ved kommunen. • Valg af produkt er som udgangspunkt et resultat af åben og individuel dialog mellem borger og kontinenssygeplejerske. Borgeren får typisk også nogle produkter med til produktafprøvning. • Kontinenssygeplejersken vælger det produkt, der er bedst egnet for den enkelte patient, og prisen er ikke afgørende for den faglige anbefaling. • Kan have præferencer for udvalgte leverandere. • <u>Respondenter til spørgeskemaundersøgelsen</u>	• Sikre bedst mulige produkter, produktmatch og vejledning til patienter • Behov for adgang til samme aftalebelagte produkter. • At være velinformet om produkter. • En brugervenlig online serviceplatformen og kommunikationsplatform og rettidig information og vejledning herom. • At kunne kommunikere effektivt med visitationsafdelingen gennem online serviceplat-formen. • Konverteringen fra nuværende til kommende produkter. • Ønsker fortsat et bred produktsortiment, som afspejler markedet, til afprøvning. • At kommuner følger kontinenssygeplejerskers sundhedsfaglige vurdering - første gang. • Kendskab til produktpriser, så de kan foretage et forsvarligt økonomisk valg. • Lettere adgang til relevante medarbejdere i kommune og region.	Produktudbud			
	Læger og kontinenssygeplejersker på hospitaler	• Lettere adgang til relevante medarbejdere i kommune og region. • Behov for specialviden om urologi og inkontinens				
	Styregruppen fokusområde det nære sundhedsvæsen Region Midt	Er følgegruppen i Region Midt. Denne styregruppe har ledelsesmæssig fokus på projektet i Region Midt. Til stomi var der ikke nogen ledelsesmæssig opmærksomhed på hospitalerne, hvilket gjorde at man ikke var klar til implementeringen. Derfor har man til urologi at have en følgegruppe der har <u>ledelsesmæssig fokus på projektet.</u>	Generel ledelsesmæssig opbakning			
	Sundhedsplanlægning	Sundhedsplanlægning er det kontor der beskæftiger sig med udvikling af tværsektorielt samarbejde og generelt samarbejde med kommunerne på sundhedsområdet. Det bliver Sundhedsplanlægning der vil stå for at lave <u>samarbejdsaftaler og udvikling af de generelle indsatser på områderne-</u>				
Region Syddanmark	Indkøb: • Køber ind til 4 store lagre. • Medfinansierer urologiprojektet	• Borgeren med inkontinens eller urologiske udfordringer i centrum • Lavere forbrug af produkter • Lavere priser på produkter • Effektivt tværsektorielt samarbejde • Høj compliance på aftaler • Gildende overgang mellem sektorer for borgere. • Lettere adgang til relevante medarbejdere i kommune og region.	• Produktudbud • Lager- og logistik • Bestillingssystem • CM			• Styregruppedeltager • Projektdeltager • Arbejdsgruppedeltager • Involveret i beslutninger, udvikling, kommunikation og implementering ifm. urologiprojektet.
	Bækkenbundsklinikker/urinvejkirurgisk afdeling: • Inkontinenssygeplejersker har direkte kontakt med patienten før og/eller umiddelbart efter operation. • Informerer borgeren og drøfter valg af produkter før operationen og/eller umiddelbart efter operationen. • Erfaringer og evt test af alternativer drøftes løbende med borgeren ved efterfølgende konsultationer på klinikken. • Valg af produkt er som udgangspunkt et resultat af åben og individuel dialog mellem borger og sygeplejerske. • Kontinenssygeplejersken vælger det produkt, der er bedst egnet for den enkelte patient, og prisen er ikke afgørende for den faglige anbefaling. • <u>Kan have præferencer for udvalgte leverandere.</u>	• Sikre bedst mulige produkter, produktmatch og vejledning til patienter. • Behov for adgang til samme aftalebelagte produkter. • At være velinformet om produkter - løbende behov for kompetenceudvikling og produktpræsentationer. • En brugervenlig online serviceplatformen og kommunikationsplatform og rettidig information og vejledning herom. • At kunne kommunikere effektivt med visitationsafdelingen gennem online serviceplatformen. • Konverteringen fra nuværende til kommende produkter. • Kendskab til produktpriser, så de kan foretage et forsvarligt økonomisk valg. • Lettere adgang til relevante medarbejdere i kommune og region.	• Produktudbud • Bestillingssystem • Kommunikationsportal	Første introduktion/oplæring i produkter er utrolig vigtig for borgerens præferencer for produkter		
	Læger og kontinenssygeplejersker på hospitaler	• Lettere adgang til relevante medarbejdere i kommune og region. • Behov for specialviden om urologi				
Odense Kommune	• Initiativtager og deltager i projektet fra start. • Har som største kommune i landsdelen mulighed for at skabe dialog og have indflydelse på skabe forståelse for projektets formål. • Står for tilslutningsproces i landsdel	• Borgeren m. inkontinens eller andre urologiske udfordringer i centrum • Lavere forbrug af produkter • Lavere priser på produkter • Effektivt tværsektorielt samarbejde • Behov for adgang til samme aftalebelagte produkter • Høj compliance på aftaler	Alle	• Tættere samarbejde med region om sundhedsfaglige problemstillinger kan føre til højere kvalitet i opgaveløsning • Klinisk afprøvning sikrer gode produkter på aftalen og dermed et relevant sortiment • Samme produkter på aftalen som regionen sikrer at der vælges aftaleprodukt til borger • Økonomi	• Initialinvestering. Der betales for noget man ikke kender det fulde resultat af • Indtrædelse i FSC binder kommunen i en årrække, og uden at der er en reel mulighed for indflydelse	• Styregruppedeltager (formand) • Projektdeltager • Det er vigtigt at få informeret i tilstrækkelig grad i forvaltningen, om projektets status. Sundhedsdirektøren har god viden om projektet og bakker godt op om det, hvilket er vigtigt i håndteringen af de øvrige Syddanske interessenter.

