



01-11-2018

MDR-2018-00109

Maren Munk-Madsen

Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den
8. november 2018 kl. 10.30 – 11.30 samt kl. 17.00 – 18.30

Deltagere: Stephanie Lose, Ulla Astman, Henrik Thorup, Sophie Hæstorp
Andersen, Anders Kühnau, Heino Knudsen, Poul-Erik
Svendsen, Lars Gaardhøj, Karin Friis Bach, Per Larsen, Villy
Søvnald, Lone Langballe, Martin Geertsen, Carsten Kissmeyer,
Jacob Jensen, Lone Sondrup, Tormod Olsen

Afbud:

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Offentlig) 1. behandling af Danske Regioners budget 2019	5
3 (Offentlig) Udpegning af medlem til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse	13
4 (Fortrolig)	14
5 (Fortrolig)	14
6 (Offentlig) Ændringer i visitationskriterier for de nye særlige pladser i psykiatrien	15
7 (Fortrolig)	17
8 (Offentlig) Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven	18
9 (Fortrolig)	22
10 (Offentlig) Ansættelse af speciallæger ved universitetshospitaler	23
11 (Offentlig) Danske Regioners medfinansiering af HealthcareDenmark efter 2018	25
12 (Fortrolig).....	28
13 (Offentlig) Vi bygger for livet og Åbent hospital	29
14 (Fortrolig).....	30
15 (Offentlig) Oplæg om klimatilpasning	31
16 (Fortrolig).....	33
17 (Fortrolig).....	33
18 (Offentlig) Rejsetidspunkt - studietur for Danske Regioners bestyrelse i 2019	34
19 (Offentlig) Formandens meddelelser	35
20 (Offentlig) Generelle orienteringer	36
21 (Offentlig) Næste møde	40
22 (Offentlig) Eventuelt	41

1 (Fortrolig)

2 (Offentlig) 1. behandling af Danske Regioners budget 2019

Kristian Terp

Resumé

Budgetforslag 2019 er udarbejdet i 2019 pris- og lønniveau.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,7 procent svarende til 0,4 kr. pr. indbygger, og fastsættes til 23,9 kr. pr. indbygger for 2019.

Budgetforslag 2019 indeholder en rammereduktion på 1,3 mio. kr., hvilket reducerer det nominelle driftsunderskud fra 34,7 mio. kr. til 33,4 mio. kr.

Indstilling

Formandskabet indstiller,

at budgettet for 2019 fastsættes med et driftsunderskud på 33,4 mio. kr., og at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,7 procent og indstilles til godkendelse på generalforsamlingen til 23,9 kr. pr. indbygger for 2019.

Sagsfremstilling

Materialet til første behandling af forslaget til budget for 2018 for Danske Regioner er opdelt i følgende punkter:

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
2. Budgetforslag 2019, herunder
 - Forventet regnskab 2018
 - Budgetforudsætninger
 - Budget 2019
 - Kontingent 2019

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

En fortsættelse af den nuværende finansieringsstruktur med en delvis finansiering via træk på formuen kan fortsættes frem til og med 2029. Udgangspunktet for dette er det forventede regnskab for 2018 og forslaget til budget for 2019, samt en mekanisk fremskrivning af disse forudsætninger.

Der er i bilaget om finansiering redegjort for de enkelte finansieringskilder. Det forhold, at kun den kontingentfinansierede del af driftsbudgettet pl-reguleres medfører et automatisk produktivitetskrav svarende til 0,7 mio. kr. i 2019.

2. Budgetforslag 2019

Forventet regnskab 2018

Det forventede regnskab for 2018 (ekskl. Medicinrådet) viser en resultatforbedring på knap 13 mio. kr. (tabel 1). Kapitaludgifterne forventes at blive mindre end budgetteret, mens udgifterne til projektbevillinger forventes at blive 1 mio. kr. højere. Dette skyldes, at opgaven med opdatering af IT-systemer og implementering af persondataforordningen forventes afsluttet i 2018. Projektbevillingen afsluttes dermed ved udgangen af året.

Årets resultat forventes dermed at ende med et underskud på godt 21 mio. kr. svarende til en resultatforbedring på 12 mio. kr. i forhold til budgettet.

Forbedringen af årets resultat skyldes dels lavere personaleomkostninger bl.a. som følge af større refusioner fra barselsordninger mv., dels lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser, mødeaktiviteter og øvrig drift.

De lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser skyldes primært uforbrugte midler på de afsatte puljer. Udgifterne til mødeaktiviteter er påvirket af et fortsat fokus på anvendelse af videokonferencer fremfor fysiske møder. Hertil kommer, at 2018 er første år i den nye valgperiode, hvor møde- og rejseaktiviteten for de politiske udvalg er lavere end i andre år.

Tabel 1: Forventet regnskab 2018 (ekskl. Medicinrådet).

Forventet regnskab 2018	Budget 2018	Forventet regnskab	Forskel B-FvR
Kontingent	-131.500.000	-135.900.000	4.400.000
Øvrige kontingenter	-18.700.000	-18.700.000	0
Øvrige indtægter	-18.500.000	-19.500.000	1.000.000
Indtægter i alt:	-168.700.000	-174.100.000	5.400.000
Løn	114.000.000	114.000.000	0
Øvrige personaleudgifter	20.400.000	18.900.000	1.500.000
Personaleudgifter i alt:	134.400.000	132.900.000	1.500.000
Drift af huse	6.600.000	6.200.000	400.000
Fremmede tjenesteydelser	21.600.000	18.600.000	3.000.000
Mødeaktiviteter	9.800.000	8.300.000	1.500.000
Øvrig drift	27.900.000	26.900.000	1.000.000
Tilskud	3.100.000	3.100.000	0
Udgifter i alt:	69.000.000	63.100.000	5.900.000
Driftsresultat:	34.700.000	21.900.000	12.800.000
Kapitalindtægter	-7.700.000	-7.700.000	0
Kapitaludgifter	800.000	600.000	200.000
Kapitalposter i alt:	-6.900.000	-7.100.000	200.000
Resultat:	27.800.000	14.800.000	13.000.000
Projektbevillinger*	5.500.000	6.500.000	-1.000.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	33.300.000	21.300.000	12.000.000

*) Merforbruget skyldes fremrykning af arbejdet med GDPR. Det samlede forbrug holder sig inden for den tildelte projektbevilling.

Budgetforudsætninger

Budgetforslaget for 2019 er udarbejdet som et rammebudget i forventet 2019 pris- og lønniveau (budgettet er opregnet med en pris- og lønregulering på 1,7 procent).

Budgetforslaget indbefatter bidrag og udgifter til Medicinrådet, Regionernes Fælles Indkøb (RFI), Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI), Videntcenter for Miljø og Ressourcer (VMR), samt Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams (Kvalitetsenheden).

Kvalitetsenheden er etableret i regi af Danske Regioner som et fællesregionalt sekretariat i forbindelse med opstart og idriftsættelse af det nationale

kvalitetsprogram. Der er afsat 0,8 mio. kr. om året fra og med 2016 til at finansiere det fælles sekretariat. Der er i Økonomiaftalen for 2016 afsat i alt 45 mio. kr. over årene 2015-19 til etablering af lærings- og kvalitetsteams i regionerne.

Budget 2019

Økonomiaftalen for 2019 indbefatter et omprioreringsbidrag på 1 procent af administrationsudgifterne på sundhedsområdet i regionerne. På den baggrund er der i lighed med sidste år indlagt en rammereduktion på 1,3 mio. kr. på Danske Regioners basisbudget svarende til 1 procent af grundkontingentet i 2019. Budgetforslag 2019 reducerer dermed underskuddet på det nominelle driftsresultat til 33,4 mio. kr.

Som konsekvens af ændringerne i erhvervsfremmeloven er der sket en tilpasning i Danske Regioners organisation. Det tidligere center VERU (Vækst, Erhverv og Regional udvikling) er ændret til REM (Regional udvikling, EU og Miljø) og bemanningen er reduceret med 3 AC stillinger og 1 HK stilling svarende til en reduktion på 19 procent på området.

Tabel 2 nedenfor viser det samlede budget for Danske Regioner (inkl. Medicinrådet og øvrige tilknyttede enheder) for 2018 og forslag til Budget 2019 (alt i 2019 P/L).

Tabel 2: Budget 2018 og Budgetforslag 2019 i 2019 P/L inkl. Medicinrådet.

Budgettal i 2019 P/L:	Budget 2018	Budget 2019
Kontingent	-133.700.000	-133.700.000
Øvrige kontingenter	-63.300.000	-63.300.000
Øvrige indtægter	-17.900.000	-17.600.000
Indtægter i alt:	-214.900.000	-214.600.000
Løn	144.400.000	143.800.000
Øvrige personaleudgifter	25.500.000	25.300.000
Personaleudgifter i alt:	169.900.000	169.100.000
Drift af Regionernes Hus m.m.	9.500.000	8.200.000
Fremmede tjenesteydelser	24.600.000	25.100.000
Mødeaktiviteter	12.000.000	12.100.000
Øvrig drift	32.400.000	32.200.000
Tilskud	3.200.000	3.200.000
Rammerreduktion	-1.300.000	-1.300.000
Udgifter i alt:	80.400.000	79.500.000
Driftsresultat:	35.400.000	34.000.000
Kapitalindtægter	-7.800.000	-7.500.000
Kapitaludgifter	800.000	300.000
Kapitalposter i alt:	-7.000.000	-7.200.000
Resultat:	28.400.000	26.800.000
Projektbevillinger	5.500.000	1.000.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	33.900.000	27.800.000

Tabel 3 viser budgetforslaget for Danske Regioners sekretariat.

Tabel 3: Danske Regioners basisbudget 2019

Budgettal i 2019 P/L:	Budget 2018	Budget 2019
Kontingent	-133.700.000	-133.700.000
Øvrige indtægter	-21.200.000	-20.200.000
Indtægter i alt:	-154.900.000	-153.900.000
Løn	105.500.000	104.500.000
Øvrige personaleudgifter	20.100.000	19.900.000
Personaleudgifter i alt:	125.600.000	124.400.000
Drift af Regionernes Hus	6.700.000	6.000.000
Fremmede tjenesteydelser	17.100.000	17.100.000
Mødeaktiviteter	9.100.000	9.000.000
Øvrig drift	29.900.000	28.900.000
Tilskud	3.200.000	3.200.000
Rammerreduktion	-1.300.000	-1.300.000
Udgifter i alt:	64.700.000	62.900.000
Driftsresultat:	35.400.000	33.400.000
Kapitalindtægter	-7.800.000	-7.500.000
Kapitaludgifter	800.000	300.000
Kapitalposter i alt:	-7.000.000	-7.200.000
Resultat:	28.400.000	26.200.000
Projektbevillinger	5.500.000	1.000.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	33.900.000	27.200.000

Kombinationen af rammerreduktionen og den manglende PL-regulering af underskuddet på driftsresultatet giver et samlet besparelseskraav på 2 mio. kr. på budget 2019.

Projektbevillingen på 1 mio. kr. årligt til Godt sygehusbyggeri fortsætter i perioden 2019-20.

I tabel 4 nedenfor vises Medicinrådets budget for 2019. Og i tabel 5 vises de samlede budgetter for de øvrige enheder i Danske Regioner med særskilt kontingentfinansiering; RSI, RFI, VMR og Kvalitetsenheden.

Tabel 4: Medicinrådet budget for 2019

Budgettal i 2019 P/L:	Budget 2018	Budget 2019
Øvrige kontingenter	-44.400.000	-44.400.000
Indtægter i alt:	-44.400.000	-44.400.000
Løn	28.500.000	29.100.000
Øvrige personaleudgifter	4.200.000	4.300.000
Personaleudgifter i alt:	32.700.000	33.400.000
Husleje m.m.	2.700.000	2.200.000
Fremmede tjenesteydelser	2.900.000	3.800.000
Mødeaktiviteter	1.300.000	1.400.000
Øvrig drift	4.800.000	4.200.000
Udgifter i alt:	11.700.000	11.600.000
Driftsresultat:	0	600.000

Medicinrådet budgetterer i 2019 med et merforbrug på 600.000 kr., der finansieres af de hensatte uforbrugte midler fra 2017.

Tabel 5: RSI, RFI, VMR og kvalitetsenheden budget 2019

Budgettal i 2019 P/L:	Budget 2018	Budget 2019
Øvrige kontingenter	-18.900.000	-18.900.000
Indtægter i alt:	-18.900.000	-18.900.000
Løn	10.500.000	10.200.000
Øvrige personaleudgifter	1.200.000	1.100.000
Personaleudgifter i alt:	11.700.000	11.300.000
Øvrige udgifter:	7.200.000	7.600.000
Driftsresultat:	0	0

Som i de foregående år forelægges bestyrelsen som en del af budgetforslaget Danske Regioners normeringsoversigt. Den er nedenfor opdelt i henholdsvis sekretariatet, Medicinrådet og de særskilt finansierede enheder (tabel 6).

Tabel 6: Normeringsoversigt for hhv. Sekretariatet, Medicinrådet og de særskilt finansierede områder.

	B16	B17	B18	B19
Sekretariatet	150,2	150,7	150,7	147,0
Elever	4,0	5,0	4,0	4,0
Danske Regioners sekretariat i alt	154,2	155,7	154,7	151,0

	B16	B17	B18	B19
Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI)	4,3	4,3	4,3	5,0
Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR)	6,0	6,0	6,0	6,0
Regionernes Fællesindkøb (RFI)	0,0	4,0	4,0	4,0

	B16	B17	B18	B19
Medicinrådet	0,0	30,0	35,0	39,0

Kontingent 2019

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen. Kontingentet foreslås pris- og lønsumsreguleret på baggrund af den udmeldte sats for den generelle regionale PL (ekskl. sygehusmedicin). For 2019 vil det pris- og løntalsregulerede kontingent udgøre 23,9 kr. pr. indbygger, svarende til en stigning på 0,4 kr. pr. indbygger i forhold til 2018.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter (1211670 - EMN-2018-02255)
2. Danske Regioners sekretariat (1211674 - EMN-2018-02255)

3 (Offentlig) Udpegning af medlem til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse

Lone Vingtoft

Resumé

Som led i omlægningen af erhvervsfremmesystemet etableres Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. Bestyrelsen får til opgave at udarbejde en strategi for den decentrale erhvervsfremme og medfinansiere indsatser i relation hertil. Danske Regioner skal udpege et medlem til bestyrelsen.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioner udpeger regionsrådsformand og formand for Danske Regioner Stephanie Lose (V), Region Syddanmark, som medlem af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse.

Sagsfremstilling

Erhvervsminister Rasmus Jarlov har bedt Danske Regioner om at udpege et medlem til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse.

Det følger således af forslag til lov om erhvervsfremme, at der skal etableres en erhvervsfremmebestyrelse, der får til opgave at udarbejde en strategi for den decentrale erhvervsfremme. Strategien skal indeholde regionale kapitler og virke rammesættende for den kommunale erhvervsudvikling. Bestyrelsen skal herefter igangsætte og finansiere decentrale erhvervsfremmeindsatser ved brug af midler fra EU's strukturfonde og nationale midler afsat til erhvervsfremme.

Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse vil også få indflydelse på regionernes fremtidige arbejde med regional udvikling. Det fremgår af lovforslaget om erhvervsfremme, at

- Regionerne kan efter høring af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse udarbejde en regional udviklingsstrategi.
- Gennemfører en region ikke Danmarks Erhvervsfremmebestyrelsens anbefalinger, skal regionen begrunde dette over for bestyrelsen.

Lovforslaget om erhvervsfremme blev fremsat den 23. oktober 2018 og forventes 1. behandlet den 8. november 2018.

Når lovforslaget er vedtaget, skal ministeren herefter udstede en bekendtgørelse om bestyrelsens sammensætning. Ifølge det bekendtgørelsesudkast, der er sendt i høring, vil Danmarks

Erhvervsfremmebestyrelse består af 17 medlemmer, herunder fem kommunale medlemmer, syv medlemmer fra erhvervslivet samt repræsentanter for lønmodtagerne, en vidensinstitution og staten.

Medlemmerne skal udpeges på baggrund af personlige og faglige kvalifikationer og vil ikke skulle handle under mandat eller instruktion fra de indstillende eller udpegende parter. Der udpeges ikke suppleanter.

Udpegningsperioden følger regionsrådenes valgperiode. Der forventes afholdt 6 møder om året, dog muligvis flere i 2019.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Offentlig) Ændringer i visitationskriterier for de nye særlige pladser i psykiatrien

Ida Agnete Dalsjö

Resumé

Sundheds- og Ældreministeriet har, i forlængelse af økonomiaftalen 2018 og med bidrag fra KL og Danske Regioner, den 29. oktober 2018 sendt udkast til lovforslag om lempelse af visitationskriterierne til de særlige pladser i høring.

Der har vist sig udfordringer med at visitere tilstrækkeligt med patienter til de særlige pladser, og en status primo oktober 2018 fra regionerne viser, at mere end halvdelen af pladserne står tomme. Derfor foreslog Danske Regioner sammen med KL den 28. oktober 2018 i Jyllands-Posten, at de særlige pladser skal omlægges til ordinære sengepladser i psykiatrien og en styrkelse af socialpsykiatrien.

Forslaget om at ændre modellen og omdanne de særlige pladser til ordinære pladser gentages i høringssvaret. Samtidig noterer Danske Regioner, at lempelserne i visitationskriterierne flugter med Danske Regioners ønske herom.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar om justering af visitationskriterierne til de særlige pladser i psykiatrien.

Sagsfremstilling

Som led i en national indsats for at forebygge vold på botilbud etablerer regionerne i 2018 150 nye særlige pladser i psykiatrien. Loven vedrørende de særlige pladser trådte i kraft den 1. januar 2018.

Af økonomiaftalerne mellem regeringen og henholdsvis KL og Danske Regioner fremgår det, at "regeringen skal drøfte behovet for justeringer af visitationskriterier med satspulje-partierne med henblik på at søge Folketingets opbakning til eventuelt at foretage justeringer, således at visitationen til de særlige pladser ikke begrænses unødigt."

De foreløbige erfaringer med de særlige pladser peger på, at de nuværende visitationskriterier er for begrænsende i forhold til at kunne visitere alle relevante borgere til pladserne. Med bidrag fra Danske Regioner og KL har Sundheds- og Ældreministeriet den 29. oktober 2018 sendt et lovforslag om justeringer af de eksisterende visitationskriterier i høring.

Mange af Danske Regioners ønsker til justeringer af de eksisterende visitationskriterier er indarbejdet i udkast til lovforslaget, bl.a.:

- At fire ud af de seks kriterier skal være opfyldt, for at borgeren kan visiteres til en særlig plads, fremfor at alle kriterier skal være opfyldt på én gang.
- At farlighedskriteriet lempes.
- At det ikke længere skal være påkrævet, at patienten har fået stillet en psykiatrisk diagnose, for at blive visiteret til en særlig plads. Udredning kan nu også indgå som en del af opholdet.
- Der sættes fokus på, om borgeren vil have gavn af tilbuddet her og nu, frem for et fokus på patientens historik.
- Tilbuddet vurderes at være det bedst egnede til at forebygge vold, misbrug m.m.

Derudover fremgår det af udkast til lovforslaget, at en overlæge eller andre ansatte tilknyttet en psykiatrisk afdeling i det regionale sygehusvæsen, får mulighed for at gøre regionsrådet opmærksom på, at det kunne være gavnligt for en patient at blive visiteret til en særlig plads. Danske Regioner kvitterer for, at kompetencerne hos det kliniske personale - med indsigt og viden om den enkelte patients behov - bringes i spil, men det er unødvendigt bureaukratisk, at henvisningen skal gå gennem regionsrådet.

Fælles forslag med KL

Men Danske Regioner mener ikke, at justeringerne i visitationskriterierne er tilstrækkelige til at sikre en bedre udnyttelse af de særlige pladser i psykiatrien. En status pr. 15. oktober 2018 viser, at regionerne har åbnet 83 pladser, men at over halvdelen af pladserne står tomme. Det er ikke økonomisk forsvarligt og det tydeliggør, at modellen ikke fungerer i dens nuværende form.

Risikoen for, at der går yderligere tid med at afprøve en ny model, som heller ikke er tilstrækkelig, er en af årsagerne til, at Danske Regioner sammen med KL søndag den 28. oktober 2018 i Jyllands-Posten foreslog, at modellen grundlæggende laves om. De særlige pladser bør omdannes til sengepladser i psykiatrien på ordinære vilkår men reserveret til den oprindelige målgruppe. For der er brug for en anden model, hvor både psykiatriens og socialpsykiatriens tilbud til målgruppen styrkes, og hvor de samlede ressourcer til området bringes bedre i spil.

Danske Regioner og KL opfordrer derfor regeringen til samlet at afsætte 220 mio. kr. - heraf godt 30 mio. kr. til kommunernes medfinansiering og 190 mio. kr. til regionerne - for at de mest udsatte borgere kan få et sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb i den ordinære psykiatri. Det vil både

give bedre behandling, bedre langsigtet rehabilitering og større tryghed for både borgere og medarbejdere i psykiatrien.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioner og KL i fælles forslag til regeringen: Omlæg de særlige pladser i psykiatrien til ordinære sengepladser (1236584 - EMN-2017-02676)
2. Høringssvar fra Danske Regioner om justeringer til visitationskriterier (1236457 - EMN-2017-02676)

7 (Fortrolig)

8 (Offentlig) Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven

Katrine Stokholm

Resumé

Sundheds- og Ældreministeriet har sendt forslag til lov om ændring af sundhedsloven i høring. Danske Regioner har siden sundhedsdatapolitikken "sundhedsdata i spil" fra april 2015 arbejdet for en modernisering af lovgivningen om sundhedsdata. Lovforslaget er et væsentligt skridt i den rigtige retning. Princippet i lovforslaget er således, at de sundhedspersoner, der behandler patienten, må slå op på patientens journal, uanset ansættelsessted. Samtidig skaber lovforslaget klarere rammer for patienternes samtykke til datadeling.

Forslaget lægger op til, at data skal deles gennem en national infrastruktur. Her er det væsentligt at sikre, at data som hidtil kan vises sikkert fra kildesystemerne via sundhedsjournalen på sundhed.dk. Desuden lægger Danske Regioner stor vægt på, at der foretages en teknisk og økonomisk analyse af forslaget.

Lovforslaget indeholder ikke ændringer af sundhedsloven på alle de områder, hvor Danske Regioner har peget på et behov. Der er således ingen foreslåede ændringer i forhold til data til forskning, værdibaseret sundhed og vurdering af effekter af behandling. Det skyldes, at lovforslaget holder sig inden for rammen af en politisk aftale mellem alle Folketingets partier om bedre brug af sundhedsdata fra juni 2018.

På grund af høringsfristen den 23. oktober 2018 har Danske Regioner fremsendt høringssvar med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar til ændring af sundhedsloven vedrørende bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet og påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination.

Sagsfremstilling

Sundheds- og Ældreministeriet har sendt forslag til lov om ændring af sundhedsloven (bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet og påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination) i høring.

Lovforslaget er en udmøntning af en længerevarende proces, hvor alle Folketingets partier er blevet enige om de overordnede rammer og hensyn for brug af sundhedsdata. I februar 2017 blev der således aftalt syv principper for moderne og sikker brug af sundhedsdata som ramme for at skabe en tryk og tidssvarende lovgivning i fremtiden. På den baggrund blev der indgået en ny og mere konkret politisk aftale mellem alle Folketingets partier om bedre brug af sundhedsdata den 26. juni 2018.

Aftalen vedrører fire overordnede områder:

- Bedre lovgrundlag for digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet
- Klare rammer for brug af nationale sundhedsdata i sundhedsvæsenet
- Klare rammer for dataindberetning fra praksissektoren
- Bedre lovgrundlag for opfølgning på børnevaccinationsprogrammet

Lovforslaget er en udmøntning af denne aftale.

Lovforslaget i forhold til Danske Regioners sundhedsdatapolitik

Danske Regioner har siden sundhedsdatapolitikken "Sundhedsdata i spil" fra april 2015 arbejdet for en modernisering af lovgivningen om sundhedsdata, så den understøtter et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om patienten. Dette skal gøres på en måde, der tager hensyn til at beskytte borgernes privatliv.

Danske Regioner har fået gennemført en analyse, der viser, at der på en række områder er barrierer for at bruge og dele sundhedsdata i sundhedsvæsenet. Her er der særligt fokus på forskning, planlægning, styring og værdibaseret sundhed. Analysen blev omdelt på bestyrelsens møde den 4. oktober 2018 og er efterfølgende blevet offentliggjort.

Lovforslaget er et væsentligt skridt i den rigtige retning, fordi der lægges op til en tidssvarende ramme for bedre digitalt samarbejde og datadeling på tværs af sundhedsvæsenet.

Lovforslaget vedrører dog kun en begrænset del af udfordringerne for datadeling, eftersom der som udgangspunkt alene er tale om en ændring af bestemmelserne i sundhedsloven om *aktuel behandling af patienter* – i tråd med den indgåede politiske aftale, jf. ovenfor. Samlet set imødekommer lovforslaget således ikke økonomiaftalen for 2019, hvor det blev aftalt at arbejde for at kunne dele data til blandt andet brug af viden om effekt samt videreudvikling af aktiv patientstøtte og lignende forebyggende indsatser. Senere i Folketingssamlingen forventes det dog, at der vil blive fremsat lovforslag om bedre brug af sundhedsdata i relation til forskning.

Lovforslagets indhold

I dag giver sundhedslovgivningen ikke mulighed for, at de forskellige aktører i sundhedsvæsenet har direkte elektronisk adgang til relevante data om en

given patient. Samtidig stilles der i den gældende lovgivning krav om, at selve adgangen til journaler teknisk skal afgrænses til ét behandlingssted. Det betyder, at lovgivningen ikke understøtter tidstro udveksling af data om patienten på tværs af sektorer.

Danske Regioner finder det positivt, at der med forslaget foreslås en modernisering af sundhedslovens § 42 a, så den bedre understøtter tværgående samarbejde. Bestemmelsen regulerer, hvem der må indhente journaloplysninger i forhold til aktuel behandling. Det foreslåede princip er, at hvis patienten ønsker det, må de sundhedspersoner, der behandler patienten, slå op på patientens journal, uanset ansættelsessted. Dermed tages der udgangspunkt i patienten, og ikke i sundhedspersonens ansættelsessted.

Endvidere støtter Danske Regioner, at der med forslaget etableres en adgang til at bruge data til beslutningsstøtte f.eks. i form af "patients like me". Det indebærer, at sundhedspersonale kan hente viden om tilsvarende tidligere patienter, når en sådan viden kan forbedre behandlingen af en aktuel patient. I det fremsendte lovforslag vurderes der dog fortsat at være flere uhensigtsmæssige begrænsninger på adgangen hertil.

Herudover lægger lovforslaget op til, at der senere skal udmøntes en bekendtgørelse. Denne skal gøre det muligt at bruge data om tidligere patienter i registre som Landspatientregistret eller Sygehusmedicinregistret som beslutningsstøtte og prædiktion i behandlingen af aktuelle patienter.

Samtykke til brug af helbredsoplysninger

Lovforslaget skaber klarere rammer for patienternes samtykke til datadeling. Desuden lægger forslaget op til, at patienter i højere grad får indflydelse på, om de kan blive kontaktet af sundhedspersoner med henblik på forebyggende indsatser og opfølgende behandling. Et eksempel kan være, at borgeren ved et besøg hos sin praktiserende læge giver samtykke til at kunne blive kontaktet af kommunen om et relevant forebyggende tilbud.

Patienten får dog også en klar mulighed for at frabede sig, at der indhentes oplysninger. Dette vil i visse tilfælde kunne føre til, at patienten også frabeder sig behandling eller forebyggelse. Det bliver derfor afgørende at sikre, at patienten er fuldt informeret om potentielle konsekvenser af sine valg. Det er hensigten, at patientens samtykke skal gives digitalt.

National infrastruktur

Lovforslaget lægger op til, at visse data skal deles gennem en national, statslig infrastruktur. Der lægges blandt andet op til at skabe nye muligheder for at dele data på tværs, eksempelvis via et stamkort og aftaleoverblik, hvilket som udgangspunkt er positivt.

I dag spejles data fra kildesystemerne på tværs af sektorer i sundhedsjournalen på sundhed.dk. Der arbejdes løbende på at videreudvikle sundhedsjournalen, så den modsvarer både klinkernes og borgernes behov.

Det er uklart, om der med forslaget om at skabe en national infrastruktur, lægges op til en statslig infrastruktur. Danske Regioner finder, at det vil være uhensigtsmæssigt, hvis der med forslaget skabes monopol i forhold til dataudveksling i sundhedsvæsenet, blandt andet fordi det vil fordyre og forsinke den digitale udvikling, som allerede er sat i gang. I høringssvaret fastslås derfor vigtigheden af, at data fortsat kan deles på anden vis. Desuden opfordres der til, at de økonomiske og teknologiske konsekvenser af øget datadeling via en national, statslig infrastruktur afklares nærmere.

Data fra almen praksis samt vaccinationer

Loven giver mulighed for, at der i fremtiden kan sendes påmindelser til forældre ved manglende gennemførelse af børnevaccinationer. Endvidere vil der gennem en senere bekendtgørelse være mulighed for at stille krav til alment praktiserende lægers indberetning af data blandt andet til Landspatientregisteret.

Økonomi

Etableringen af en national infrastruktur til datadeling kan betyde væsentlige omkostninger til systemændringer i regionernes digitale løsninger. Endvidere kan mulige krav til certificeringer og integrationer til regionernes it-systemer blive særdeles omkostningstunge. Det er dog ikke muligt at afdække de samlede økonomiske konsekvenser, før rækkevidden og indholdet af den nationale infrastruktur er afklaret nærmere. Der anmodes derfor i Danske Regioners høringssvar om, at der foretages en analyse af de tekniske og økonomiske konsekvenser.

Sekretariatets bemærkninger

Link til aftale om bedre brug af sundhedsdata:

<https://www.regeringen.dk/media/5771/politisk-aftale-om-bedre-brug-af-sundhedsdata-1.pdf>

Link til lovforslaget:

<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/62210>

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringsvar over forslag til lov om ændring af sundhedsloven (bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet (1233072 - EMN-2018-02541)

9 (Fortrolig)

10 (Offentlig) Ansættelse af speciallæger ved universitetshospitaler

Lisbet Langbjerg Sørensen

Resumé

På bestyrelsens møde den 15. december 2016 blev det besluttet at opfordre regionerne til, at antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne omkring de tre største byer i Danmark skulle låses i en periode på to år. Anbefalingen af ordningen var oprindelig for 2 år, det vil sige til evaluering med udgangen af 2018.

På bestyrelsens møde den 8. februar 2018 blev der truffet beslutning om en anden opgørelsesmetode for antal af speciallægestillinger på universitetshospitaler omkring de tre største byer. Opgørelserne baseret på den nye metode kan først kan foreligge i januar 2019, og der er derfor behov for en forlængelse af perioden for ordningen frem til og med marts 2019, således at der kan ske en evaluering af ordningen, mens den stadig er i funktion.

Evalueringen vil blive forelagt på bestyrelsens møde den 7. februar 2019.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at anbefalingen om at fastlåse antallet af speciallægestillinger forlænges til udgangen af marts 2019.

Sagsfremstilling

På bestyrelsens møde den 15. december 2016 blev det besluttet at opfordre regionerne til, at antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne omkring de tre største byer i Danmark skulle låses i en periode på to år.

Bestyrelsen har den 8. februar 2018 anbefalet regionerne at tilpasse måltallet for fastfrysning af antallet af speciallægestillinger ved universitetshospitalerne. Det betyder samtidig, at det først vil være i januar 2019, at man kan opgøre det gennemsnitlige antal af speciallægestillinger på de berørte hospitaler for perioden 1. juli 2018 til 31. december 2018. Ordningen skal evalueres på baggrund af blandt andet disse tal.

Anbefalingen af ordningen var oprindelig for 2 år, det vil sige til evaluering med udgangen af 2018. Men da opgørelserne baseret på den nye metode først kan foreligge i januar 2019, indstilles det, at ordningen fortsætter frem til

og med marts 2019, således at evalueringen behandles på bestyrelsens møde den 7. februar 2019.

Bestyrelsen vil hermed kunne evaluere ordningen, mens den stadig er fungerende samt eventuelt træffe beslutning om, hvorvidt ordningen skal forlænges i en ny periode - eventuelt i en revideret form.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

11 (Offentlig) Danske Regioners medfinansiering af HealthcareDenmark efter 2018

Ole Ravnholt Sørensen

Resumé

Danske Regioners aktuelle finansiering af Healthcare Denmark udløber ved udgangen af 2018. Det skal derfor afklares, om Danske Regioner skal fortsætte med at medfinansiere markedsføringskonsortiet efter 2018.

HealthcareDenmark er et offentlig-privat markedsføringskonsortium, der arbejder for at løfte det internationale kendskab til danske sundheds- og velfærdsløsninger.

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

Hidtil har HealthcareDenmark haft stor succes med at øge kendskabet til og markedsføre Danmarks styrker og kompetencer indenfor sundheds- og velfærdsløsninger på relevante udenlandske markeder.

I forlængelse af regeringens "vækstplan for life science" fra marts 2018 er HealthcareDenmarks fokus blevet udvidet til også at promovere og eksponere danske styrker indenfor life science.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at der i perioden 1. januar 2019 til 31. december 2021 afsættes i alt 1 mio. kr. fra bestyrelsens pulje til finansiering af Danske Regioners fortsatte medlemskab af HealthcareDenmark.

Sagsfremstilling

HealthcareDenmark blev stiftet i 2012 af Erhvervsministeriet, Danske Regioner, Dansk Industri, Dansk Erhverv, Systematic A/S, Falck A/S, KMD, COWI og Region Syddanmark (samt Sundhedsministeriet og Udenrigsministeriet som observatører). Senere har en række yderligere virksomheder tilsluttet sig.

Opgaver og resultater

HealthcareDenmark arbejder for at øge kendskabet til og markedsføre Danmarks styrker og kompetencer indenfor sundheds- og velfærdsløsninger på relevante – og prioriterede – udenlandske markeder.

Siden 2012 er dette i vidt omfang lykkedes bl.a. gennem næsten 200 udenlandske delegationsbesøg til Danmark, hvoraf de 60 udenlandske delegationsbesøg er afholdt siden 2017. Der har desuden været omtale i ca. 150 internationale presseartikler, omtrent 3.000 downloads af såkaldte "whitepapers" (om danske løsninger indenfor bl.a. telemedicin, hospitalslogistik, demens-relaterede løsninger) og godt 150 indlæg på internationale konferencer. I 2017 var der over 10.000 unikke visninger af en række engelsksprogede kortfilm om det danske sundhedsvæsen mv. Derudover har der været deltagelse i 5 officielle danske eksportfremstød.

HealthcareDenmarks fokus de kommende år

Fremadrettet er det HealthcareDenmarks strategi at opbygge og styrke indsatsen i forhold til det nytilkomne life science-område. Når det gælder sundheds- og velfærdsløsninger vil indsatsen den kommende tid primært handle om at konsolidere indsatsen på prioriterede markeder i Tyskland, USA, Skandinavien, Storbritannien samt Frankrig. Ligeledes ligger der en opgave med at tiltrække yderligere private medlemmer til konsortiet.

HealthcareDenmarks ambassadørkorps – der består af 25 fagligt toneangivende repræsentanter ("thought leaders") i bl.a. USA, Storbritannien og Tyskland – vil blive udbygget med nye HealthcareDenmark-ambassadører i nye fokuslande.

Det er desuden målet at tiltrække flere delegationer samt øge påvirkningen via presse- og kommunikation, således at HealthcareDenmarks mål i højere grad opnås via besøg til Danmark og påvirkning via pressen og hjemmesiden.

Hvordan gavner HealthcareDenmark Danske Regioner?

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

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

Life science

Fra etableringen og frem til 2018 har HealthcareDenmarks primære fokus været rettet mod sundheds- og velfærdsløsninger. Derimod har dansk life science, dvs. lægemiddel-produktion og medicoteknisk udstyr, hidtil ikke været et fokusfelt. Som led i regeringens "vækstplan for life science" (marts 2018) var der dog et ønske om - og politisk opbakning til - at udbygge HealthcareDenmarks virkefelt til også at omfatte Danmarks styrker indenfor life science. Udvidelsen med life science betyder, at følgende medio 2018 er blevet en aktiv del af konsortiet: Novo Nordisk, Leo Pharma, Lundbeck, Coloplast og Lægemiddelindustriforeningen.

HealthcareDenmarks aktiviteter indenfor henholdsvis sundheds- og velfærdsløsninger samt life science er organisatorisk og administrativt adskilte (via to særskilte bestyrelser), men bygger på, og anvender i vidt omfang, de samme metoder, når det handler om at øge Danmarks eksponering og synlighed indenfor disse områder.

Opdelingen betyder, at Danske Regioner i dag alene er fuldgyldigt medlem i den ene bestyrelse (sundhed og velfærdsløsninger), og kun betaler for ét medlemskab. Dog følger Danske Regioner arbejdet i relation til life science, og Danske Regioner deltager i bestyrelsen som observatør.

Økonomi

Udgiften til Danske Regioners fortsatte medlemskab af HealthcareDenmark er på 1 mio. kr. for perioden 1. januar 2019 til 31. december 2021 (333.000 kr. pr. år i hvert af de tre år).

Danske Regioner har siden 2012 medfinansieret konsortiet med sammenlagt 2,1 mio. kr.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

12 (Fortrolig)

13 (Offentlig) Vi bygger for livet og Åbent hospital

Rikke Houkjær

Resumé

Kampagnen "Vi bygger for livet" blev startet i 2017 og består af engagerende indhold på Facebook og web samt af "Åbent hospital" på hospitalsbyggerier i alle regioner den første søndag i september.

Kampagnen retter sig mod den interesserede borger og har til formål at demonstrere, hvordan de nye hospitaler skaber rammer for den bedste behandling.

Det er vurderingen, at regionerne med indsatsen "Vi bygger for livet" i 2017 og 2018 har lagt et fundament for en positiv holdning til de nye hospitaler, som bør fastholdes med en fortsættelse af indsatsen. Sekretariatet anbefaler derfor en fortsættelse af kampagnen "Vi bygger for livet" med et budget på 250.000 kr. samt en gentagelse af "Åbent hospital" i alle regioner i 2019.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager evalueringen af "Vi bygger for livet" og "Åbent hospital" 2018 til efterretning,

at bestyrelsen godkender, at der afholdes "Åbent hospital" den første søndag i september i alle regioner i 2019, dvs. den 1. september 2019, og

at bestyrelsen bevilliger 250.000 kr. fra bestyrelsens pulje til kampagnen "Vi bygger for livet" og markedsføring af "Åbent hospital" i 2019.

Sagsfremstilling

Den 2. september 2018 var der "Åbent hospital" på 12 hospitalsbyggerier landet over. I alt besøgte mindst 13.000 danskere de nye hospitaler, hvilket er lidt færre end i 2017, hvor der var "Åbent hospital" på 18 byggerier. Den enkelte region beslutter selv, hvilke hospitaler der deltager i "Åbent hospital".

Danske Regioner har i tæt samarbejde med regionerne og de nye hospitaler produceret materiale til sociale medier: videoer, billeder og fakta. Materialet er blevet brugt på alle aktørers sociale medier. Facebook har dannet ramme for markedsføringen af "Åbent hospital", bakket op af annoncer i trykte og elektroniske medier.

Mere end 1 mio. danskere har i august og september fået vist opslag fra kampagnen på deres Facebook - i gennemsnit 2,5 gang hver. Ca. 20.000

personer interagerede med likes, delinger og posts. Videoer på Facebook er blevet vist 241.000 gange.

Kampagnen og historierne om casepersonerne har givet fin presseomtale, både i nationalt TV, radio og dagblade samt i regionale og lokale medier.