Aarhus Kommune	• Initiativtager og deltager i projektet fra start. • Har som største kommune i landsdelen mulighed for at skabe dialog og have indflydelse på at skabe forståelse for projektets formål. • Medfinansierer urologiprojektet. • Bidrager med interviewpersoner og fagpersoner inden for området	• Borgeren m. inkontinens eller andre urologiske udfordringer i centrum • Lavere forbrug af produkter • Lavere priser på produkter • Effektivt tværsektorielt samarbejde • Behov for adgang til samme aftalebelagte produkter • Høj compliance på aftaler	Alle			• Styregruppedeltager • Projektgruppedeltager • Arbejdsgruppedeltager • Projektleder
Fælles Service Center (FSC)	• Forening bestående af alle 19 midtjyske kommuner og Region Midtjylland. • FSC har til formål at levere teknisk support og logistik til telesundhedsløsninger, produkter til hjemmebehandling, herunder kropsbårne hjælpemidler på tværs af kommuner og hospitaler på de opgaver, der tildeles Fælles Service Center.	Etablering af Fælles serviceplatform; • Lager- logistikpartner • Callcenter • Fakturering • Bestillingssystem • Kontraktstyring • Lovliggørelse i forhold til RSD og kommuner	• Lager- og logistik • Bestillingssystem og kommunikationsplatform • CM			• Projektgruppedeltager • Arbejdsgruppedeltager • Delprojektleder for Contract Management
MedCom	Er et kommunikationsprogram der muliggør deling af data mellem kommune og region.	Fokus i tværsektorielle projekter er, at skabe en bedre overgang mellem kommune og region. Derfor kunne en mulighed at lave et skema som sikre, at informationen der deles er fyldestgørende.		Medcom kan løse udfordringerne i informationsdeling mellem kommune og region	Forandringer i Medcom systemet kan tage lang tid	Et af anbefalingerne fra analysen er at, regionale og kommunale sygeplejersker udarbejder et forslag til et standardskema til Medcom. Skemaet skal bruges til når en borger overgår mellem hospital og kommune. Her er bl.a. informationer om hvilke produkter borgeren bruger og hvilke <u>borgeren f.eks. ikke kan lide</u> .
Medicoindustrien	Består af producenter af medicinsk udstyr samt grossister.	• Forskellige synsvinkler, idet medlemmerne udgør forskellige led i den nuværende forsyningskæde.	Samlet løsning			• Informeres med nyhedsbreve • Vi kan evt. deltage på møder, når det er relevant og muligt i henhold til det trin i udbudsfasen, projektet står i.
Forum for Værdibaserede Indkøb (FOVIS)	Regionerne, DI og DE sidder i forat, hvor urologiprojektet også er blevet drøftet.	De regionale indkøbschefer sidder i dette forum. I dette forum deles der innovative projekter og her er vil resultatet af urologi blive præsenteret. Det vil højst sandsynlig blive præsenteret af Birgitte Nellemann (Region Midt).		Der kommer ikke så mange konkrete projekter i forummet, så den dag vi fremlægger urologi vil vi fremstå som et godt eksempel på et innovativt projekt		Region Midtjylland sørger for løbende at koordinere eventuel kommunikation om urologi med FOVIS.
Kontinensforeningen	• Varetager medlemmernes interesser og afholder diverse arrangementer. • Henvender sig til alle aldersgrupper. Ikke en særlig tydelig patientforening	• Inkontinensforeningen ønsker den bedst mulige løsning for sine medlemmer. Inkontinens er en sekundær lidelse modsætning til stomi og derfor er foreningen ikke er så stærk og tydelig som f.eks. COPA. • Foreningen er informeret om projektet og synes det er et godt projekt. De vil gerne lave noget presse på projektet når udbuddet bliver implementeret.	Samlet løsning	• Bedre helhedsorienteret løsning for stomister • Entydig indgang til sundhedsfaglig hjælp • At blive set og hørt som inkontinent		Skal orienteres ifb. presse
Tilsluttede 19 midtjyske kommuner: 1. Viborg 2. Hedensted 3. Randers 4. Horsens 5. Aarhus 6. Skive 7. Lemvig 8. Struer 9. Ringkøbing-Skjern 10. Ikast-Brande 11. Favrskov 12. Skanderborg 13. Norddjurs 14. Holstebro 15. Syddjurs 16. Silkeborg 17. Odder 18. Herning 19. Samsø	Indkøb • Kommunerne giver udtryk for, at du mangler kommunikation om projektet • Viborg Kommunes indkøbschef har meldt sig ud af styregruppen. Viborg Kommunes kommunaldirektør er formand for SKI. • KD-net har godkendt udligningsprincipper	• Aftalens dækning af nuværende produktsortiment • Behov for adgang til samme aftalebelagte produkter • Lavere priser på produkter • Lavere forbrug af produkter • Klar kommunikation om aftalestart, og behov for ressourcer under implementering • Høj compliance på aftaler • At priser afspejler behov for logistik, service og rådgivning • Det er svært at få nye produkter med på aftalerne til en god pris. • Viden om totalomkostninger (TCO) i forhold til billige produkter, der kan medføre større forbrug. • <u>Adgang til forbrugsdata</u>	At vi får dem til at tilslutte sig udbuddet frem for SKI	• Køb på aftale til lavere priser end køb uden for aftale.	En risiko er at kommunerne ikke når at opsiges deres SKI-aftale	ifb. med at de skal tilslutte sig, skal kommunerne meddele hvornår de opsiges deres SKI-aftale og hvornår de har driftsstart
	Sundhedsdirektør/-chef	• Kvalitet af løsningen • Hvilke ændringer løsningen vil medføre - og hvad det betyder for dem • Økonomi, besparelser? • Betaling, hvornår? • Stigende antal borgere med inkontinens • Gildende overgang mellem sektorer for borgere.	Samlet løsning		Forskellig kommunale serviceniveauer	
	• Myndighedsafd./øk. (bev.) (visitation): • Modtager bevillingsansøgning med faglig anbefaling fra kontinenssygeplejersker ift. valg af produkt, forbrug (antal) og evt. tilbehør. • Vurderer ansøgningen, kan følge faglig anbefaling eller visitere ud fra "bedst og billigst" i henhold til Servicelovens §112 - til et tilsvarende produkt, der kan være billigere eller tilgængelig i aftalesortimentet. • Adm. medarbejder uden sundhedsfaglig kompetence eller sundhedsfaglig medarbejder m./u. specifik urologifaglig erfaring. • Få kommuner har ansat kontinenssygeplejersker, det er oftest inkontinenssygeplejersker.	• Kvalitet af løsningen - undgå at borger benytter sig af frit valg • Implementering • IT system skal være nemt at bruge • Fakturering skal efterleve krav • Mulighed for at lave fakturakontrol. • At klinikker foretager produktvalg ud fra kommuners kriterie "Bedst til pris". • Løbende kontrol og opfølgning på forbrug • Løbende bevilling, som giver mulighed for ændringer i de specifikke produkter inden for den generelle bevilling - uden at det udløser behov for ny bevilling. • Inkludere al nødvendig information i bevillingsansøgningen, så journalen kan udelades. • Fyldestgørende bevillingsansøgninger fra klinikker/-ambulatorier/borgere, så der kan spares tid i visitationen på mangelfulde bevillingsansøgninger. • Velfungerende fagligt samarbejde med regioner • Klar rollefordeling	Samlet løsning, fokus på implementering	Bedre kommunikation om behandling af ansøgning, tilsagn og hvor man kan henvende sig efter behov.	• Kan med den nye løsningsmodel ikke længere erstatte anbefalede produkter med billigere alternativer fra egne aftaler. • Nogle kommuner vil med den nye løsningsmodel opleve at skulle ændre ansøgningsprocedurer (i nogle kommuner skal borgerne pt. selv ansøge og i nogle kommuner skal ansøgning modtages elektronisk)	