Det foreslås, at arbejdsdelingen mellem regionerne og Danske Regioner fortsætter i samme spor som hidtil: Danske Regioner har ansvar for den fælles kommunikationsplatform og for at understøtte det nationale budskab om et fremtidssikret sundhedsvæsen af høj kvalitet. Regionerne står for eksekveringen af "Åbent hospital" samt lokal kommunikation.

Økonomi

Der lægges op til, at der fra bestyrelsens pulje afsættes 250.000 kr. i 2019 til en fortsættelse af kampagnen "Vi bygger for livet".

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

14 (Fortrolig)

15 (Offentlig) Oplæg om klimatilpasning

Camilla Rosenhagen

Resumé

Regionerne kan hver i sær selv beslutte at gøre klimatilpasning til et tema i de regionale udviklingsstrategier, der pt. er under forberedelse. Regionerne og Danske Regioner har derfor udarbejdet et inspirationsoplæg, hvor der beskrives, hvorfor der er behov for en regionalt samlende aktør, og hvad denne rolle kan være. Regionalt-kommunalt samarbejde kan gøre en forskel på klimatilpasningsområdet.

Det skal endvidere overvejes, om Danske Regioner også skal arbejde for, at regionerne får en mere formel rolle i forhold til klimatilpasningsindsatsen ved, at fem regionale samarbejder indskrives som en del af den reviderede vandløbslov.

Indstilling

Udvalget for Miljø og Ressourcer indstiller,

at bestyrelsen godkender inspirationsoplægget om klimatilpasning og at det efterfølgende sendes til de regionale udvalg for miljø og klima, som inspiration til udvalgenes arbejde,

at bestyrelsen anbefaler, at alle regioner fremadrettet arbejder med klimatilpasning, og

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner arbejder for indskrivning af fem regionale samarbejder i forbindelse med revision af vandløbsloven.

Sagsfremstilling

Inspirationsoplæg om klimatilpasning

De fem regioner og Danske Regioner har sammen udarbejdet et inspirationsoplæg om klimatilpasning, som beskriver en række indsatsområder og giver anbefalinger til det videre arbejde.

Regionerne kan hver især selv beslutte at gøre klimatilpasning til et tema i de regionale udviklingsstrategier, der pt. er under forberedelse. Men regionerne vil stå stærkere, hvis alle fem regioner inddrager området.

I foråret 2019 følges op med et fælles seminar for alle de regionale miljø- og klimaudvalg med temaer indenfor miljø- og klimadagsordenen.

En styrket regional rolle i klimatilpasningen

Det fremgår af bestyrelsens arbejdsprogram, at regionerne skal være de aktører på klimatilpasningsområdet, som arbejder på tværs af kommuneskel

og binder klimainsatsen sammen regionalt. Der er bred enighed om, at der er behov for klimatilpasning, der rækker på tværs af kommunegrænser.

Der, hvor der har været drevet regionale samarbejder for klimatilpasning, har erfaringerne været meget positive. Tænk tanken *Concito* skrev således sidste år i deres rapport *Robusthed i kommunale klimatilpasningsplaner*, at alle kommuner, der deltager i de regionale samarbejder i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, også deltager i tværkommunale samarbejder om klimatilpasning. Til sammenligning er det blot omkring en tredjedel af kommunerne i de øvrige regioner, der indgår i tværkommunale projekter omkring klimatilpasning.

Der er opstået en konkret anledning til se på en mere systematisk rolle for regionerne i klimatilpasningsindsatsen i forbindelse med den forestående ændring af vandløbsloven.

Regeringen har haft nedsat et ekspertudvalg til at se på en ændret vandløbsforvaltning. Ekspertudvalgets rapport anbefalede i december 2017, at der etableres et lovpligtigt tværkommunalt forum for vandløb for at skabe en organisatorisk ramme for helhedstænkningen.

Folketingets miljø- og fødevarerudvalg har bedt Landbrug og Fødevarer og Danmarks Naturfredningsforening om sammen at komme med deres anbefalinger om implementering af ekspertpanelets anbefalinger. Her har de to organisationer nævnt, at regionerne kan have en rolle i forhold til at skabe helhedsplaner blandt kommunerne. Der er dermed en åbning og en interesse blandt to hovedaktører for en endnu ikke defineret regional rolle i den forestående lovrevision.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Miljø og Ressourcer har behandlet sagen på møde den 27. september 2018.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. En styrket regional rolle i klimatilpasning (1231167 - EMN-2017-01086)

16 (Fortrolig)

17 (Fortrolig)

18 (Offentlig) Rejsetidspunkt - studietur for Danske Regioners bestyrelse i 2019

Trine Friis

Resumé

Bestyrelsen besluttede på bestyrelsesmødet den 4. oktober 2018 at foretage en studietur til Silicon Valley i januar 2019. Bestyrelsen har efterfølgende besluttet at udskyde studieturen til efteråret 2019. Det har imidlertid vist sig vanskeligt at finde en ny rejseperiode i oktober/november 2019, hvorfor det foreslås, at studieturen i stedet gennemføres i perioden søndag den 19. januar 2020 til fredag den 24. januar 2020.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at bestyrelsens studietur afholdes i perioden søndag den 19. januar 2020 til fredag den 24. januar 2020.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

19 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Igangsættelse af ny sygeplejefaglig specialuddannelse i borgernær sygepleje
 - Opfølgning på satspuljen 2015-2018 til psykiatri
 - HealthTech hub/lab Danmark: Kommissorium og opgavebeskrivelse
 - Tvang i psykiatrien
-

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen tager orientering til efterretning.*

Sagsfremstilling

Igangsættelse af ny sygeplejefaglig specialuddannelse i borgernær sygepleje (EMN-2018-02593)

Den 1. december 2018 igangsættes en nye sygeplejefaglig specialuddannelse i borgernær sygepleje. Uddannelsen udbydes af professionshøjskolerne i alle dele af landet, og der oprettes et hold på cirka 20 deltagere i hver region. Regionerne får ansvaret for den del af den kliniske uddannelse, der skal foregå på hospitalerne.

Specialuddannelsen i borgernær sygepleje giver blandt andet et kompetenceløft til at varetage klinisk sygepleje i komplekse patientforløb og skal understøtte udviklingen af hjemmesygeplejen og i almen praksis.

Uddannelsen ligger godt i tråd med Danske Regioners sundhedsudspil "Trygt, Nært og Nemt". Her fremgår, at regionerne vil bidrage til en markant kompetenceudvikling blandt sygeplejersker, der skal sikre et kvalitetsløft og en stærkere intern ledelse og organisering af hjemmesygeplejen.

Opfølgning på satspuljen 2015-2018 til psykiatri (EMN-2017-02334)

Som led i satspuljeaftalen 2016-2019 skal regionerne én gang årligt afrapportere og redegøre for, hvordan de ekstra 2,2 mia. kr. fra satspuljen 2015-2018 er anvendt til at understøtte de prioriterede indsatsområder.

Danske Regioner har modtaget bidrag fra regionerne med gode eksempler på, hvordan midlerne er anvendt til at understøtte de politisk prioriterede indsatsområder: mere kapacitet af høj kvalitet, flere og bedre kompetencer, bedre fysiske rammer og faciliteter og tværfaglig indsats i børne- og ungdomspsykiatrien.

Danske Regioner er ansvarlig for at sammenfatte regionernes årlige statusredegørelser og sende rapporten til Sundheds- og Ældreministeriet. Rapporten blev sendt til ministeriet den 2. oktober 2018.

Statusrapport 2018 er vedlagt.

HealthTech hub/lab Danmark: Kommissorium og opgavebeskrivelse (EMN-2018-02362)

Som det også fremgår af regionernes strategi for fremtidens sundhedsvæsen "Trygt, Nært, Nemt", ønsker regionerne at medvirke til at etablere et "HealthTech"-miljø i Danmark, der med inspiration fra "FinTech"-miljøet kan bidrage med teknologiske løsninger på de behov, som sundhedsvæsenet ser i de kommende år. Formålet er at øge innovationskraften i sundhedsvæsenet og bidrage til at udvikle en ny erhvervsmæssig styrkeposition i Danmark med afsæt i de allerede stærke life science- og teknologimiljøer.

Danske Regioner og Dansk Industri har derfor i samarbejde igangsat en analyseproces. Analysen har til formål at undersøge, hvad der skal være de næste skridt for det danske HealthTech økosystem, og om et nationalt HealthTech hub/lab kan bidrage til at sikre synergier og styrke det danske HealthTech økosystem i hele landet. Analysen skal desuden tænke i geografiske balancer, så det ikke bliver et initiativ, der udkonkurrerer eller på anden måde ødelægger noget for de nuværende miljøer. Analysen forventes at være udarbejdet ultimo februar 2019.

Endvidere igangsættes et arbejde med at afdække mulige fremtidige samarbejdspartnere i forbindelse med etableringen af et nationalt HealthTech hub/lab.

Tvang i psykiatrien (EMN-2017-01423)

På bestyrelsens møde den 4. oktober 2018 bad bestyrelsen om at få beskrevet, hvorledes tvang i psykiatrien defineres, herunder politiets involvering i tvangsindlæggelser.

Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling må kun finde sted efter reglerne i

lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Ved tvang forstås i loven anvendelse af foranstaltninger, hvor der ikke foreligger et informeret samtykke.

Personalet må først anvende tvang, når de har gjort, hvad der er muligt for at få patienten til at medvirke frivilligt. Når personalet anvender tvang, skal det gøres så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten. Tvang må aldrig erstatte omsorg, behandling og pleje.

Af psykiatriloven fremgår, hvilke tvangsindgreb der må anvendes over for en patient. Det drejer sig f.eks. om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel, tvangsmedicinering, tvangsernæring, tvangsbehandling af en somatisk lidelse, bæltefikseringer m.m. Det fremgår også, hvordan patienten skal være informeret og hvad patientens rettigheder efterfølgende er.

Hvis personalet vurderer, at det er nødvendigt at anvende tvang, skal patienten oplyses om, hvilken form for tvang, der er påtænkt, hvad tvangen nærmere består af, hvorfor det er nødvendigt at bruge tvang, og hvad formålet er med tvangen. Patienten skal også oplyses om, hvilken betydning behandlingen kan forventes at have for helbredstilstanden, og hvilken betydning det har for helbredstilstanden at undlade at behandle. Derudover skal patienten oplyses om, at det er muligt at klage og få tildelt en patientrådgiver. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid, inden tvangen bliver iværksat.

Når en tvangsforanstaltning er ophørt, skal patienten tilbydes en eller flere samtaler, hvor personalet og patienten sammen har mulighed for at bearbejde og forstå oplevelserne i forbindelse med tvangen. Under samtalen kan man også tale om, hvordan man kan undgå at anvende tvang fremover. Psykiatriske afdelinger skal journalføre anvendelsen af tvang både i patientjournalen og i en „tvangsprotokol“, der indberettes til Sundhedsdatastyrelsen.

Mere viden om anvendelse af tvang:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/tvang>

Politiets involvering i tvangsindlæggelse

Familiemedlemmer, naboer, hjemmehjælpere, personale på bosteder, politiet eller andre kan kontakte en læge (fx den praktiserende læge eller en akutklinisklæge), hvis de bliver opmærksomme på, at en person, der må antages at være sindssyg (psykotisk), har brug for hjælp.

Den undersøgende læge kan iværksætte en tvangsindlæggelse af den pågældende på en psykiatrisk afdeling, hvis patienten er sindssyg eller i en tilstand, der svarer til sindssygdom, og det er uforsvarligt at undlade at frihedsberøve patienten for at kunne give behandling.

Hvis lægen iværksætter en tvangsindlæggelse, skal politiet ledsage patienten til en psykiatrisk afdeling. Politiet skal også sikre sig, at lovens betingelser og tidsfrister for tvangsindlæggelse er overholdt.

Ved ankomsten til den psykiatriske afdeling skal en overlæge afgøre, om tvangsindlæggelsen skal gennemføres.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Statusrapport 2018, Opfølgning på satspuljeaftalen 2015-2018 og satspuljeaftalen 2016-2019 på psykiatrimrådet (1235359 - EMN-2018-00015)

21 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes torsdag den 13. december 2018 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

22 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
Dagsordens titel	1. behandling af Danske Regioners budget 2019
Dagsordenspunkt nr	2
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

27-09-2018
EMN-2018-02255
1211670
Kristian Terp

Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

Der er følgende fem kilder til finansiering af de aktiviteter, som Danske Regioner udfører på vegne af de fem regioner:

1. Kontingent fra regionerne
2. Betaling fra regionerne til særskilt finansierede enheder: Medicinrådet, Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI), Regionernes Fællesindkøb (RFI), Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR) og Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams (Kvalitetsenheden)
3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)
4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje
5. Bidrag fra formue

Ad 1. Kontingent fra regionerne

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen.

Det har gennem årene været praksis, at kontingentet hvert år pris- og lønreguleres på baggrund af den udmeldte sats for det regionale sundhedsområde (ekskl. sygehusmedicin).

For 2019 indstilles kontingentet fastsat til 23,9 kr. pr. indbygger.

Ad 2. Betaling fra regionerne til Medicinrådet, RSI, VMR, RFI og Kvalitetsenheden

Medicinrådet blev etableret i efteråret 2016. Udgifterne til afklaring og opstart af Medicinrådet blev finansieret ved en projektbevilling fra Danske Regioner. I 2019 udgør regionernes betaling til Medicinrådet 44,3 mio. kr.¹. Medicinrådets budget for 2019 er budgetlagt neutralt, således at indtægter og udgifter balancerer.

For 2019 er regionernes betaling til hhv. RSI 5,1 mio. kr., til RFI 4,2 mio. kr., til VMR 8,7 mio. kr. og til Kvalitetsenheden 0,8 mio. kr. Bidragene til de tre enheder og til kvalitetsindsatsen fastsættes af deres styregrupper, og finansieres særskilt af regionerne. Enhedernes indtægter og udgifter balancerer på Danske Regioners budget.

Ad 3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af RLTN

Danske Regioner modtager årligt et bidrag fra staten til delvis dækning af sekretariatsbetjeningen af RLTN. For 2019 ventes bidraget at udgøre 3,3 mio. kr.

Ad 4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje

Som beskrevet i bilag 2 leverer Danske Regioner administrative ydelser til en række eksterne virksomheder og fonde. Indtægterne fra salget af disse administrative ydelser ventes i 2019 at udgøre 6,0 mio. kr.

Danske Regioner udlejer kontorarealer i Regionernes Hus til Sundhed.dk. Huslejeindtægten fra Sundhed.dk ventes i 2019 at udgøre 2,7 mio. kr.

Ad 5. Bidrag fra formue

Danske Regioner har midler placeret i obligationer og aktier (70/30).

Fra etableringen i 2007 har det været tanken, at den del af foreningens aktiviteter, der ikke dækkes af kontingent og øvrige indtægter (jf. beskrivelsen ovenfor), skulle dækkes ved en "underskudsfinansiering", der tilvejebringes ved træk på formue og kapitalafkast.

¹ I 2019 er regionernes bruttobetaling til Medicinrådet 44,3 mio. kr. Ved Medicinrådets etablering blev det forudsat, at Amgros reducerede deres omkostninger med 8 mio. kr. svarende til udgifterne til drift af RADS sekretariatet. Nettoudgiften til Medicinrådet udgør dermed 36 mio. kr. i 2019.

Der kan i sagens natur være store udsving i kapitalposterne fra det ene år til det andet, men det har i de foreløbige 11 år, foreningen har eksisteret, hvert år været muligt budgetmæssigt at dække en væsentlig del af indtægterne via kapitalposterne.

For 2019 er dækningen via kapitalposterne budgetteret til 27,2 mio. kr.

Det bemærkes i denne forbindelse, at dækningen via kapitalposterne er en "residualfinansiering", der i sagens natur ikke PL-reguleres, hvilket løbende mindsker foreningens indtægtsgrundlag og medfører et pres for effektivisering af driften.

Den løbende "underskudsfinansiering" ved kapitalafkast og træk på formuen, indebærer en gradvis reduktion af foreningens formue.

Tabellen nedenfor viser resultatet af en teknisk fremskrivning af de nuværende budgetforudsætninger og forpligtelser for Danske Regioner i perioden 2017-2029 og den resulterende egenkapital. Reduktionen i underskuddene i 2019 og 2021 skyldes udløb af rammebevillinger. Som det fremgår, vil den løbende underskudsfinansiering udtømme egenkapitalen senest i 2029. Kolonnen "Nettoværdi af ejendomme" er medtaget for at synliggøre, at en stadigt stigende andel af egenkapitalen vil være bundet i mursten. Over perioden vil de investerede midler i aktier og obligationer blive realiseret for at fremskaffe likviditet til det løbende driftsunderskud. Alternativet hertil er en realisering af ejendommen(e) eller en ny belåning af samme.

Tabel 1. Fremskrivning af egenkapitalen 2017-2029

Udvikling i egenkapital 2017-29 (Millioner kroner)				
År	Årets resultat	Egenkapital ultimo	Nettoværdi af ejendomme	Bem:
2017	1,4	371,0	181,94	Regnskabstal
2018	-21,3	349,7	182,67	Forventet regnskab
2019	-27,8	321,9	176,22	Budgetforslag
2020	-29,2	292,7	169,78	Budgetoverslag
2021	-28,2	264,5	163,34	Budgetoverslag
2022	-28,2	236,3	156,89	Budgetoverslag
2023	-28,2	208,1	150,45	Budgetoverslag
2024	-28,2	179,9	144,00	Budgetoverslag
2025	-28,2	151,7	137,50	Budgetoverslag
2026	-28,2	123,5	131,00	Budgetoverslag
2027	-28,2	95,3	124,50	Budgetoverslag
2028	-28,2	67,1	118,00	Budgetoverslag
2029	-28,2	38,9	111,50	Budgetoverslag

Note: Nettoværdien af ejendommene udgøres af den bogførte værdi fratrukket lån i ejendommene.

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Danske Regioners sekretariat.docx

Dokument Titel: Danske Regioners sekretariat

Dokument ID: 1211674



NOTAT

26-09-2018
EMN-2018-02255
1211674
Kristian Terp

Danske Regioners sekretariat: Ressourceanvendelse, opgaver og bemanning

I forbindelse med forelæggelsen af Budget 2019 er der udarbejdet en opdatering af de foregående års redegørelse for sekretariats ressourceanvendelse i forhold til kerneopgaven samt en redegørelse for opgaver og bemanning af Sekretariatets administrative og servicemæssige funktioner.

Danske Regioners administrative organisation

Danske Regioners organisation er senest ændret pr. 1. september. Nedenfor gives en kort gennemgang af stabe, fagcentre og intern administration og de dertilhørende opgaver.