Tilsluttede 17 nordjyske

Tilsluttede 17 syddanske kommuner: 1. Faaborg-Midtfyn 2. Kerteminde 3. Langeland 4. Nordfyn 5. Nyborg 6. Assens 7. Kolding 8. Svendborg 9. Fredericia 10. Sønderborg 11. Odense 12. Haderslev 13. Tønder 14. Ærø 15. Middelfart 16. Vejle 17. Billund	Hjemme/Sundhedspleje	• Kvalitet af løsningen • Bedre adgang til sparring om konkrete sundhedsfaglige problemstillinger • Implementering • IT system skal være nemt at bruge • Vareprøver • Uddannelse • At være velinformeret om produkter - løbende behov for kompetenceudvikling og produktpræsentationer. • Behov for produkter, der er lettere at håndtere • Behov for mere viden om stomi, bedre oplæring og mere koordinat ion mellem det borgemære personale i hjemmeplejen - også vikarer. • Behov for at sosuassistenter og -hjælpere får adgang til sparring med sygeplejerske og at denne med mellemrum tilser borgeren. • Fokus på implementering	Samlet løsning	• Kvalitetsmæssige og økonomiske gevinster ved at gennemgå produkter og praksis med de borgere, der har det største forbrug. • Første introduktion/oplæring i produkter er utrolig vigtig for borgerens præferencer for produkter. • Færre udfordringer med urologiprodukter og hudirritation. • Produkter, der er lettere at håndtere for borgeren og personalet. • Adgang til rådgivning om urologi.	Kortere indlæggelser øger behovet for oplæring og viden om urologi.	
	IT	Fælles standarder (kommunalt bevillingssystem, som kan udveksle data med leverandørens IT-system)				
	Økonomi (fakturer ing - systemer)	• Fakturer ing skal efterleve krav • Mulighed for at lave fakturakontrol. • Forståelse for kommunernes økonomi i regionerne				
	Forvaltningschef/dir. (Aak)					
IKKE-tilsluttede kommuner RSD: 1. Esbjerg 2. Fanø 3. Varde 4. Vejen 5. Aabenrå	Mangler beskrivelse					
Producenter	De er positive ift. stomi. Mange indledte deres markedsdialoger med at de var positive. De var dog opmærksomme på at man ikke gjorde sortimentet for smalt. Coloplast Wellspect Hollister Mediq Der er sket meget på markedet og der er meget udvikling på produkter. Coloplast dominans er ikke den samme.Urologi markedet: Der er stor forskel på producenterne når det kommer til markedsandele på det danske marked: • Coloplast er, med markedsandel på ca. 63%, uden sammenligning den største. • Dansac Hollister ca. 27%. • ConvaTec ca. 6% • Der er en række små producenter ca. 2%, nogen med nicheprodukter, som er vigtige for os også at få med på aftalen. • OneMed, Mediq og Kirstine Hardam har været de tre spillere på markedet indtil for nyligt, hvor konsortiet Abena Coloplast begyndte at byde ind på aftaler til kommunerne.	• Producenter med store markedsandele: at sikre sig at dette ikke er en spareøvelse, eller en øvelse der går ud på at komme af med dem. • Små producenter: at sikre sig at der er en mulighed for små producenter at få en aftale.	• Produktudbud • Lager- og logistik • IT (kataloger)	• Store producenter: adgang til at byde ind med deres produkter og prissætte dem som de ønsker • Små producenter: adgang til at byde ind med deres produkter og prissætte dem som de ønsker. Måske bedre chance for at få større markedsandel.	• Alle: nyt for dem med konsignationslager, det vil kræve investeringer. • Store producenter: ser en risiko for at tabe markedsandele. • Små producenter: ser en risiko for at ryge helt ud.	Åben, tidlig og kontinuerlig dialog
Grossister/distributører	• DKI Logistics Group • FSCs nuværende lager- og logistikpartner å telemedicinsk udstyr. Vil gerne have at vi klumper sortimentet i større dele.	• Om der vil være en rolle at spille for dem i fremtiden. • Hvor kan de evt. være med. • Forsøger at synliggøre for projektet, at det vil være en alt for dyr løsning for os	• Produktudbud • Lager- og logistik	Ingen	• De mister en del af deres marked, og med mulighed for efterfølgende at miste meget mere.	• Information om løsning og tidsplan • Inddragelse i dialog • Mediq: forventer jeg ikke at vi hører mere fra • OneMed: er lidt opgivende, men giver stadig hørings svar • Hardam: som OneMed • Abena: vil muligvis byde ind på lager- og logistikopgaven
Borgere med urologiske udfordringer eller inkontinens	• Bruges til interview	Alle interviewpersonernes interview kortlægges	Bidrag er til viden om udfordringen med systemet		Det har ikke været muligt at få så mange interviewpersoner	
Pårørende til borgere	• Der har været et enkelt presseopslag i starten af projektet.					
K22	Mangler beskrivelse					