Ledelsessekretariat

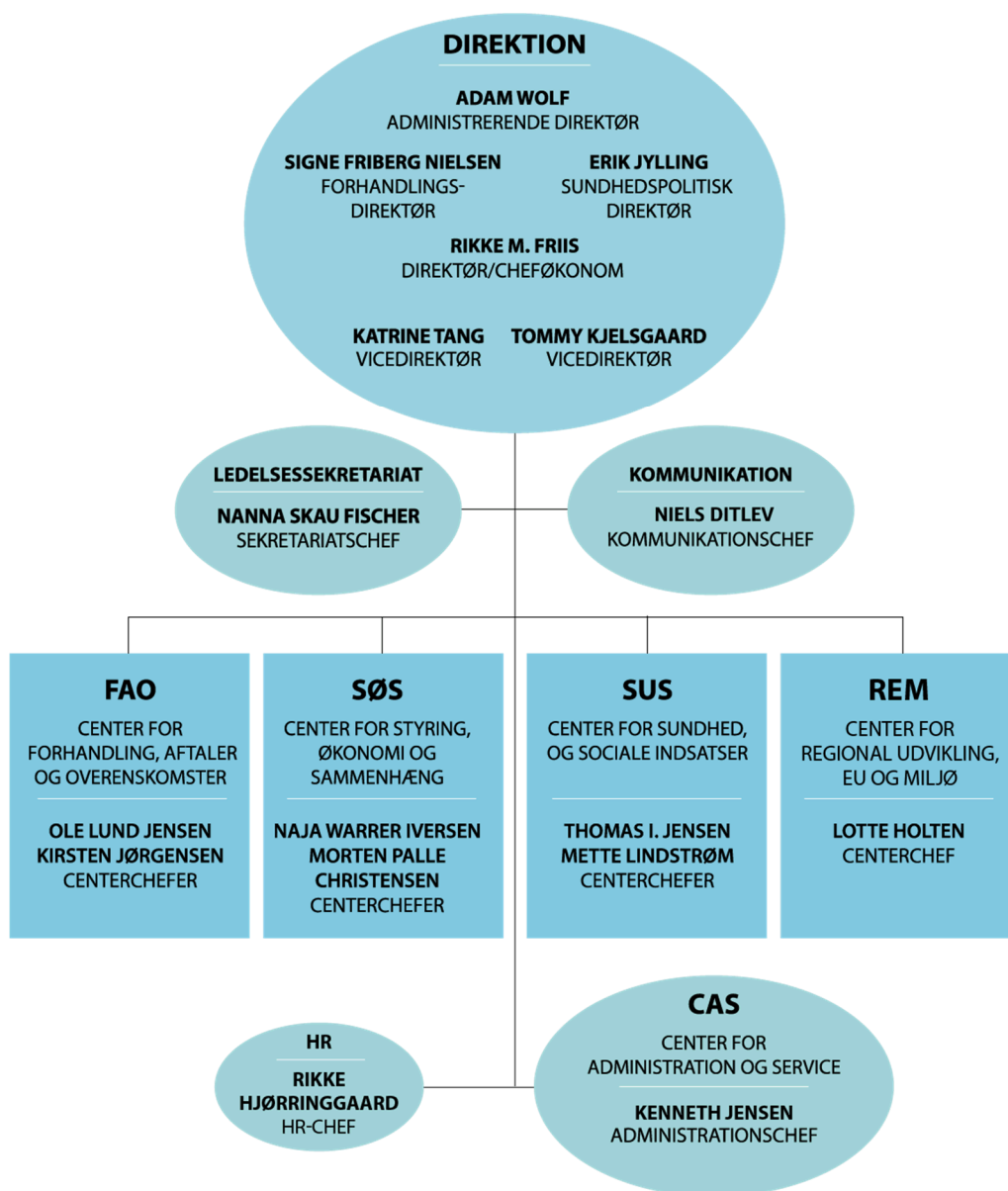
Ledelsessekretariatet varetager sekretariatsbetjening af den politiske og administrative ledelse og varetager koordinering af politik og strategi i samarbejde med kommunikationssekretariatet og de faglige centre.

Kommunikation

Kommunikations arbejdsområder er bl.a. pressekontakt, design, publikationer, nyhedsbreve, kampagner, hjemmesider, sociale medier samt andre generelle kommunikationsopgaver.

Center for forhandling, aftaler og overenskomster (FAO)

Centret omfatter forhandlinger, dvs. lønoverenskomster, overenskomster med praksisgrupper og forhandlinger med private sygehuse.



Center for Styring, Økonomi og Sammenhæng (SØS)

Omfatter opgaverne vedrørende økonomi, styring, strategisk indkøb, offentlig-privat samarbejde, sygehusbyggerier og analyser på sundhedsområdet, samt Regionernes Fælles Indkøb (RFI). Centeret står endvidere for at gennemføre de årlige økonomiforhandlinger med regeringen og arbejder med sammenhæng på sundhedsområdet, herunder samarbejdet med praksisområder, private aktører og kommunerne.

Center for Sundhed og Sociale indsatser (SUS)

Omfatter opgaverne vedrørende behandling og sundhedsuddannelser, forebyggelse og kroniske sygdomme, psykiatri og socialområdet, kvalitet, medicin og forskning, digitalisering og data samt Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI).

Center for Regional Udvikling, EU og Miljø (REM)

Omfatter opgaverne vedrørende regional udviklingspolitik, EU-politik, kollektiv trafik samt enheden Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer.

Center for Administration og Service (CAS)

Center for Administration og Service står for Danske Regioners interne funktioner, dvs. økonomi, bogholderi, løn, IT og servicefunktioner, herunder reception, post, printopgaver, kantine, rengøring og ejendomsadministration.

HR og intern kommunikation

Enheden varetager opgaver vedr. HR, personaleadministration og -jura, rekruttering, personalepolitikker, organisationsudvikling, kompetenceudvikling, ledelsesudvikling, intranet og intern kommunikation.

Akademiske medarbejderes tidsanvendelse

Som i de foregående år er der udarbejdet en opgørelse af sekretariatets ressourceanvendelse pr. 1. september 2018. Udviklingen i AC'ernes tidsanvendelse fra 2013-2018 fremgår af tabel A. Opgørelsen er baseret på akademiske medarbejdere (inkl. journalister) uden ledelsesansvar og som ikke varetager interne opgaver (økonomi, HR, m.v.).

Tabel A: AC'ernes tidsanvendelse i pct. fra 2013-2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ekstern interessevaretagelse	37	39	44	43	46	46
Politisk udvalgsbetjening, presse og konferencer	30	32	31	32	34	35
Videndeling, koordination, arbejdsgrupper og samarbejde med regionerne	33	29	25	25	20	19

Opgørelsen viser i lighed med sidste år mindre forskydninger fra 2017 til 2018 i medarbejdernes tidsanvendelse på henholdsvis 1) ekstern interesse varetagelse 2) politisk udvalgsbetjening, presse og konferencer eller 3) videndeling, koordination og samarbejde med regionerne. Flere ressourcer anvendes på kategori 1 og 2, mens færre ressourcer anvendes på kategori 3.

Over perioden 2013-2018 er den eksterne interessevaretagelse steget med 9 procentpoint. Ekstern interessevaretagelse er dermed fortsat den kategori, som AC'erne anvender flest ressourcer på. I samme periode er den andel af AC'ernes tid, der anvendes til politisk udvalgsbetjening, presse og konferencer steget med 5 procentpoint.

Anderledes forholder det sig til kategorien videndeling, koordination og samarbejde med regionerne, som er faldet med 14 procentpoint. Dette er resultatet af en målrettet indsats i 2014-2015 for at sanere i antallet af arbejdsgrupper samt mødefrekvens og mødeform.

Intern administration

I Danske Regioner varetager Center for administration og service (CAS) en række interne funktioner, herunder økonomifunktion, bogholderi, løn- og personaleadministration, IT og servicefunktioner, herunder reception og journal, repro, kantine, rengøring og ejendomsadministration.

Ud over varetagelsen af disse interne funktioner varetager CAS mod betaling opgaver med løn, bogholderi og/eller it for en række virksomheder og fonde: Medicinrådet, Sundhed.dk, Kiropraktorfonden, Fonden for Almen Praksis, KiAP (del af Fonden for Almen Praksis), Fysioterapifonden, Speciallægefonden, Tandlægefonden, Landstandslægeklagenævnet, Fodterapifonden og IKAS.

CAS udarbejder lønsedler for ca. 800 ansatte og politikere i Danske Regioner og i de eksterne virksomheder og fonde hver måned. Den eksterne lønopgave er således stor. Samlet vedligeholder CAS lønsystemet med ændringer i de ca. 50 overenskomster, der udbetales løn efter.

CAS behandler årligt ca. 6.000 bogføringsbilag for Danske Regioner og ca. 5.000 bogføringsbilag for de eksterne virksomheder og fonde. Den eksterne opgave med bogholderi er således af stort set samme størrelsesorden som den interne.

På it-siden har CAS udvidet serviceringen til i alt godt 340 brugere.

I tabel B herunder ses udviklingen i bemanningen i CAS i perioden 2010 til 2018.

Tabel B. Udviklingen i bemanning 2010 - 2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	B2019**
Løn, bogholderi, it og sekretariat	14,8	13	13	12	13	14	15	15	14	12
Service, rengøring og køkken	16	15	15	15	14	14	12	11	10	10
Vicevært, repro og reception	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4
I alt	35,8	33	33	32	32	33	31	30	28	26
Elever	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
I alt inkl. elever	39,8	37	37	36	36	37	35	34	32	30

*) 1 servicelederstilling er nedlagt, 1 serviceassistent stilling er nedlagt i 2018.

**) To medarbejdere er flyttet til HR-enheden.

Der er siden 2010 sket en reduktion i bemanningen på i alt 7,8 stillinger som følge af effektiviseringer, ændret arbejdstilrettelæggelse samt indførelse af digitale sags-gange. I efteråret 2018 er to medarbejdere rokeret med deres opgaver til en særskilt HR-enhed.

Det interne trykkeri i Danske Regioner blev nedlagt i efteråret 2016 og en stilling nedlagt. Endvidere er der som konsekvens af ændrede arbejdsgange i forbindelse med det nye mødekoncept fra 2017 nedlagt en stilling i serviceafdelingen i 2017 og yderligere to stillinger i 2018.

CAS har en forholdsvis stor andel af indtægtsdækket virksomhed, idet en del medarbejdere både i løn-, bogholderi- og personaleadministration samt IT er finansieret via betaling fra eksterne virksomheder og fonde, jf. tabel C nedenfor.

Tabel C. Løn, bogholderi, it og sekretariat (stillinger) i 2018

Område	Opgaver	Antal	Heraf:	
			DR	Øvrige
Administrationschef	Ledelse	1	0,8	0,2
Chefrådgiver/ Controllere	Økonomi, budget og opfølgning	2	1	1
Chefrådgiver	Personalejura, rekruttering og "husjura"	1	0,75	0,25
Serviceleder	Ledelse af serviceområdet	1	0,9	0,1
Løn og bogholderi	Løn- og bogholderiopgaver for Danske Regioner samt eksterne virksomheder og fonde	5	2	3
Personaleadministration	Ajourføring af lønsystem med OK-ændringer, personaleadministration og rekruttering	1	0,5	0,5
It	It-ledelse, -udvikling, -drift og -support samt webopgaver	4	3,0	1,0
I alt		15	9	6

Som det fremgår af tabellen, udgør den eksternt vendte del af administrationen 6 stillinger. Den del af løn, økonomi, bogholderi, it og sekretariat, der retter sig mod administration af Danske Regioner selv, udgør 9 stillinger inklusive administrationschef og IT-chef.

Med effekt fra 1. september 2018 er personalejura og -administration flyttet til HR-enheden. De 2 stillinger udgår derfor fremover af CAS normering.

En række af de øvrige stillinger på både service, rengøring, køkken og vicevært er til-lige finansieret af eksterne brugere i form af udlejning af mødelokaler, afholdelse af konferencer, adgang til kantine, rengøring hos Sundhed.dk mv.

Bilag Titel:	Danske Regioner og KL i fælles forslag til regeringen: Omlæg de særlige pladser i psykiatrien til ordinære sengepladser
Dagsordens titel	Ændringer i visitationskriterier for de nye særlige pladser i psykiatrien
Dagsordenspunkt nr	6
Bilag nr	1
Antal bilag:	2

Danske Regioner og KL i fælles forslag til regeringen: Omlæg de særlige pladser i psykiatrien til ordinære sengepladser

Mere end halvdelen af de særlige pladser i psykiatrien, som etableres i 2018, står tomme og kommer ikke borgerne til gode. Det betyder, at penge, som kommuner og regioner må tage fra andre områder, spildes

Danske Regioner og KL opfordrer nu regeringen til at afsætte godt 220 mio. kr., for at de mest udsatte borgere kan få et sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb i den ordinære psykiatri. De særlige pladser bør omgøres til sengepladser på ordinære vilkår men reserveret til den oprindelige målgruppe.

Behov for en ny model med fokus på behandling og rehabilitering

Der er brug for en anden model, hvor både psykiatriens og socialpsykiatriens tilbud til de borgere med de sværeste psykiske sygdomme styrkes, og hvor de samlede ressourcer til området bringes bedre i spil. Det vil både give bedre behandling, bedre langsigtet rehabilitering og større tryghed for både borgere og medarbejdere i den samlede psykiatri.

Danske Regioner og KL foreslår derfor nu, at

- Regionerne som forudsat etablerer 150 nye pladser i psykiatrien primært til en mindre gruppe af særligt udsatte patienter
- De 150 særlige pladser omdannes til ordinære psykiatriske sengepladser med samme geografiske fordeling som nu. Det betyder, at pladserne finansieres af regionerne som al øvrig sygehusdrift og med vanlig kommunal medfinansiering
- Visitation skal foretages af en læge som til øvrige psykiatriske behandlingstilbud, men så vidt muligt i en planlagt proces og i samarbejde med borger, eventuelt borgerens netværk samt de kommunale samarbejdspartnere
- Pladserne reserveres og målrettes som udgangspunkt samme målgruppe som nu – altså en mindre gruppe særligt udsatte borgere med svær psykisk sygdom, udadreagerende/ uforudsigelig adfærd, behandlingsbrud, eventuelt misbrug og eventuel dom til behandling
- På pladserne skal der med afsæt i en tværfaglig vifte af kompetencer som nu ydes længerevarende behandling og rehabilitering

- Et primært sigte er fortsat at medvirke til at nedbringe antallet af voldsepisoder og konflikter, bidrage til bedre sikkerhed for andre borgere og medarbejdere samt nedbringe anvendelsen af tvang over for målgruppen
- Indlæggelse bør som udgangspunkt basere sig på motivation og ske med samtykke og være planlagt, men tvangsindlæggelse vil kunne forekomme, hvis de gældende kriterier for tvangsindlæggelse er opfyldt
- Udslusning fra pladserne bør ske planlagt og i et tæt samarbejde mellem behandlingspsykiatri og kommune
- De kommunale midler, som skulle bidrage til finansieringen af de særlige pladser, anvendes til at fastholde og styrke de kommunale socialpsykiatriske tilbud til borgerne for at sikre et stærkt aftagesystem, når adfærden ikke længere udgør en sikkerhedsrisiko, og når behandlingen for både psykisk sygdom og et eventuelt misbrug har ført til en stabil situation for borgeren
- Regeringen – eventuelt i forhandlingerne om satspuljen – prioriterer en styrket indsats for de mest udsatte psykisk syge, og på tværs af social- og sundhedsområdet finder godt 220 mio. kr. til en omlægning af de særlige pladser samt en styrkelse af socialpsykiatrien. Derved kompenseres regionerne for indtægtstab ved omlægning af pladserne.

Den nye løsning indebærer et tættere samspil med psykiatriens øvrige sengekapalet, og vil bidrage til en mere fleksibel og effektiv kapacitetsanvendelse i behandlingspsykiatrien, samtidig med at målgruppens særlige behov kan tilgodeses. Samtidig vil det lette adgangen til pladserne for den oprindeligt tiltænkte gruppe af borgere. Det indebærer også bedre overgange og sammenhæng til samt et stærkt kommunalt aftagesystem. Derfor indgår det som en del af forslaget, at kommunernes besparelse som udgangspunkt investeres målrettet i at styrke den kommunale socialpsykiatrien.

Det bør i den forbindelse tilstræbes, at omlægningen af pladserne og fastholdelsen af midler i den kommunale socialpsykiatri resulterer i færre tvangs- og genindlæggelser samt færre færdigbehandlingsdage i psykiatrien på tværs af sektorer.

KL og Danske Regioner vurderer dermed, at de nye pladser kan komme flere borgere til gode og medvirke til et reelt og samlet løft af psykiatrien.

Baggrund og fakta

For at skabe bedre tryghed og sikkerhed for medarbejdere og beboere på bosteder for mennesker med svære psykiske lidelser er regionerne i gang med at udmønte Folketingets beslutning om at etablere 150 særlige pladser i psykiatrien inden udgangen af 2018. De 150 særlige pladser er et nyt intensivt og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringstilbud til en mindre gruppe særligt udsatte patienter med udadreagerende/ uforudsigelig adfærd, hyppige behandlingsbrud og misbrug. Imidlertid har det i etableringsfasen vist sig svært at få visiteret borgere til pladserne og medio oktober 2018 er 40 ud af 83 pladser i brug. Inden udgangen af januar åbner de sidste pladser og meget tyder på, at de kommer til at stå tomme til en pladspris på 1,9 mio. kr. Penge, der burde komme de mest udsatte borgere med psykiske lidelser

til gode, men som lige nu grundet finansieringsmodellen går til finansiering af tomme pladser.

Økonomiske konsekvenser for regioner, kommuner og stat ved omlægningen fra særlige pladser i psykiatrien til ordinære sygehuspladser

Hvis de særlige pladser omlægges til ordinære sygehuspladser, vil de skulle finansieres som al øvrig sygehuskapacitet, hvorved regionerne overtager de samlede driftsudgifter. Regionerne fastholder deres nuværende statslige bloktilskud. Kommunerne skal fremover bidrage jf. reglerne om kommunal medfinansiering. Med et forudsat samlet udgiftsniveau på godt 300 mio. kr. svarer den kommunale medfinansiering til knap 33 mio. kr. Regionerne vil herefter have en manko på knap 190 mio. kr.

Udfordringer med den nuværende finansieringsmodel

Broderparten af pladsernes samlede driftsudgifter betales af kommunerne. Hertil kommer et regionalt bidrag og et statsligt bloktilskud. Kommunernes betaling kommer i form af en takstbetaling pr. anvendt plads. Samtidig skal kommunerne i fællesskab betale for tomgang. Dertil kommer, at kommunerne af hensyn til borgernes retssikkerhed ikke kan udvisitere borgere fra deres eksisterende sociale tilbud, mens de er indlagt på en særlig plads, hvorfor finansieringsmodellen giver kommunerne dobbeltudgifter til samme borger. For det første er det dyrt både at benytte og ikke benytte pladserne, og for det andet skal kommunerne fortsat afholde udgifter til tilbud efter serviceloven, selvom borgeren under indlæggelse ikke modtager disse.

Status på antal åbne og belagte særlige pladser i psykiatrien

Tabel 1. Antal åbne, belagte og ledige pladser pr. 15. oktober 2018

Region	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt
Åbnede pladser	32	7	15	21	8	83
Pladser i brug	12	7	8	9	4	40
Ledige pladser	20	0	7	12	4	43

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Hørings svar fra Danske
Regioner om justeringer til
visitationskriterier.docx

Dokument Titel: Hørings svar fra Danske
Regioner om justeringer til
visitationskriterier

Dokument ID: 1236457



Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Att: Nina Fjord Fromberg

30-10-2018EMN-2017-
02676

UDKAST:

Danske Regioners hørings svar til udkast til lovforslag om ændring af visitationskriterierne til de særlige pladser

Danske Regioner har den 29. oktober modtaget Sundheds- og Ældreministeriets høring over udkast til lovforslag om ændring af visitationskriterierne til de særlige pladser og afgiver hermed høringssvar.

Som led i en national indsats for at forebygge vold på botilbud etablerer regionerne i 2018 150 nye særlige pladser i psykiatrien. Loven vedrørende de særlige pladser trådte i kraft den 1. januar 2018. Regionerne har primo oktober 2018 åbnet 83 pladser, men overhalvdelen står tomme. De sidste 67 pladser skal efter planen åbne ultimo 2018.

Af økonomiaftalerne mellem regeringen og henholdsvis KL og Danske Regioner fremgår det, at ”regeringen skal drøfte behovet for justeringer af visitationskriterier med satspulje-partierne med henblik på at søge Folketingets opbakning til eventuelt at foretage justeringer, således at visitationen til de særlige pladser ikke begrænses unødigt.”

Danske Regioner kvitterer for justeringerne af de eksisterende visitationskriterier som er indarbejdet i udkast til lovforslaget, med henblik på at understøtte, at flere borgere fremadrettet kan få gavn af pladserne.

Der kvitteres for en generel lempelse af visitationskriterierne, der i lovforslaget kommer til udtryk ved:

- At fire ud af de seks kriterier skal være opfyldt, for at borgeren kan visiteres til en særlig plads, fremfor at alle kriterier skal være opfyldt på én gang
- At farlighedskriteriet lempes
- At det ikke længere skal være påkrævet, at patienten har fået stillet en psykiatrisk diagnose, for at blive visiteret til en særlig plads. Udredning kan nu også indgå som en del af opholdet
- Der sættes fokus på, om borgeren vil have gavn af tilbuddet her og nu, frem for et fokus på patientens historik

- Tilbuddet vurderes at være det bedst egnede til at forebygge vold, misbrug m.m.