Brugerrejsen urologi

Brugerrejsen – før, under, og efter

Dette afsnit beskriver vores fire interviewpersoners forløb inden for urologi og inkontinens. Deres forløb er meget forskellige hvilket afspejler, at brugerrejser inden for inkontinens og urologi er meget forskelligartet. Interviewene er udarbejdet efter et semistruktureret interview, og er foretaget af inkontinenssygeplejersker fra projektgruppen. Beskrivelsen af brugerrejsen er inddelt i før, under og efter forløbet. Interviewpersonerne som deltagere i undersøgelsen anonyme.

Borger 1: Cancer i blæren

Før

Borger 1 er en 53-årig mand, som er direktør i et IT-firma. Han er gift og er far til to hjemmeboende børn. I sin fritid lever han et aktivt liv med masser af motion.

En dag oplever borger 1 blod i sin urin. Han kontakter sin egen læge, der straks sætter gang i et kræftpakkeforløb på Aarhus Universitetshospital. Der bliver konstateret kræft i blæren. Efterfølgende starter borgeren i kemoterapi, og der bliver foretaget en operativ fjernelse af blæren. Der bliver konstrueret en neoblære af et stykke tarm og ved efterfølgende kontrol konstateres det, at borgeren er kræftfri. Men nu har han inkontinensproblematik, særligt om natten.

Under

Her starter et forløb for borgeren med flere indlæggelser i efterløbet, hvilket skyldes komplikationer som infektioner, afløbshindring, utæthed i neoblære.

Her bliver borgeren tidligt i forløbet kontaktet af kontinentssygeplejersken fra kommunen. Her bliver han introduceret for forskellige hjælpemidler. Mens borgeren prøver at finde det rigtige hjælpemiddel, har han løbende kontakt med kommunen ift. afprøvning af produkter og justering af bevilling.