Derudover fremgår det af udkast til lovforslaget, at en overlæge eller andre ansatte tilknyttet en psykiatrisk afdeling i det regionale sygehusvæsen, får mulighed for at gøre Regionsrådet opmærksom på, at det kunne være gavnligt for en patient at blive visiteret til en særlig plads. Danske Regioner kvitterer for, at kompetencerne hos det kliniske personale - med indsigt og viden om de enkelte patients behov - bringes i spil, men det er unødvendigt bureaukratisk, at henvisningen skal gå gennem regionsrådet. Det bør kunne ske administrativt.

Samlet set er Danske Regioner dog bekymret for, hvorvidt de ændrede justeringer i visitationskriterierne er tilstrækkelige til at sikre en bedre udnyttelse af de særlige pladser i psykiatrien. En status pr. 15. oktober 2018 fra regionerne viser, at over halvdelen af de nye særlige pladser står tomme. Det er ikke økonomisk forsvarligt og det tydeliggør, at modellen ikke fungerer i dens nuværende form.

Risikoen for, at der går yderligere tid med at afprøve en ny model, som heller ikke er tilstrækkelig, er en af årsagerne til, at Danske Regioner sammen med KL søndag den 28. oktober foreslog i Jyllands-Posten, at modellen grundlæggende bør laves om.

De særlige pladser bør omgøres til sengepladser på ordinære vilkår men reserveret til den oprindelige målgruppe. Der er brug for en anden model, hvor både psykiatriens og socialpsykiatriens tilbud til målgruppen styrkes, og hvor de samlede ressourcer til området bringes bedre i spil. Det vil både give bedre behandling, bedre langsigtet rehabilitering og større tryghed for både borgere og medarbejdere i psykiatrien.

Danske Regioner og KL opfordrer derfor regeringen til samlet at afsætte 220 mio. kr. - heraf godt 30 mio. kr. til kommunernes medfinansiering og 190 mio. kr. til regionerne - for at de mest udsatte borgere kan få et sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb i den ordinære psykiatri. KL og Danske Regioner vurderer, at det vil komme flere borgere til gode, og samtidig vil det medvirke til et reelt og samlet løft af psykiatrien.

Venlig hilsen

Stephanie Lose

Ulla Astman

Bilag Titel:	Høringsvar over forslag til lov om ændring af sundhedsloven (bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet)
Dagsordens titel	Høringsvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven
Dagsordenspunkt nr	8
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Sundheds- og Ældreministeriet
sum@sum.dk

DANSKE
REGIONER



23-10-2018
EMN-2018-02541
1233072
Katrine Stokholm

Høring vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet og påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination)

Sundheds- og Ældreministeriet har sendt lov om ændring af sundhedsloven (bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet og påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination) i høring med frist den 23. oktober 2018.

Sundhedsvæsenet er under forandring og en større del af behandlingen skal foregå tæt på eller i borgernes eget hjem. Bedre deling af aktuelle sundhedsdata mellem hospitaler, hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge er således en forudsætning for sammenhæng og høj kvalitet af behandlingen.

Udviklingen betyder, at lovgivningen skal understøtte et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om behandlingen med udgangspunkt i patienten. Danske Regioner finder det derfor glædeligt, at lovforslaget øger mulighederne for deling af tidstro data på tværs af sektorer. Dette styrker kvaliteten af behandlingen og patientsikkerheden. Samtidig får personalet bedre betingelser for at fokusere på kontakten med patienten. Desuden giver forslaget samlet set et bedre lovgrundlag for digitalt samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet, så behandlingen kan baseres på digital adgang til aktuelle patientdata. Hertil kommer, at lovforslaget understøtter, at det bliver enklere for borgerne at få overblik over og administrere adgang til egne sundhedsdata.

Danske Regioner finder således, at lovforslaget er et væsentligt skridt i den rigtige retning i forhold til at modernisere sundhedslovens bestemmelser. Der vil dog behov for at understøtte lovændringerne både teknisk og organisatorisk, og der skal derfor fortsat arbejdes videre med sundhedslovgivningen.

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Danske Regioner finder imidlertid, at lovforslaget ikke i tilstrækkelig grad understøtter regionernes behov for at bruge data til forskning, værdibaseret sundhed og regionernes styring samt planlægning. Endvidere understøttes kvalitetsarbejdet ikke i tilstrækkeligt omfang. I sundhedsvæsenet er der en lang og stærk tradition for udvikling og forskning, hvor viden om tidligere patienter kommer aktuelle og kommende patienter til gavn. I takt med de nye teknologiske muligheder vokser potentialet for at bruge data til gavn for patienterne. Det er derfor afgørende, at lovgivningen moderniseres for bedst muligt at kunne understøtte udviklingen i sundhedsydelserne til gavn for den enkelte borger.

I økonomiaftalen for 2018 blev der aftalt en analyse af barrierer for sammenhængende patientforløb. Danske Regioner bemærker, at dette arbejde ikke er afsluttet, og forventer yderligere drøftelser i samt en formel afrapportering fra arbejdsgruppen for barrierer for sammenhængende patientforløb. Endvidere blev det i økonomiaftalen for 2019 aftalt, at der i forlængelse af aftalen for 2018 skal arbejdes for at *"rammer og regler skaber det rette grundlag for at anvende data til planlægning af og opfølgning på sammenhængende patientforløb. Det handler bl.a. om sikker deling af data om aktuelle patienter på tværs af sektorer, brug af viden om effekt samt videreudvikling af aktiv patientstøtte og lignende forebyggende indsatser."*

Danske Regioner ser således frem til, at der i et kommende arbejde skabes et tidssvarende hjemmelsgrundlag for regionernes arbejde med opfølgning på effekt som led i dagsordenen om værdibaseret sundhed, aktiv patientstøtte og lignende forebyggende indsatser.

Endvidere finder Danske Regioner, at lovgivningen skal understøtte en digital infrastruktur, der muliggør deling af tidstro data mellem alle relevante aktører/myndigheder. Nye og bedre teknologier skal løbende kunne tages i brug. Det forudsætter, at lovgivningen hjemler relevant brug af data. Samtidig er det væsentligt, at datainfrastrukturen ikke virker fordyrende eller bebyrdende hverken teknisk set eller i forhold til arbejdsgange og kommunikationsveje.

Danske Regioner vurderer imidlertid ikke, at lovforslaget i tilstrækkelig grad imødeiser disse hensyn - og dermed ambitionen om et digitalt sammenhængende sundhedsvæsen. Det er således uklart, om der med lovforslaget lægges op til, at al datadeling skal ske via en statslig infrastruktur, eller om datadeling uden om denne infrastruktur i praksis bliver uforholdsmæssigt besværlig for klinikerne.

Det er stærkt u hensigtsmæssigt, hvis lovforslaget på denne måde skaber et statsligt monopol på datadeling, der hindrer en agil og tidssvarende udvikling

af sikker datadeling i sundhedsvæsenet mellem alle relevante aktører. Der er behov for et hjemmelsgrundlag, der sikrer, at data kan deles agilt på tværs af fx aktører i regionerne eller på tværs af aktører i regioner, kommuner og almen praksis – uden at dette skal ske via en central statslig infrastruktur. Her vil nye og sikre tekniske muligheder løbende kunne tages i brug.

Danske Regioner har noteret sig, at der er hjemmel til at behandle data efter databeskyttelseslovens bestemmelser, når forholdet ikke er reguleret i sundhedsloven. Af hensyn til personalet og patienternes retsstilling er det dog afgørende, at dette udfoldes og præciseres, herunder hvornår brug af data er omfattet af sundhedsloven, og hvornår databeskyttelsesreglerne regulerer området.

Bemærkninger til lovforslagets bestemmelser

§ 42. a, stk. 1 Personkredsen, der må indhente oplysninger i elektroniske systemer i forbindelse med behandling af patienter

Danske Regioner hilser det velkommen, at der med lovforslaget sker en forenkling af reglerne om sundhedspersoners adgang til at indhente elektroniske helbredsoplysninger m.v. til brug for patientbehandlingen. Gældende rets opdeling af sundhedspersoner i forskellige kategorier er ikke tidssvarende, fordi de udgør en barriere for, at sundhedspersonerne kan tilgå de relevante helbredsoplysninger i forbindelse med behandlingen af den konkrete patient.

I dag deltager diætister, fysioterapeuter og ergoterapeuter eksempelvis løbende i behandlingsforløbet, og har derfor behov for den samme adgang til journaloplysninger som sygeplejersker og læger mv. Endvidere arbejdes der i dag tværfagligt og tværsektorielt i teams om patienten. Lovforslaget understøtter således den aktuelle og fremtidige opgaveløsning i sundhedsvæsenet.

Danske Regioner glæder sig over, at gældende rets bestemmelser om teknisk afgrænsning til en behandlingsenhed falder bort. Bestemmelsen er ikke tidssvarende i forhold til den måde, behandlingen organiseres på i dag, hvor patienterne er indlagt i kortere tid end tidligere, og hvor kommunerne spiller en væsentlig rolle i forebyggelse og sundhedsfremme. Endvidere er det en forbedring for patientsikkerheden, at gældende rets bestemmelser om historiske oplysninger falder bort. Det betyder samlet set, at der med lovforslaget hjemles adgang til alle relevante oplysninger, der understøtter og gavner den aktuelle behandling.

I den forbindelse hilser Danske Regioner velkommen, at aktuel behandling defineres bredt, således at sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til den enkelte patient også er omfattet af lovens bestemmelser om indhentning af data.

§ 42. a, stk. 2 Værdispringsregel i forhold til den enkelte patient og i forhold til beslutningsstøtte til andre patienter

Danske Regioner glæder sig over, at det bliver præciseret, at det er muligt at bruge viden om tidligere patienter som beslutningsstøtte i form af ”patients like me”. Det er positivt, at der hermed tages et skridt i retning af at udforme en mere digitaliseringsklar lovgivning, der forholder sig til nye muligheder, som kan få et stadigt større potentiale for fremtidens patientbehandling.

Regionerne ønsker i langt højere grad at gøre behandlingen målrettet den enkelte patient og bl.a. at anvende beslutningsstøtte-værktøjer, der viser den enkelte patient effekten af en behandling for andre tilsvarende patienter. Disse data har værdi i dialogen om, hvilken behandling der er den rette for patienten. Her er det afgørende at have adgang til et dækkende datagrundlag. Datagrundlaget kan eksempelvis belyse, om der er forskel på effekten af henholdsvis operation eller genoptræning for en sammenlignelig patientgruppe. Effekten kan i visse tilfælde være relevant på kort sigt, og i andre på lidt længere sigt. Det er i dag alene muligt at sammenstille disse data i forskningsprojekter.

Sådanne data kan vises anonymiseret og/eller pseudonymiseret. Det er udelukkende muligt at hente data ud fra journalerne på en personhenførbart måde. I sundhedsplatformen er der udviklet et system, der automatiseret søger på tværs af journaler og kan *identificere* patienter ud fra de søgekriterier, som sundhedspersonalet finder relevant. Personalet kan således få besked om, at et antal navngivne patienter matcher bestemte søgekriterier. Der kan dog ikke hentes data ud om disse patienter anonymt, da det er nødvendigt at slå op på selve journalen for at hente data.

Danske Regioner støtter, at oplysninger fra journaler til andre formål end aktuel behandling i videst muligt omfang skal pseudonymiseres og anonymiseres. Det er imidlertid afgørende at skelne mellem *indhentning* og *visning* af data. Det er ikke i dag teknisk muligt at indhente data pseudonymiseret, det er blot muligt at vise og sammenstille dem med andre data pseudonymiseret. Dette indebærer således, at der ikke kan hentes pseudonymiserede data ud om effekten af behandlingen.

Selvom det er ønskeligt at beskytte borgernes privatliv gennem pseudonymiseret søgning og indhentning, er det desværre ikke teknisk muligt i dag. Det er således nødvendigt, at der er hjemmel til at indhente oplysninger om

behandlingen og effekten heraf for tidligere, tilsvarende patienter til beslutningsstøtte i behandlingen af en konkret, aktuel patient. Denne hjemmel skal også gælde andre behandlingssteder, da der inden for sjældne sygdomme med små patientgrupper kan være behov for at indhente viden om patienter fra en anden landsdel eller anden sektor.

Det skal undersøges nærmere, hvornår og hvordan det kan blive muligt at søge og indhente diagnoser og oplysninger om patienter på tværs af journaler, og at disse data vil kunne blive aggregeret til datasæt, der ikke er personhenførbare.

§ 42 a, stk. 3 Bedre mulighed for datadeling med patientens samtykke

Danske Regioner glæder sig over, at det med bestemmelsen bliver præciseret, at borgerne kan give samtykke til forebyggelse og opfølgende behandling. Det betyder, at sundhedspersonalet kan omsætte den nyeste viden til en forbedret behandling for den enkelte, hvis borgeren ønsker det. Eksempelvis er det dokumenteret, at ældre borgere, der første gang brækker et håndled, er i fare for nye og mere alvorlige brud på knoglerne i de kommende måneder. Disse patienter kan således tilbydes forebyggende behandling mod faldulykker mv., såfremt de selv ønsker det. På den måde er det muligt at tilbyde flere og mere målrettede forebyggende indsatser til gavn for både den enkelte patient og for samfundet.

Forebyggende indsatser kan også basere sig på dataanalyser mv., som målrettes den enkelte patient. Det konkrete tilbud kan eksempelvis gives på akutmodtagelsen på et hospital eller hos den praktiserende læge, der giver egne patienter tilbud i forbindelse med en konsultation. Danske Regioner antager endvidere, at tilbuddet om forebyggende indsats også kan gives i en anden sektor. Det væsentligste er, at tilbuddet tager udgangspunkt i patientens behov.

Danske Regioner finder det positivt, at patienten med sit samtykke til at igangsætte en forebyggende indsats også kan give samtykke til, at en sundhedsperson i en anden sektor indhenter helbredsoplysninger om patienten.

§ 42 a, stk. 4 Kompetence til behandlingsstedet til udpegning af personkredsen, der har adgang til journaloplysninger

Danske Regioner glæder sig over, at behandlingsstedet får kompetencen til at vurdere, hvem der kan få adgang til patientjournalen. Det indebærer, at en række persongrupper, der deltager i behandlingen af patienter, kan yde en mere kvalificeret og hurtig indsats end hidtil. Det er blandt andet ambulancereddere, folkeskolelærere og pædagoger, der deltager i udredning

eksempelvis i psykiatrien samt ingeniører, der indstiller medico-teknisk udstyr mhp. patientbehandling og diagnosticering.

Danske Regioner forventer, at sygehusansatte socialrådgivere, der yder socialfaglig støtte til patienterne, vil kunne få en tilladelse i medfør af den foreslåede § 42a, stk. 4. Endvidere skal det præciseres, at et behandlingssted er bredt defineret, og kan være hospital, en institution, et bosted eller en regional tværgående funktion.

I gældende ret har lægesekretærer en hjemmel til indhentning, jf. sundhedslovens § 42. a. stk. 9. Denne hjemmel erstattes i lovforslaget af behandlingsstedets kompetence til at vurdere, hvem der skal have adgang. Danske Regioner antager, at den enkelte region fremover kan vælge at give en permanent tilladelse til alle sekretærer på kliniske afdelinger, der foretager opslag for at kunne yde teknisk bistand.

§ 42 a, stk. 5, samt 42 b, stk. 2 Patienternes selvbestemmelse

Danske Regioner finder det positivt, at patienternes retsstilling i forhold til deling af deres sundhedsdata tydeliggøres. Med lovforslaget kan patienten også give den dataansvarlige myndighed besked om, at patienten ikke ønsker data delt. Danske Regioner forventer, at dette understøttes teknisk, så patienten kan gøre dette på en for patienten nem og overskuelig måde, f.eks. at patienten selv kan privatmarkere sine data. Det vil være naturligt for patienten at kunne gøre dette gennem sundhedsjournalen, og at dette gøres på en måde, der har gennemslag i alle kildesystemerne.

Danske Regioner har noteret sig, at hvis patienten ikke ønsker datadeling, kan det i visse tilfælde betyde, at patienten samtidig frabeder sig behandling. I andre tilfælde vil behandlingen kunne finde sted, dog baseret på et begrænset eller intet datagrundlag.

Der er derfor en væsentlig opgave i forhold til at sikre et informeret samtykke om de mulige konsekvenser heraf for den enkelte. Her er det afgørende med en tæt dialog med de sundhedsprofessionelle og patientorganisationerne om, hvordan opgaven løses bedst muligt. Endvidere er det væsentligt, at opgaven kan understøttes teknisk på en for patienten forståelig og håndterbar måde.

Danske Regioner henstiller til, at de nærmere regler præciseres i dialog med de relevante interessenter, jf. § 42. b, stk. 2.

§ 42 a, stk. 6 Brug af data fra registre mv. i beslutningsstøtte

Danske Regioner har noteret sig, at lovforslaget indeholder en bemyndigelsesbestemmelse i forhold til at bruge data fra registre og databaser, herunder Landspatientregistret, direkte i patientbehandlingen. Dette vil gøre det muligt at bruge viden fra mange patienter til beslutningsstøtte i forhold til den enkelte patient. Danske Regioner finder, at dette kan give stor værdi for patienterne og kvaliteten af behandlingen, og understreger, at regionerne har flere initiativer i gang på dette område for at understøtte en mere målrettet og inddragende behandling. Flere af disse indsatser må i dag foretages som forskningsprojekter, da det er eneste hjemmel hertil. Der skal derfor henstilles til, at bestemmelsen udmøntes snarest muligt i en bekendtgørelse. Sundhedsdata kan have stor værdi som beslutningsstøtte, når en læge sidder med en patient, og skal diagnosticere, foretage risikovurdering eller træffe beslutning om (videre) behandling sammen med patienten. Ved at sammenligne parametre som samlet sygdomsbillede, alder og køn og effekten af behandlingen for lignende patienter, kan dialogen med patienten om behandlingen bedre tage udgangspunkt i, hvad der bedst vil gavne patienten, og hvad patienten foretrækker.

I dette arbejde er det afgørende, at der bliver hjemmel til forskellige former for beslutningsstøtte, hvor fx aggregerede data om effekten af andre patienters behandling løbende opdateres og anvendes i den direkte patientbehandling. Det handler eksempelvis om effekten af en bestemt behandlingsform til en afgrænset patientgruppe vurderet i forhold til effekten af en anden behandlingsform til den samme, afgrænsede gruppe.

Der er derfor behov for nærmere afklaring af, om lovændringen hjemler anvendelsen af data til beslutningsstøtte i nedenstående situationer:

Data om effekt til brug for beslutningsstøtte

Eksempelvis kan en ortopædkirurgisk klinik bruge data fra tidligere patienter til at analysere hvilken effekt, en patient vil have af eksempelvis udskiftning af knæet, versus et træningsforløb uden operation. I data finder man tidligere patienter, der ligner den aktuelle patient. Eksempelvis mænd i alderen 50-60 år med samme grad af slidgigt i knæet. Herudfra kan lægen give patienten kvalificeret vejledning, i forhold til hvilken effekt en udskiftning af knæet typisk har for patienter med hans karakteristika.

Data, der skal indgå som grundlag for beslutningsstøtten er kun validt, hvis det bygger på et stort patientgrundlag, baserer sig på aktuelle data og viser det samlede billede af patienten. Relevante data er eksempelvis kvalitetsdata om bivirkninger samt effektmål fra patientrapporterede oplysninger, der knytter sig til fx funktionsevnen efter en operation. Yderligere relevante data er om

patienten fra journalerne. Endvidere kan det være data uden for sundhedssektoren, f.eks. om funktionsniveau og muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet, som også er relevant for knæ- og hoftepatienter. Disse findes i registre som fx DREAM.

Data til brug for forebyggende indsatser af fx uhensigtsmæssige indlæggelser

Prædiktion er en metode til at analysere mønstre i behandlingen og anvende disse til at forebygge fx yderligere forværring af patienternes sygdom ved at tilbyde forebyggende indsatser til patienterne. Dette kan fx være for at forebygge sygehusindlæggelser. For at kunne sætte målrettet ind forudsætter dette, at der foretages analyser på tværs af forskellige datakilder om behandling, kontakter til sundhedsvæsenet, behandlingseffekt mv. for at identificere karakteristika blandt patienter, der ofte bliver genindlagt eller har et stort antal akutte kontakter. Dermed anvender man en algoritme, der kan finde mønstre i, hvem der er i særlig risiko for udvikling eller forværring af sygdom. Og hvad der karakteriserer denne type af patient.

Med den information kan prædiktionsmodeller bidrage til at forudsige, hvilke patienter der er i risiko for gentagne akutte hospitalskontakter, der kunne forebygges. Data kan eksempelvis vise, at når en person med bestemte diagnoser indenfor kort tid har været på akutmodtagelsen, har ringet til vagtlægen hyppigere, ikke har afhentet medicin el. lignende er der stor sandsynlighed for, at vedkommende bliver indlagt akut i nær fremtid. En akut indlæggelse er ofte meget krævende for borgeren. På baggrund heraf kan man tilbyde borgeren en særlig indsats. Indsatsen kunne eksempelvis bestå i at tilbyde en rådgivende sygeplejerske, som i projektet Aktiv Patientstøtte, eller ved at tage kontakt til kommunen eller den praktiserende læge for at understøtte, at borgeren kommer i et mere planlagt forløb hos egen læge eller fx får hjælp fra kommunens ældrepleje.

Flere regioner har igangsat forskningsprojekter bl.a. i samarbejde med kommunerne for at sikre større viden om årsager til uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser, eller med fokus på patienter med et stort hospitalsforbrug med henblik på at målrette den tværsektorielle indsats. På nuværende tidspunkt defineres disse som forskningsprojekter grundet begrænsninger i lovgivningen. Danske Regioner finder det uklart, om lovforslaget indebærer, at data vil kunne bruges til prædiktion og efterfølgende iværksættelse af initiativer ift. forebyggelse fx målrettet visse borgere med en kronisk sygdom; herunder konkret at kontakte risikopatienter og tilbyde dem en indsats.

Der efterspørges i den forbindelse en afklaring af forståelsen af aktuel patientbehandling, når det gælder fx patienter med kronisk sygdom, som ikke har et planlagt behandlingsforløb på hospitalet, men som fx har været akut

indlagt eller fået behandling i akutmodtagelsen, sådan som det er tilfældet med mange ældre medicinske patienter. Samtidig ønskes det afklaret, hvorvidt det er muligt at anvende datakilder på tværs af sektorer (dvs. fx kommunale data) hertil.

§ 42 d, stk. 1 – 3 Kvalitetsarbejdet

Danske Regioner finder det vigtigt, at sundhedspersoner i størst muligt omfang skal bruge deres tid på kerneopgaven, som er behandling af patienterne. Administrative opgaver skal derfor i videst muligt omfang uddelegeres til andet personale end sundhedspersoner. Det er derfor positivt, at det hidtidige delegationsforbud i § 42d, stk. 1 og § 42d, stk. 2, nr. 1 og 2 ophæves, således at en anden person, der efter lovgivningen er underlagt tavshedspligt, kan yde teknisk bistand til den autoriserede sundhedsperson ved indhentning af oplysninger til kvalitetsarbejdet. Danske Regioner har noteret sig, at der er en bred definitionen af tavshedspligten, som også er hjemlet andre steder end i sundhedsloven.

Det er afgørende for kvaliteten i sundhedsvæsenet, at alle sundhedspersoner vedligeholder og videreudvikler deres kompetencer. Læring og kompetenceudvikling er således væsentligt for alle sundhedspersoner, ligesom det gavner patienterne. Allerede i dag kan læger, tandlæger og jordemødre indhente oplysninger uden patientens samtykke under særlige forudsætninger for at evaluere egen indsats. Andre sundhedspersoner som sygeplejersker m.fl. skal få den samme rettighed. Som tidligere beskrevet, behandles patienter i dag tværfagligt i teams. Danske Regioner anbefaler således, at ledelsen på behandlingsstedet får mulighed for at give denne adgang til de relevante faggrupper, så alle faggrupper har samme adgang til at indhente oplysninger for at kunne evaluere egen indsats.

Danske Regioner anbefaler, at femårsgrænsen ophæves, da det kan give stor værdi at slå op på oplysninger, der går mere end fem år tilbage i tiden. Det drejer sig særligt om sjældne diagnoser og vurderingen af effekten af nye behandlingsmetoder.

Et eksempel her er, at der kan være behov for at vurdere effekten af en behandling, som er gennemført i perioden 2010 - 2012 og siden er afløst af en ny behandlingsform, som i 2012 blev vurderet at være bedre. Imidlertid aktualiserer ny teknologi eller viden et behov for en konkret vurdering af effekten af behandlingen i 2010 – 2012. Det er afgørende, at det er muligt at foretage denne type undersøgelser. Danske Regioner ønsker derfor præciseret, at disse evalueringer er mulige inden for lovforslagets rammer.

§ 157 -158 Vaccinationer

Danske Regioner noterer sig, at det med lovforslaget bliver muligt at sende påmindelser til forældre om børnevaccinationer.

Med lovforslaget lægges der op til en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om betaling til læger, der udfører vaccinationer. Ifølge lovbemærkningerne vil der i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse blive fastsat regler om størrelsen af betalingen til læger for udførte vaccinationer, når en vaccination eller læge ikke er omfattet af overenskomstaftale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Læger, der ikke er alment praktiserende læger, og som udfører gratis influenza-vaccinationer for personer over 65 år m.fl., er ikke omfattet af overenskomstaftalen. Kravene til de oplysninger og den dokumentation disse læger skal opfylde har været genstand for drøftelser mellem Danske Regioner, regionerne, Sundheds- og Ældreministeriet og private leverandører gennem længere tid. Det er derfor positivt, at en kommende bemyndigelseshjemmel udnyttes til at fastsætte bindende regler for, hvilke oplysninger disse læger skal indberette.

§ 193 b National infrastruktur

Danske Regioner har noteret sig, at der skal etableres en national infrastruktur for deling af data på tværs af sektorer. Det vil muliggøre, at sundhedspersoner og borgere får et samlet digitalt overblik over relevante helbredsoplysninger på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Danske Regioner finder, at data skal deles på en måde, der gør patientjournalen entydig af hensyn til patientsikkerheden. Endvidere skal databeskyttelseslovens bestemmelser om dataminimering iagttages, således at der ikke opbygges u hensigtsmæssige kopier af data. Herudover finder Danske Regioner, at det skal sikres, at nye tiltag ikke giver nye registreringsbyrder for det kliniske personale. Det vil gøre datadeling tungt og samtidig en barriere for, at den nødvendige og relevante viden deles. Ydermere er det afgørende, at der ikke skabes et monopol for deling af oplysninger.

Danske Regioner påpeger derfor, at det er helt afgørende at skelne imellem, hvorvidt der opbygges infrastruktur til deling af nye oplysninger, som ikke er registreret endnu, eller om infrastrukturen deler oplysninger, der allerede er registreret i kildesystemer. Samtidig er det også væsentligt at afklare, hvorvidt der bygges et nyt register op, svarende til FMK, eller om der spejles oplysninger fra kildesystemer, svarende til sundhedsjournalen på sundhed.dk.

De nye oplysninger er blandt andet borgerens stamkort og aftaleoverblik. I forhold til disse skal der tages hensyn til, at disse skal kunne opdateres på en enkel måde. Borgerens nærmeste pårørende eller boligform kan eksempelvis ændre sig. Det skal være klart for borgeren, hvor og hvordan disse oplysninger opdateres.

De eksisterende oplysninger er blandt andet journaloplysninger. Her deles aktuelle oplysninger allerede i dag i sundhedsjournalen på sundhed.dk. Her er der adgang både for sundhedsfaglige og for den enkelte borger. Journalnotater skal af hensyn til patientsikkerheden registreres i kildesystemerne, og spejles i sundhedsjournalen. Af hensyn til patientsikkerheden er det afgørende, at journalen er entydig, ligesom visse journalnotater ikke kan følge en standardiseret form.

Samlet set vurderer Danske Regioner, at § 193b, stk. 4, og § 195, stk. 3, kan betyde væsentlige omkostninger til systemændringer og integrationer. Beskrivelsen af den nationale infrastruktur er uklar. Det beskrives, at den skal: *"[...] samkørede oplysninger, der tilgår Sundhedsdatastyrelsen fra forskellige informationskilder, herunder patientjournaler, registre, databaser m.v."* Senere ser det ud til at der vil blive stillet ekstra krav til regionernes indberetninger og nye krav til integrationen mellem de regionale systemer og en fælles digital infrastruktur, når der i bemærkningerne til § 193b stk. 4, nr. 7, står at hensigten er; *"[...] at der kan fastsættes regler om, at alle systemer, der bruges til at dele oplysninger i sundhedsvæsenet, skal tilknyttes den digitale infrastruktur som kildesystemer."*

Danske Regioner finder, at forslaget er særdeles vidtgående, eftersom alle sundhedsdata - eller metadata herom - potentielt kan blive pålagt at indgå i infrastrukturen. For det første er det væsentligt, at kompleksiteten i de eksisterende sundhedsdata er høj. Sundhedsdata findes i dag i kildesystemer hos mange aktører i en række forskelligartede løsninger. Disse findes ikke i et samlet kildedatarepository og vil derfor ikke umiddelbart kunne vises i en national infrastruktur. § 193b, stk. 4, giver mulighed for, at der stilles krav til certificeringer og integrationer. Begge dele er omkostningstunge og tidskrævende tiltag i ethvert it-system, der vil kræve tilretning af fagsystemernes brugergrænseflader. Disse dækker leverandørerne ikke af egen drift, hvilket blandt andet er dokumentet af arbejdet med tilpasning af fagsystemer til LPR3.

For det andet er det afgørende, at infrastrukturen udbygges på en måde, der agilt vil kunne rumme forskellige fremtidige data- og kommunikationsformer. I fremtiden vil patienterne i stigende grad forvente at kunne kontakte sundhedsvæsenet på en anden måde end i dag, eksempelvis via apps og chat.

For det tredje må den nationale infrastruktur ikke medføre en monopolisering af kommunikation eller EPJ-systemer i sundhedssektoren, da dette vil fordyre og forsinke den digitale udvikling af sundhedsvæsenet i Danmark. Tidligere erfaringer viser, at det ikke er hensigtsmæssigt med en landsdækkende EPJ, da der skabes et monopol uden konkurrence mellem leverandørerne.

For det fjerde er det væsentligt, at der igangsættes en forudsætningsanalyse for de eksisterende kilder i sundhedsjournalen. Denne skal konkret vurdere de tekniske og økonomiske konsekvenser af lovforslaget. Analysen skal blandt andet afdække eksisterende lagring af hvert datasæt hos den enkelte aktør samt kvaliteten af metadata og pege på løsninger, herunder roadmap, arkitektur og estimat på ressourcetræk samt udgifter ved dataudveksling i infrastrukturen. Denne analyse skal gennemføres både for den borgervendte og den klinikervendte løsning i dialog med alle sundhedsvæsenets parter. Erfaringerne fra FMK er, at det kan være særdeles omkostningstungt at dele oplysninger i egne kildesystemer fra en fællesoffentlig infrastruktur.

195 stk. 1 – 3 dataindberetning fra almen praksis mv.

Med lovforslaget tydeliggøres, at almen praksis har en forpligtelse til at indberette relevante strukturerede data til de nationale sundhedsregistre, som eksempelvis ICPC-koder, jf. BEK nr. 490 af 13/05/2018.

Generelt er adgangen til data fra praksissektoren, herunder almen praksis, af stor betydning for arbejdet med at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet og sikre planlægning af de tilbud borgeren modtager. Videre sikrer oplysningerne, at det er muligt at arbejde med at sikre kvaliteten samt kontrollere at der sker en korrekt og tilstrækkelig afregning.

Danske Regioner noterer sig, at det fortsat påhviler de almen praktiserende læger at give oplysninger til regionsrådene til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer. Der er således ingen ændringer hertil i forhold til gældende ret.

Økonomi

Der tages forbehold for de økonomiske konsekvenser for regionerne særligt i forhold til snitfladerne til den nationale infrastruktur. Der er derfor behov for en analyse heraf og et detaljeret roadmap, jf. bemærkningerne til § 193 b.

Herudover er der behov for en generel vurdering af de økonomiske konsekvenser af den nye lovgivning.

Øvrige bemærkninger

Forskning

I den kliniske dagligdag foregår forskning i vidt omfang sammen med kvalitetsudvikling og patientbehandling. Forskning er med til at udvikle sundhedsvæsenet på samme måde som kvalitetsarbejdet. Det vækker derfor undren i klinikken, at data til forskning ikke selv kan indhentes, men alene skal videregives jf. sundhedslovens § 43. Der har endvidere længe været ønske om at præcisere bestemmelserne i sundhedslovens § 46 om videregivelse.

Utilsigtede hændelser

Danske Regioner finder, at det skal være muligt, at der ved indhentning af data til brug for undersøgelser af utilsigtede hændelser (UTH) skal være en hjemmel i tilknytning til § 198 stk. 3, der svarer til § 42d, stk. 2 nr. 2.

Det er Danske Regioners opfattelse, at en person, der på en autoriseret sundhedspersons ansvar udfører sundhedsfaglig behandling, som ikke er forbeholdt den autoriserede sundhedsperson, også være omfattet af begrebet sundhedsperson i sundhedslovens forstand. Derved vil indhentning af oplysninger i medfør af § 198, stk. 3 godt kunne delegeres til en administrativ medarbejder, så længe de øvrige betingelser i § 198, stk. 3 er opfyldt.

Regionernes tekstnære bemærkninger

Høringssvar med tekstnære bemærkninger om udkastet til lovforslag fra Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland er vedlagt.

Herudover har Danske Regioner haft dialog med regionerne om de tekniske og økonomiske konsekvenser af den nationale infrastruktur, som er indarbejdet i nærværende høringssvar.

Venlig hilsen

Stephanie Lose

Bilag Titel:	En styrket regional rolle i klimatilpasning
Dagsordens titel	Oplæg om klimatilpasning
Dagsordenspunkt nr	15
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

En styrket regional rolle i klimatilpasningen

midt
regionmidtjylland


Region Syddanmark


REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder

REGION
Sjælland
- vi er til for dig


Region
Hovedstaden


DANSKE
REGIONER

Klimatilpasning kræver langsigtet håndtering på tværs

Borgere i hele landet oplever allerede nu problemer med øgede vandmængder på grund af klimaforandringer. Samtidigt står det klart, at udfordringen vokser, og at håndteringen af den kræver langsigtet og tværgående handling. Lige netop den type handling, regionerne er sat i verden for!

Vand flyder frit over både by- og faggrænser, og selv om det er en gammel sandhed, så medfører det nye udfordringer, når vandmængderne stiger som følge af klimaforandringerne.

De enkelte kommuner og vandselskaber skal i fremtiden håndtere større vandmængder – og helst uden blot at flytte problemet til naboen. Mange af de konkrete problemstillinger er ens på tværs af kommunegrænserne. Hvis Danmark som helhed skal i mål med en robust klimatilpasning er der derfor behov for at samle de forskellige aktører og understøtte samarbejde på tværs.

Regionerne tilbyder her et unikt set up, der netop kombinerer muligheden for et strategisk helhedssyn med et nødvendigt lokalt kendskab til problemstillinger og aktører.

Derfor var en af hovedkonklusionerne i den store evaluering af dansk klimatilpasning i rapporten Robusthed i kommunale klimatilpasningsplaner (CONCITO P2017), at der ses en markant positiv effekt af en regionaliseret og helhedsorienteret tilgang.

Eller kort sagt, at regionerne leverer:

- Koordinerede løsninger og faglig læring på tværs af geografiske skel
- Langsigtet fagligt funderet fokus hævet over lokalpolitiske hensyn
- Viden og vækst

Kommunesamarbejde kræver initiativ

Den langsigtede og tværfaglige og grænseoverskridende koordinering udgør i dag et hængeparti i klimatilpasningen. Indsatsen i Danmark har taget sit udgangspunkt i lokale udfordringer, mens grænseover-

skridende udfordringer og læringer på tværs af kommuneskel i nogle tilfælde ikke er blevet håndteret. Data fra kommunernes klimatilpasningsplaner viser ingen sammenhæng mellem, hvor sårbar en kommune er for klimaændringer, og i hvor høj grad den samarbejder med andre kommuner – eller med regionen. Det viser, at kommunale samarbejder ikke skaber sig selv. Uanset behov.

Data i CONCITO-rapporten viser til gengæld, at kommunerne i Region Hovedstaden og Region Midtjylland skiller sig klart ud som de mest samarbejdende, og at netop disse regioner er de mest aktive i forhold til klimatilpasning. Det peger på et stort potentiale hos regionerne i et løft af den samlede klimatilpasningsindsats.

Lovgivning og nationale udspil på området varetages af staten. Siden starten af år 2010, har man nationalt haft fokus på kommunerne og forsyningsselskaber som den udførende part lokalt. Nationalt har man stillet rammebetingelser i lovgivning og data til rådighed.

Den regionale rolle har hidtil været afhængig af den enkelte regions prioritering med afsæt i miljømyndighed-sopgaver, samt vækst og erhvervsudvikling, der ikke automatisk indeholder klimatilpasning.

Dette positionspapir udfolder, hvad det regionale samarbejde giver til klimatilpasningsindsatsen. Og hvordan regionerne i tæt samspil med kommunerne kan sikre tryghed og sikkerhed for borgere og virksomheder ved at forebygge effekten af klimaforandringerne.

En investering i klimatilpasning er en investering i fremtidens velfærd.



FAKTA om klimaforandringer

Vandstanden i verdenshavene og havet langs de danske kyster stiger som følge af et varmere klima

...

Stigende temperaturer på kloden betyder også, at vi i Danmark får et markant vådere og vildere vejr

...

Mange husker nok stadig det historiske skybrud i København d. 2. juli 2011, hvor gader blev omdannet til veritable floder

...

Eksperterne er enige om, at det blot er en forsmag på fremtidens klima

Danmark ligger lavt!

I Europa er Danmark det næstlavest liggende land efter Holland, men den politiske bevågenhed på klimaforandringer er lille.

En analyse af de Nordeuropæiske erfaringer med klimatilpasning fra 2015/16, viser, at man i vore nabolande har lagt større vægt på den regionale koordinering. Optimale løsninger fordrer tæt dialog og involvering af mange parter på tværs af faglige og geografiske skel.

Den eksisterende organisering kan derfor forbedres med en udbygget regional rolle.



ANBEFALINGER

– regionale løsninger på regionale udfordringer

Vi anbefaler, at regionerne påtager sig en større formel rolle i arbejdet med klimatilpasning og prioriterer:

Regionale netværk

At udbygge netværk på tværs af geografiske og faglige skel med fokus på Løsningsorienteret koordineret dialog om fælles udfordringer.

Faciliterende enheder

At skabe helhedsorienterede og langsigtede løsninger ved eksempelvis processer mellem parter med fælles og modstridende interesser.

Projektudvikling

At opsøge og udvikle tværgående projekter, hvor en øget regional rolle i projektudviklingen understøtter videnbaserede løsninger i triple helix partnerskaber.

Tværkommunale analyser

At lave analyser, der fremmer koordinering, videndeling og lokal kompetenceudvikling samt understøtter helhedsorienterede løsninger.

Faglig støtte

At sikre vedvarende faglig støtte lokalt for at skabe bevægelse i projekter og tilgange, der fremmer mere effektiv klimatilpasning.



Regionerne kombinerer viden og overblik med armslængde og lokalkendskab

Citat fra tværkommunal workshop i Region Midtjylland: "Klimatilpasning er alles og dermed potentielt set ingens problem. Vi vil alle gerne have det løst, men det vil være fedest, om nabokommunen gør det."

Der er problemer, man ikke løser, fordi de ikke er store nok. Og der er problemer, man ikke løser, fordi de er for store. Klimatilpasning hører oftest til den sidste kategori. Udfordringerne kræver en faglighed, der ikke eksisterer i alle lokale myndigheder, hvilket taler for tværgående samarbejder. En regional tilgang løser dette problem, ved at være stedet der gør det let at træffe de rette parter og let at finde ind til de forståelser af problemet, der giver retning i et uendeligt hav af muligheder.