Borgeren udtaler direkte, at "det er trygt at have en person, man kan henvende sig til, når man er afsluttet fra sygehuset" om sin oplevelse hos kommunen. Han beskriver sit forløb hos kommunen således: "Det har været et fint forløb med god introduktion og præsentation af hjælpemidler, der var til rådighed. Jeg har været tryk hele vejen igennem, da det hele har været præget af omsorg, stor faglighed og interesse for, hvad jeg tænkte".

Borgeren oplevede også, at der havde været god kontakt mellem hospitalet og kommunen. Han fik oplyst, at de havde talt om hans problematikker. Hans forløb var derfor gnidningsfrit. Borgeren havde hele tiden oplevelsen af, at han altid vidste, hvem han kunne kontakte.

Efter

Borgeren forsætter i dag med de produkter, som han fik fra kommunen, og skal bruge dem resten af livet.

Borger 2: Slap detrusor/blæremuskel

Før

Borger 2 er 78 år, uddannet læge og har tidligere arbejdet på et sygehus. Borgeren er gift, og er i sin fritid meget aktiv inden for kulturlivet.

Borgeren oplevede slap stråle i en tidlig alder, men slog det hen. Senere begyndte der at komme hyppige vandladninger. Af den grund begyndt borger 2 at tage blæredæmpende medicin. Efterfølgende kom første urinvejsinfektion. Borger 2 fik en kollega til undersøge hvad der var årsagen til problemerne, og det viste sig, at borger 2 havde slap detrusor også kaldet slap blæremuskel. Nu måtte borgeren kateter sig selv flere gange dagligt for at undgå urinvejsinfektion. Grundet borger 2's job foregik alt dette på sygehuset, altså hans egen arbejdsplads.

Under

Gennem en årrække fik borgeren produkter fra sygehuset, fordi kommunen kunne levere de produkter, som borgeren havde brug for. Derfor fik borgeren adgang til de produkter, som han skulle bruge gennem sit arbejde.

Da borger 2 gik på pension, måtte han i kontakt med kommunen for at få kateter. Her skulle han igennem en proces-afrøvning før han fik noget brugbart. Det var en frustrerende proces for borgeren.

Processen mellem hospitalet og kommunen var ikke optimal ifølge borgeren. Han kunne ikke få de katetre, som han ønskede, da kommunens tilbud ikke omfattede de katetre, han var vant til. Han fik en fin forklaring på årsagen, og blev også tilbudt frit valgs-ordningen.

Borgeren følte sig ikke inddraget i beslutningen om, hvilket kateter han ønskede. Han er forstående overfor, at kommunen har indkøbsaftaler og et budget, der skal overholdes. Borger 2 synes dog stadigvæk, at det er frustrerende at skulle trækkes igennem en afrøvning af mere eller mindre gode katetre.

Borgeren mener, at beslutningen om at give borgeren et kateter på hospitalet skal følge vedkommende, uanset om det videre forløb er på sygehuset eller hjemme ved den pågældende borger.

Efter

Borger 2 er stadig bruger af engangskateter og skifter dette 7 gange dagligt. Borgeren er stadig frisk og social aktiv.

Borger 3: Fjernelse af 1/3 af livmoderen pga. nedsynkning

Før

Borger 3 er en kvinde på 84 år. Hun har tidligere arbejdet som sekretær på en større lokal virksomhed.

Hun fik for 40 år siden fjernet 1/3 af livmoderen pga. nedsynkning. I begyndelsen af 2010'erne døjede hun med gentagende urinvejsinfektioner. Her oplevede hun også hyppige vandladninger, og derfor gav hendes egen læge blæredæmpende medicin til hende.

I 2018 blev der lavet cystoskopi som viste "dobbelt blære". Behandlingen hertil blev engangskateter (RIK). Under hele forløbet havde borger 3 kun kontakt med egen læge indtil undersøgelsen på sygehuset.

Under

Hos kommunen blev hun kort oplært i at bruge kateter, men følte sig ikke tryk i det, og derfor undlod hun selv at bruge engangskateter. Af den grund får borger 3 lagt et permanent kateter.

Efter et par omgange med urinvejsinfektion henviste hendes egen læge hende til kontinentssygeplejerskerne i kommune. Her blev borger 3 sat i et forløb, hvor kommunen hjalp med at oplære hende i brugen engangskateter. Ved første kontakt til kommunen fik borger 3 en plan over tider, hvor det var muligt at få hjælp.

Kommunikationen mellem kommunen og lægen har været fremragende i forløbet, men her har lægen også taget en del initiativ.

Efter

I dag er borgeren selvkørende. Hun til tider brug for at selv-kateresere sig selv. Det er kun i forbindelse med, at hun bliver ramt af sygdom, at hun har brug for hjælp.

Borger 4: Hjerterpatient

Før

Borger 4 er en 64-årig mand, far til to voksne børn og arbejder som faglig konsulent.

Borgeren er hjerterpatient og har fået indopereret en bioklap d. 16.03.2023. Under indlæggelsen har borgeren haft kateter, som først blev fjernet d. 18.03.2023. Personalet på hospitalet havde ikke fokus på hvordan borgeren gik på toilettet, mens han var indlagt.

Efterfølgende bliver han tømt for 900 ml urin, 16 timer efter at hans kateter var blevet fjernet. Katetret bliver genanlagt, og borgeren bliver udskrevet med kateter.

Under

Kateteret bliver igen fjernet af en hjemmesygeplejerske d. 3.04.2023. Borgeren kan efterfølgende lade vandet, men han tisser mange små portioner.

Efterfølgende opstarter borgeren et kommunal hjerte genoptræningsforløb. Her henviser sygeplejersken i hjerteteamet borgeren til Kontinensklinikken, hvor han akut skal til blærescanning. Scanningen viser, at han efter vandladning har en 600 ml resturin i blæren.

Derefter bliver borgeren oplært i at selv-kateresere af en kommunal kontinentssygeplejerske. Sygeplejerskeren kontakter også borgerens egen læge med henblik på, at borgeren skal henvises til specialiseret udredning.

Borgeren har selv udtalt om sit forløb, at han føler, at det er kommunen der har "reddet ham" i forløbet. Hjerterafdelingen på hospitalet, som havde lavet fejlen, var ikke dem der kunne hjælpe ham videre i sit forløb.

Efter

I forbindelse med borgerens udredning på AUH, er han blevet tilbudt at få skrællet sin prostata, da dette måske kunne hjælpe på hans udfordringer. Hans prostata var en smule forstørret.

Borgeren tømmer sin blære her efterfølgende og benytter kateter i ny og næ, når han fornemmer, at han ikke tømmes ordentligt.

Nu har han mindre problemer med inkontinens efter operationen, så han har fået en bevilling på herrebind. Udover dette har borgeren det godt.



Status på urologi og bæredygtighed
Spørgsmål til markedsdialog/deltagelse

Overordnede strategi

- Ingen hormonforstyrrende eller andre uønskede stoffer i produkter, som patienter (eller medarbejdere) er i hudkontakt med. Ingen unødvendige farvestoffer i produkter
- Miljømærkede produkter
- Emballage (ren og steril)
- Overvejelser om bortskaffelse
- CSR og Produktionsland
- Transport

Kemikalier i produktet

- Norsk Miljøskema++
- (kemioplysninger i produktet '+ '= vægt og materialer, som grundlag for et senere CO2 regnskab og produktionsland)
- Check med Koncern HR Arbejdsmiljø.

Miljømærkede urologi-produkter

- Øvrigt medicinsk engangsudstyr | Svanemærket (svanemaerket.dk)
- Pænt stort sortiment – skal udsorteres på delkontrakter – hvem gør det?
- To leverandører – Fresenius, Wellspect
- Er der flere leverandører ?

Emballage

- Fælles Nordiske Emballagekrav-
- Markedsdialog: 'arket' (Excell)

Bortskaffelse

- Emballage kriterier OBS, der er tale om både rene og sterile produkter. Emballagen skal reduceres, bør kunne sorteres til genanvendelse, evt. genbrug ?
- Produkt -> pga risici for cytostatika, antibiotika og multiresistente bakterier, skal brugte produkter sendes til forbrænding -> ingen PVC i produkterne.