Regionerne er internationalt orienterede, hvilket på klimatilpasningsområdet eksempelvis sikrer kendskab til europæiske støtteordninger samt adgang til erfaringsudveksling med andre lande i internationale netværk. Samtidig er regionerne både lokalt forankret, men stadig så tilpas langt fra de lokale forhold, at de kan agere

med udgangspunkt i det store billede. Armslængden sammen med de stærke lokale relationer og kombineret med det internationale udsyn kan gøre regionen til en facilitator, der samtidigt sikrer håndtering af klimatilpasningen, opsamling og deling af erfaringer og viden samt skaber grobund for at udfolde det erhvervspotentiale, danske virksomheder oplever som en udløber af de globale udfordringer på klimaområdet.

Koordinerede løsninger og faglig læring på tværs af geografiske skel

Tværgående vandveje, havvand og grundvand leder vand på tværs af kommunegrænser. Det vand som falder som regn i en kommune kan derfor blive en udfordring i en anden kommune. Samtidig kan kystsikring på en delstrækning accelerere erosionen på en anden

delstrækning. Det betyder, at den ene kommunes vandløsning let bliver den andens kommunes vandproblem, hvis man ikke tænker sig om og ser på det samlede vandkredsløb. Mange gange er dette dog ikke kendt, da der mangler analyser og monitoring på tværs af de geografiske grænser. De faglige kompetencer og den geografiske placering gør, at regionerne kan varetage denne opgave.

Vi har brug for at lære og videndele på tværs af faggrænser og geografi. Både når lokale idéer bliver implementeret med succes, og når projekter strander med efterfølgende kritik. Det er vigtigt, at vi ikke alle opfinder den dybe tallerken. Regionerne har tradition for at samle viden på tværs og facilitere netværk, samtidig har regionerne høj og bred faglighed.

Langsigtet fagligt fokus og anbefalinger hævet over lokalpolitiske hensyn

Det tager lang tid at lave klimatilpasningsløsninger. Den tålmodighed kan være svær at få til at harmonere med et politisk og til tider økonomisk system, der arbejder med korte deadlines. Især hvis man ikke for nylig har haft en bevillingsgivende oversvømmelse. Der er derfor brug for regionalt fokus, der overlever skiftende politiske prioriteringer, har armslængde og understøtter en langsigtet strategi til sikring af vores oversvømmelses-truede økonomiske og kulturelle værdier.

Finansieringsmodellerne til løsninger er ej heller klare,

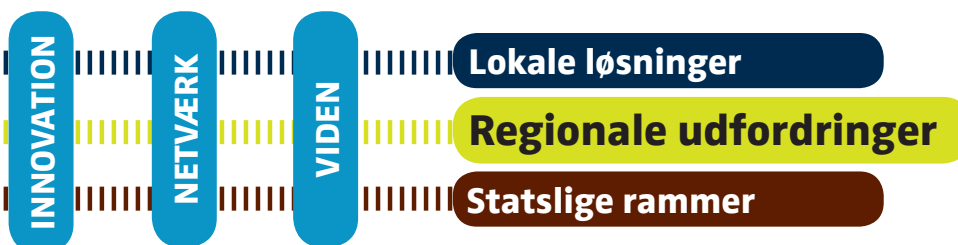
og der er brug for dialog på tværs af kommuner, offentlige og private aktører og lodsejere.

Mulighederne for at udskyde problemerne er mange, og det kan derfor være svært at få truffet beslutning om og finansieret klimatilpasningsløsninger. Men selv hvis man kommer forbi dette punkt, rammes klimatilpasning af sin kompleksitet, for hvem tager den koordinerende rolle i de mange fagligheder og nogen gange modstridende interesser, der skal spille sammen for at lave løsningerne. Her kan regionen inddrage alle relevante parter og foreslå langsigtede, bæredygtige og omkostningseffektive løsninger på baggrund af tværgående analyser.

Viden og Innovation

Når regionen bidrager til at skabe de rette rammer for koordinering og facilitering, vil udfordringerne kunne give unikke muligheder, og udvikling af levende og attraktiv byer styrkes til glæde for borgerne.

Samlet set er markedet for klimatilpasning stort. Men det er også diffust. DK har i dag en meget stor ekspertise i klimatilpasning. Vi har investeret meget i vand, klima og grønne løsninger, og udenlandske storbyer kommer til os for at få inspiration. Det skal vi udnytte – eksempelvis ved at skabe systematisk overblik over løsninger, der virker – i for eksempel living labs og andre regionale udstillingsvinduer, hvor effektive løsninger formidles nationalt og internationalt.





REGIONAL

Facilitering og netværk
Skabe brobygning
Tværkommunale analyser
Projektudvikling
Faglig støtte

KOMMUNAL

Lokal implementering
Lokal udvikling
Lokale planer

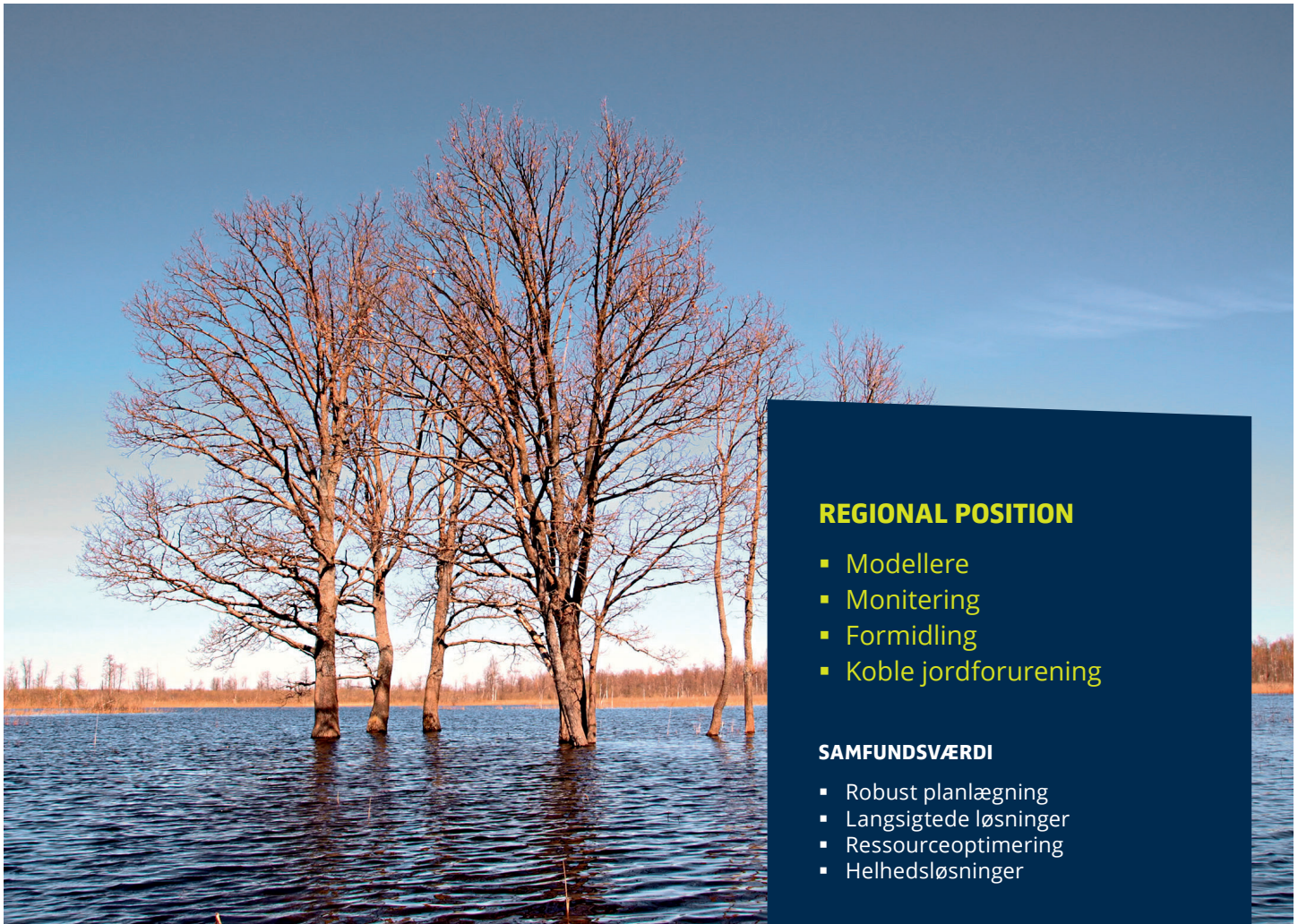
STATSLIG

Lovgivning
Skaber og udstiller data
Faglig støtte
Vejleder (Rejsehold)

Gode eksempler på regional rolle i klimatilpasning

Regionerne spiller allerede en rolle på en række områder forbundet til vandudfordringen og klimatilpasning. Et nærmere syn på de enkelte områder afslører værdien af at styrke den rolle. I forhold til generel vidensopbygning, tværgående koordinering, gensidig interessevaretagelse samt ikke mindst samarbejde om målrettede og effektive løsninger.

På de følgende sider beskrives fem eksempler på regionernes rolle i klimatilpasningen.



REGIONAL POSITION

- Modellere
- Monitering
- Formidling
- Koble jordforurening

SAMFUNDSVÆRDI

- Robust planlægning
- Langsigtede løsninger
- Ressourceoptimering
- Helhedsløsninger

Grundvand – en væsentlig faktor

Regional vidensopbygning

Allerede i dag er der udfordringer med grundvand tæt på terræn og klimaforandringerne vurderes at øge grundvandsdannelsen. På den baggrund må man i udvalgte områder forvente, at grundvand giver oversvømmelser i kældre eller i perioder står over terræn. Der er i dag ikke nogen myndighed der har ansvaret for terrænnært grundvand. Vandselskaberne kalder det uvedkommende vand og må ikke investere i underjordisk infrastruktur, der afleder vandet. Kommunerne mangler viden, samt finansiering til at understøtte en planlægning, der sikrer samfundet mod senere oversvømmelser nedefra. Her har regionerne relevant fagekspertise.

Regionerne har ansvaret for jordforurening og har initieret undersøgelser for nye spredningsveje i forhold til bl.a. jordforureninger. Regionerne ligger desuden inde med geologiske data og vandstandsdata fra mange undersøgelser i jordforureningsregi.

Den rette forståelse og indsats overfor den fremtidige grundvandsdannelse er tæt knyttet til større viden om de klimatiske ændringer, vi alle står overfor. Skal denne viden omsættes til konkrete planer og projekter, kan regionerne supplere klimamodellerne med et detaljeret kendskab til virkningerne i lokal skala. Til dette er der behov for udvikling af teknikker og metoder til grundvandskortlægning af terrænnært grundvand. Dette arbejde kan boostes via et regionalt fokus, hvor regionerne faciliterer og koordinerer samarbejde på tværs.

Ved en koordineret indsats vil man samtidig give virksomheder mulighed for alternativ anvendelse af overskydende grundvand til produktion og dermed ressourceoptimere.



REGIONAL POSITION

- Helhedsløsninger
- Koordinere
- Facilitere
- Videndele

SAMFUNDSVÆRDI

- Robuste løsninger
- Optimerede løsninger
- Sikring af værdier
- Interessevaretagelse

Fjorden – vand fra flere sider

Regional koordinering

Mange danske byer er placeret med god adgang fra kysten, og ofte hvor åer og vandløb møder hav. Det har historisk set været gode placeringer med henblik på adgang til fiskeri, transport og fragt af varer. Disse fjordbyer og områderne omkring huser således mange af vores værdier. Klimaforandringerne presser dem fra både land- og havsiden - "Drukner man ikke i havvand, drukner man i bagvand."

Lokale løsninger må derfor kombineres med oplandsløsninger, der forsinker eller afleder en del af det vand der kommer som nedbør. Disse løsninger skal implementeres i områder, der i mange tilfælde hører under

nabokommunen, og her kan regionerne udfylde en vigtig koordinerende rolle.

Særligt når der er tale om oplande, som består af flere kommuner, kan det være en kompleks sag af etablere dialog og samarbejde og fælles forståelse af rollefordeling og ansvar for koordineringen. Her kan regionen med fordel optræde som den der faciliterer og koordinerer samarbejdet om klimatilpasningen. Med nye digitale løsninger vil man samtidig kunne udvikle showcases der styrer vand hen de rette steder og undgår skader på værdier.



REGIONAL POSITION

- Finansieringsmodeller
- Koordinerende
- Medierende/mæglende

SAMFUNDSVÆRDI

- Billigste løsninger
- Helhedsperspektiv
- Demokratiske løsninger
- Sikre vandinfrastruktur

Vandløb på tværs

Regional gensidig interessevaretagelse

De danske vandløb går på tværs af kommunegrænser. De tiltag man foretager på en delstrækning i en kommune har effekt på andre delstrækninger i andre kommuner. Hvis man ønsker hurtig afstrømning et sted, vil det betyde at man skal håndtere en større mængde nedstrøms. Regional koordinering medvirker til at sikre langsigtede bæredygtige løsninger og undgå suboptimering – og samtidigt, at løsninger i videst muligt omfang tilgodeser de mange interesser omkring et grænseoverskridende vandløb.

Dette kan eksemplificeres med Gudenåen, der med 146 km er Danmarks længste å. Gudenåen strømmer gennem syv kommuner og gennem middelstore danske byer som Tørring, Silkeborg, Ry, Bjerringbro og Randers. Arealanvendelsen omkring åen er primært landbrug, men arealerne indeholder desuden natur, herunder Natura 2000 arealer, samt bymæssig bebyggelse.

Region Midtjylland arbejder i regi af klimatilpasningsprojektet C2C CC med klimatilpasning af Gudenåen i tæt samarbejde med de berørte kommuner og vandselskaber. Målet er et grundlag for at lave de rigtige tiltag, de rigtige steder. Det kan for eksempel være billigere at tilbageholde vand på oplandsarealer i en kommune, fremfor at lave afhjælpende konstruktioner i en bymæssig bebyggelse i en anden kommune.



REGIONAL POSITION

- Klyngesamarbejder
- Living Labs
- Regional Task Force
- Partnerskaber

SAMFUNDSVÆRDI

- Effektive løsninger
- Innovation
- Vidensoverførsel
- Helhedsperspektiv

Regnvand i byer

Regionalt bidrag til skybrudshåndtering

Ved at gå forrest i udviklingen af nye metoder til at klimasikre vores byer, kan regionerne – udover at sikre robusthed mod klimaforandringer - være med til at skabe vækst i hele Danmark. Skybrudshåndtering står højt på dagsordenen i en lang række af verdens byer, og der eksisterer et eksplosivt vækstpotentiale for danske virksomheder.

Regionerne kan blandt andet skabe netværk, samle aktører og synliggøre viden, kompetencer og løsninger indenfor klimatilpasning på tværs af offentlige myndigheder og private virksomheder, eksempelvis i form af living labs.

Det har både Region Hovedstaden og Region Midtjylland gode erfaringer med.

Region Hovedstaden har f.eks. sammen med HOFOR, Københavns Kommune og en række andre partnere etableret et Living Lab for klimatilpasning, kaldet Climate Adaptation Living Lab for Greater Copenhagen (CALL Copenhagen). Målet er, at CALL skal fungere som udstillingsvindue for klimatilpasningsløsninger og derigennem samle kommuner, forsyningsselskaber, virksomheder, borgere og videninstitutioner om at øge investeringer i og eksport af innovative og helhedsorienterede systemløsninger indenfor klimatilpasning. Hertil kan nævnes netværket KLIKOVAND, som fremmer, at kommuner og vandselskaber samarbejder og tænker tværfagligt.

Regionen har altså påtaget sig en betydningsfuld rolle med at understøtte stærke aktører, etablere netværk og skabe vidensoverblik.



Kystbeskyttelse

Regionalt samarbejde

Som følge af klimaforandringerne truer havniveaustigninger og kraftigere storme de kystnære områder. Det skaber stort behov for at sikre de danske kyster. Men robust kystsikring går typisk på tværs af kommunegrænser og forudsætter koordinering og samarbejde hvis løsningerne skal blive robuste og bæredygtige. Der er samtidigt mange interesser og aktører involveret i arbejdet med kystsikring af de lange danske kyststrækninger, herunder naturbeskyttelsesområder.

Regional koordinering vil her kunne sikre dels samarbejde om de mest optimale løsninger, dels samfundsmæssig merværdi ved at få kystsikring, turisme og naturbeskyttelse til at spille sammen.

Ved Vadehavet spiller regionen allerede i dag en vigtig rolle i kystsikringen i forhold til at sikre tilstrækkeligt med råstoffer til vedligehold og udbygning af diger. Kystdirektoratet har vurderet, at digerne langs Vadehavet er stærke nok, men i den vurdering er der ikke taget højde for klimaforandringer. Der er således behov for analyser, der kan sikre en planlægning, der er robust i lang tid fremad.

REGIONAL POSITION

- Ressourcesikring
- Koordinering af behov
- Internationalt udsyn
- Finansieringsmodeller

SAMFUNDSVÆRDI

- Sikring af værdier
- Bæredygtige løsninger
- Ressourceoptimering
- Effektive løsninger



Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

Design: Grafisk Service 3665
Tryk: PRInfoParitas

ISBN 978-87-7788-305-7

midt
regionmidtjylland


Region Syddanmark

 **REGION NORDJYLLAND**
- i gode hænder

REGION SJÆLLAND
- vi er altid der

 **Region Hovedstaden**

 **DANSKE REGIONER**

Bilag Titel:	Statusrapport 2018, Opfølgning på satspuljeaftalen 2015-2018 og satspuljeaftalen 2016-2019 på psykiatriområdet
Dagsordens titel	Generelle orienteringer
Dagsordenspunkt nr	20
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

10-09-2018

EMN-2017-02334

1222817

Ida Agnete Dalsjö

Opfølgning på satspuljeaftalen 2015-2018 og satspuljeaftalen 2016-2019 på psykiatriområdet

Statusrapport 2018

Den ekstraordinære satspulje 2015-2018 er bevilliget på baggrund af et politisk ønske om et markant løft til psykiatrien, hvor mennesker med psykiske lidelser som udgangspunkt har samme ret til hurtig udredning og behandling som somatiske patienter - og i erkendelse af, at gode fysiske rammer og tidssvarende faciliteter er væsentlige for behandlingskvaliteten. Der er for perioden 2015 – 2018 bevilget en ekstraordinær satspulje på i alt 2,2 milliarder kroner.

Midlerne er afsat til mere kapacitet af høj kvalitet, flere og bedre kompetencer, bedre fysiske rammer og faciliteter, tværfaglig indsats i børne- og ungdomspsykiatrien samt en reservationsbevilling til psykiatrien. Regionerne har på nuværende tidspunkt modtaget det fulde beløb, heraf 500 millioner kroner til anlæg.

Tablet 1– Fordeling af satspuljemidler til psykiatrien 2015-2018

Mio kr.	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Mere kapacitet af høj kvalitet	200	300	300	300	1.100
Flere og bedre kompetencer	39	84	54	23	200
Bedre fysiske rammer og faciliteter*	100	300	300	-	700
Tværfaglig indsats i B&U**	11	11	11	17	50
Reservation til psykiatri**	-	30	60	60	150
I alt	350	725	725	400	2.200

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

* Afrapporteret særskilt til Sundheds- og Ældreministeriet. Ændringer i regionernes fysiske rammer og faciliteter siden anlægsredegørelsen i 2016 fremgår af bilag 1-5

** Sundheds- og Ældreministeriet aflægger status

I satspuljeaftalen for 2016-2019 er der desuden bevilliget midler til sengepladser i psykiatrien. Statusrapporten 2018 indeholder opfølgning på både den ekstraordinære satspuljeaftale 2015-2018 samt midler til sengepladser fra satspuljeaftalen 2016-2019.

Som led i satspuljeaftalen skal regionerne én gang årligt afrapportere og redegøre for, hvordan de ekstra midler er anvendt til at understøtte de prioriterede indsatsområder. Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner har indgået aftale om en revideret monitoreringsmodel for den årlige opfølgning på satspuljemidlerne. Danske Regioner er ansvarlig for at sammenfatte regionernes årlige statusredegørelser.