CSR og Produktionsland?

- Svenske Regioner vurderer produktionen af katedre som et risikoområde både på CSR og Miljø.
- Aarhus Kommunes CSR Bilag, Regionernes Kontraktbilag 5 – kan vi lave et fælles grundlag, og vil andre kommuner acceptere dette?

Transport

- Last Mile:
- Aarhus Kommune: Landtransport -> fossil eller emissionsfri i 2030
- Danske Regioner: Landtransport – udkast
- RM: Undgå flytransport (software)

Risikoanalyse - Urologi			Udfyldt af Maria Sophia Træholt	Opdateret: 14.11.2023	
Hvad kan gå galt?	Konsekvens for projektet	Sandsynlighed	Risikotal (K x S)	Handlinger	
				Forebyggende	Afbødende
Udskiftning af produkter	5	10	50	Send et orienteringsbrev ud til borgerne om den nye ordning. Personalet bør være ekstra	Hvis den nye ordning gør det mere besværligt for borgerne at få sine produkter, kan det skabe stor utilfredshed hos borgerne. Dermed vil vi i fremtiden
Oplæring af personale	10	2	20	Give personalet en god introduktion. Det er vigtigt at sørge for, at der er en step by step guide i implementeringsplanen. Herudover skal personalet introduceres til e-læringsplatformen "Rekontinens".	At der vil ske fejl som kan fører til genindlæggelser. Borgerne riskere at få den forkerte behandling og forkerte produkt.
Dårlig datakvalitet	8	2	16	At kommunerne og regionerne indlevere opdateret og korrekte tal i de enheder der fremgår af	At det ikke er muligt at lave en tilbudsliste til udbuddet eller en udligningsmodel, hvis dataerne er upræcise.
Udligningsmodellen	8	1	8	At kommunerne og regionerne indlevere opdateret og korrekte tal i de enheder der fremgår af dataskabelonen. At kommunerne bliver korrekt informeret og instrueret i, hvordan de udfylder skabelonen og	At det ikke bliver muligt at lave udligning og derfor annullere projektet.

Produktafhængigheder	3	2	6	I urologi er der ikke den samme produktafhængig ift. stomi. Derfor er det ikke den største udfordring, men et forebyggende tiltag er at nedskrive hvilke produkter der ikke passer sammen efter endt udbud.	At produkterne ikke kan kombineres på tværs af mærker eller serier. Det gør produktsammensætningen meget uflexible.
Produktforskelle mellem kommuner og regioner	3	3	9		Sortimentet vil aldrig falde 100 % i alle afdelingers behov eller efterspørgsel.
Nuværende leverandører forlænger ikke eksisterende aftaler og der opstår tomrum i overgangen til nye aftaler - dvs. kommuner er ikke aftaledækket	1	2	2	- Det afhænger af hvad den enkelte kommune har skrevet i deres aftaler. Overblik over varsler for forlængelser. - Dialog med nuværende leverandører er vigtigt for de kommuner, der har driftstart først.	Det kan give nogle udfordringer ift. forsyningssikkerheden. I de værste tilfælde kan det ende med at borgeren ikke kan få sit produkt og det er svært at finde et alternativ.
Borgere benytter sig i høj grad af frit valg	3	2	6	om urologi-projektet - Skriftlig information forud for driftstart fra kommunerne - Uvildig rådgivning	At borgerne får alle deres produkter og vejledning direkte fra producenten. Dette kan medfører at borgerne får flere produkter end nødvendigt eller måske også nogle forkerte hjælpemidler. I værste
Udvikling af bestillingssystemet tager længere tid end forventet	5	4	20	- Ressourcer til at deltage i udviklingsforløb sammen med lev. - Præcist beskrevet udbudsmateriale	Hvis bestillingssystemet er meget forsinket kan det også være en gene for borgeren. Det kan skabe stor utilfredshed blandt borgere og personale og derfor kan det risikere at der ikke er opbakning til udvikling af lignende projekter.