De 1,1 milliarder kroner, der er afsat til mere kapacitet af høj kvalitet i regionerne, er varige og fordeles over bloktilskuddet. Midlerne indgår i regionernes generelle budgetter på psykiatriområdet og understøtter dermed den generelle drift og igangværende udvikling i psykiatrien. Som konsekvens kan midlerne ikke følges 'krone for krone'. Regionernes redegørelser og indeværende statusrapport indeholder derfor en overordnet beskrivelse af udviklingen på psykiatriområdet, suppleret med konkrete eksempler på, hvordan de afsatte satspuljemidler understøtter regionernes udvikling og prioritering af psykiatrien. De 500 millioner kroner til anlæg har regionerne særskilt afrapporteret til Sundheds- og Ældreministeriet i efteråret 2016, og regionernes afrapporteringer indgår ikke i indeværende statusrapport.

Mere kapacitet af høj kvalitet

Midlerne til mere kapacitet af høj kvalitet udgør i perioden 2015-2018 i alt 1,1 milliarder kroner. I 2015 tilførtes psykiatrien 200 millioner kroner og yderligere 100 millioner kroner i 2016. Midlerne er varige og indebærer, at regionerne fra 2017 og frem kan bibeholde aktiviteter for 300 millioner kroner, svarende til summen af de ekstra penge i 2015 og 2016, jf. tabel 2.

Tabel 2 – Ordinære varige satspuljemidler til kapacitet

Mio. kr.	2015	2016	2017	2018
Mere kapacitet af kvalitet	200	300	300	300
Vækst	200	100	0	0

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

Udviklingen i udgifter til psykiatrien i regionerne viser, på baggrund af regionernes regnskaber, at regionerne har prioriteret en stigning i udgifterne til psykiatrien på 339 millioner kroner i 2016 i forhold til 2014, jf. tabel 3.

Tabel 3 - Regnskabstal for psykiatrien 2014 - 2017

Mio. kr.	Regnskab 2014	Regnskab 2015	Regnskab 2016	Regnskab 2017	Vækst fra 2014-2017
Regionernes udgifter til	8.353	8.552	8.788	8.661	
Psykiatrien					
Vækst		199	235	-127	308

Kilde: De særlige regnskabsoplysninger, 2018-pl

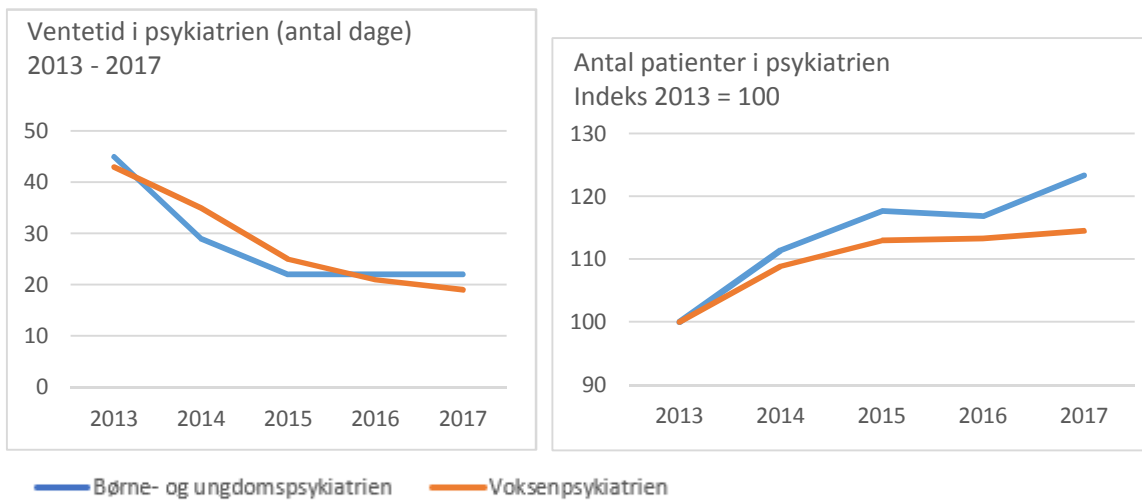
I det følgende beskrives regionernes konkrete indsatser, der har bidraget til udbygget behandlingskapacitet, kvalitetsløft i udredning og behandling samt sammenhæng på tværs af specialer og sektorer.

Udbygget behandlingskapacitet

Antallet af borgere, der søger psykiatrisk behandling er steget de seneste år. Dertil kommer, at der inden for samme periode er sikret psykiatriske patienter samme ret til hurtig udredning som somatiske patienter (30 dage). Derfor har regionerne gennem de seneste år haft fokus på effektiv ressourceudnyttelse og udbygning af den ambulante kapacitet med henblik på at nedbringe ventetiden og dermed overholde udrednings- og behandlingsretten.

Samtidig med, at stadig flere patienter skal udredes og behandles, er den gennemsnitlige ventetid i psykiatrien faldet. Den gennemsnitlige ventetid til første besøg i børne- og ungdomspsykiatrien er faldet fra 45 dage i 2013 til 23 dage i 2017. I samme periode er ventetiden i voksenpsykiatrien faldet fra 43 dage til 19 dage. Det er sket over en periode fra 2013-2017, hvor antallet af patienter i psykiatrien er steget med hhv. 23 procent i børne- og ungdomspsykiatrien og 14 procent i voksenpsykiatrien, jf. figur 1.

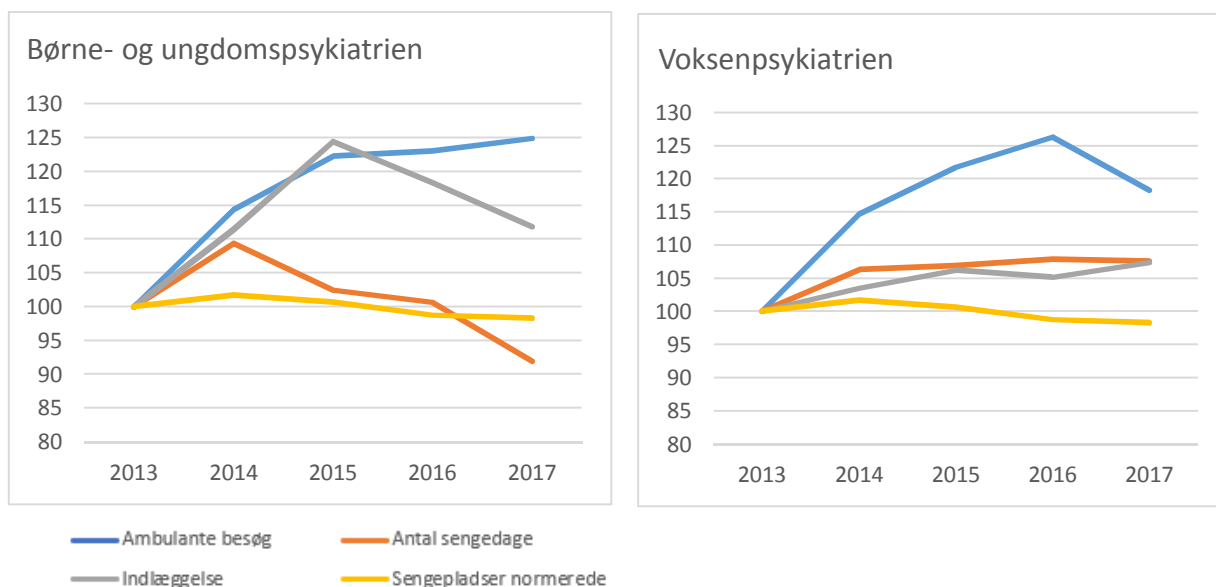
Figur 1 – Ventetid i dage og antal patienter i psykiatrien



Kilde: Benchmarking af Psykiatrien 2017

For at kunne udrede og behandle stadig flere og samtidig nedbringe ventetiden, er der sket et løft i den ambulante aktivitet og en bedre udnyttelse af sengekapaciteten i både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, jf. figur 2.

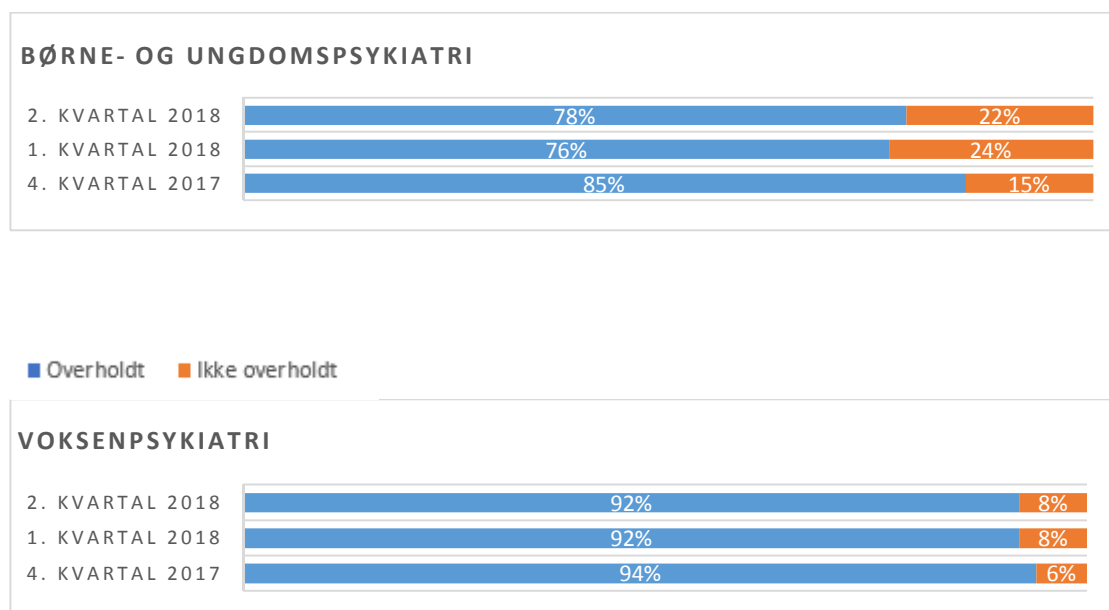
Figur 2 – Udvikling i aktiviteten i psykiatrien (indeks 2013 = 100)



Kilde: Benchmarking af Psykiatrien 2017

Et stærkt regionalt fokus på høj aktivitet og deraf følgende faldende ventetid har været en forudsætning for at indfri de psykiatriske patienters krav på hurtig udredning. Figur 3 viser, at 9 ud af 10 psykiatriske patienter i voksenpsykiatrien udredes inden for fristen på 30 dage. I børne- og ungdomspsykiatrien udredes ca. otte ud af ti patienter inden for 30 dage.

Figur 3 – Overholdelse af udredningsretten*



Kilde: eSundhed.dk

**Kategorien overholdt udredningsret er en summering af: Andel udredt inden for 30 dage og andel udredt efter 30 dage, hvor sygehusene angiver, at årsagen er faglig eller patienten har ønsket at bruge sit frie sygehusvalg, eller patienten har ønsket sin tid udsat.*

Kategorien ikke-overholdt udredningsret er en summering af: Andel udredt efter 30 dage, hvor der er givet en plan inden for 30 dage, og hvor sygehusene selv har angivet, at den primære årsag skyldes 'manglende kapacitet' eller 'andre årsager', og andel hvor planen ikke er udleveret rettidigt eller udleveret overhovedet.

En fleksibel og let tilgængelig psykiatri

For at imødekomme det stigende antal patienter i psykiatrien og sikre udredning og behandling til tiden er det nødvendigt med en udbygget, fleksibel og tilgængelig kapacitet, hvor fokus i højere grad er på udredning og behandling i ambulante forløb tæt på borgeren og dennes nærmiljø. Regionernes ambulatoriefunktioner er derfor udbygget de senere år. Nedenfor fremgår eksempler på konkrete indsatser i regionerne for at udbygge kapaciteten.

Som supplement til de almindelige psykiatriske ambulatorier har regionerne etableret **udgående akutte psykiatriske funktioner**, der kan udrede og behandle borgere med akutte psykiatriske tilstande i eget hjem. De udgående funktioner både forebygger og erstatter indlæggelser samtidig med, at behandlingen bliver mere fleksibel og tilgængelig for patienterne og presset på de psykiatriske akutmodtagelser mindskes.

I Region Hovedstadens Psykiatri er forsøgt med udvidede ambulante akutteams, kaldet **Akut Psykiatrisk Hjælp (APH)**, etableret. APH fungerer som **mobile og udgående akutmodtagelser** og har mulighed for at rykke ud til patienter med **akutte** psykiatriske tilstande og behandle dem i deres nærmiljø alle dage mellem klokken 8-22. APH er et supplement til den akutte behandling, som dækkes af psykiatriens 5 døgnåbne akutmodtagelser.

Som nævnt i statusrapporten fra 2017, sammentænker Region Hovedstaden **opsøgende ambulante teams med psykiatriske ambulatorier** i form af såkaldte FACT-teams. I FACT-teams er der fokus på en fleksibel behandlingsindsats, der imødekommer patienters ofte svingende behandlingsbehov, og at patienten ikke skal skifte behandler eller behandlingsenhed. Det resulterer i færre sengedage for patienten og forebygger genindlæggelser.

Region Syddanmark og Region Nordjylland har **udvidet åbningstiderne** i psykiatriske ambulatorier i eftermiddags- og aften timerne. Den øgede tilgængelighed til psykiatrien suppleres i Region Nordjylland af muligheden for psykiatrisk vejledning ved **døgnåben telefonrådgivning**

Flere regioner anvender **telepsykiatriske løsninger** og udbreder telepsykiatri som del af det samlede behandlingstilbud. Telepsykiatriske løsninger gør den psykiatriske behandling lettere tilgængelig for patienten, f.eks. afholder regionerne videokonsultationer, hvor borgeren behandles i eget hjem. Det bringer behandlingen tættere på patienten og understøtter et individuelt og effektivt behandlingsforløb med afsæt i patientens ønsker og behov. Derudover udbreder alle regioner fra 1. januar 2018 **internetbaseret psykologbehandling** til patienter over 18 år med angst og/eller let til moderat depression, læs uddybende beskrivelse på side 6.

Region Midtjylland arbejder videre med **den mobile sundhedsplatform**, Remind, der via app til både PC og mobiltelefon blandt andet støtter patienten til aktiviteter og struktur som alternativ til almindelig behandling. Platformen gør det derudover muligt for de behandlere der indgår i behandlingsforløbet at skabe et sammenhængende patientforløb, og patienten kan selvrapportere data. Den mobile sundhedsplatform forebygger indlæggelser og gør behandling mere tilgængelig for patienten.

Som nævnt i statusrapporten fra 2017, etablerer regionerne **brugerstyrede senge**, hvor patienter på ordningen har mulighed for at indlægge sig på eget initiativ i kortere tid. Det gør psykiatrien mere tilgængelig for de patienter, der selv kan bestemme, hvornår de har behov for indlæggelse. Det resulterer i færre og kortere indlæggelser og forebygger tvang og forværring af patientens tilstand. I Region Midtjylland videreføres og udvides projektet om de brugerstyrede senge fra satspuljeaftalen 2013-2016 således, at målet er at der ved udgangen af 2018 skal være 350 patienter med kontrakt til en patientstyret indlæggelse.

Målrettet anvendelse af privat kapacitet

Med henblik på at udvide kapaciteten i forhold til at sikre rettidig udredning og behandling, har regionerne indgået aftaler med private hospitaler og behandlingssteder i både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Den private kapacitet supplerer regionernes kapacitet og medvirker til at overholde udrednings- og behandlingsretten. Antallet af aftaler med private og antallet af patienter, der henvises til private udbydere, har været stigende de seneste år.

Alle regioner, undtagen Region Syddanmark, har i perioden 2014-2018 indgået **aftaler med private hospitaler og behandlingssteder**. I 2018 har regionerne tilsammen indgået aftaler med fem private hospitaler og behandlingssteder. Region Syddanmark overholder udrednings- og behandlingsretten og har derfor ikke haft behov for at indgå aftaler med private hospitaler og behandlingssteder.

I 2017 henviste regionerne 2207 patienter til private hospitaler og behandlingssteder. Region Sjælland har i 2017 medregnet 566 patienter. I 2016 henviste regionerne 1873 patienter, i 2014 henviste regionerne 524 patienter til private hospitaler og behandlingssteder. Region Midtjylland har ultimo 2015 som supplement til regionens aftaler med privathospitaler indgået en 566-aftale med de praktiserende speciallæger for årene 2015-2017.

Bedre arbejdsgange og patientforløb

Regionerne arbejder målrettet for at forbedre patienters behandlingsforløb og optimere arbejdsgange inden for rammen af udrednings- og behandlingsretten. Det styrker effektiv ressourceudnyttelse og øger kapaciteten. Nedenfor fremgår eksempler på konkrete indsatser for at optimere arbejdsgange og patientforløb i regionerne.

Regionerne afprøver **nye styringskoncepter** med udgangspunkt i den værdibaserede styring, der sikrer, at afdelinger i højere grad afprøver innovative løsninger, udviklingstiltag og tilrettelægger patientforløb med udgangspunkt i patientens behov.

Regionerne arbejder systematisk med personalets **kompetenceudvikling** med henblik på bedre ressourceudnyttelse og tilstrækkelig kapacitet til udredning og behandling. Regionernes konkrete opkvalificerende initiativer er uddybet under punktet *Flere og bedre kompetencer* på side 11.

Som nævnt i statusnotat 2017 anvender Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland **telepsykiatriske løsninger**, der bidrager til at optimere udnyttelsen af sygehuse-lægeressourcer. Regionerne afholder f.eks. videokonsultationer mellem de aktører, der indgår i patientens behandlingsforløb. Det udvider muligheden for dialog og koordinering på tværs af specialer og sektorer.

Regionerne har på baggrund af gode erfaringer fra Region Syddanmark udbredt **internet-baseret psykologbehandling** til patienter over 18 år med angst og/eller let til moderat depression pr. 1. januar 2018 som et landsdækkende 2-årigt pilotprojekt. Regionerne anvender et fælles regionalt set up, som er placeret i Region Syddanmark. Der skal foreligge en

evaluering primo 2020, der bl.a. skal analysere afgrænsningen af målgruppen, kvalitet og eventuelle konsekvenser i forhold til hospital og praksis. Patienterne kan henvende sig direkte via hjemmesiden uden henvisning.

Region Syddanmark har etableret en **fælles bagvagtsfunktion** for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Der er fælles bagvagtsfunktioner i hele børne- og ungdomspsykiatrien fra kl. 18.00 til 08.00. Det optimerer udnyttelsen af lægeressourcerne på sygehusene.

Kvalitetsløft i udredning og behandling

Hurtig udredning og behandling er afgørende for en effektiv psykiatri. Samtidig skal den enkelte patient behandles på et ordentligt grundlag og have et tilbud af høj kvalitet. Personalets kompetenceniveau i psykiatrien er afgørende for ensartet udredning og behandling af høj kvalitet. Udredning og behandling sker på baggrund af evidens, kliniske retningslinjer, vejledninger mv. og understøttes af pakkeforløb i psykiatrien.

Pakkeforløb, der understøtter ensartet høj kvalitet på tværs af regionerne

Regionerne har udarbejdet og implementeret pakkeforløb for ambulant udredning og behandling af ikke-psykotiske lidelser i både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

Pakkeforløb sikrer ensartede behandlingsforløb af høj kvalitet til patienter med samme psykiske sygdom og behandlingsbehov på tværs af regioner. Pakkeforløbene skal sikre, at patienter indgår i et fastlagt behandlingsforløb med fastlagte undersøgelser, som tilpasses den enkelte patient undervejs. Der sættes i regionerne nu fokus på registrering og monitorering af pakkeforløb. Derudover er der igangsat et arbejde med forløbsbeskrivelser for indlagte.

Et resultat af pakkeforløbene er, at flere patienter i forhold til tidligere gennemfører deres behandlingsforløb. Pakkeforløbene har understøttet en hurtigere udredning og behandling og understøtter derudover et bedre flow i og tydeligere krav til behandlingen samt større gennemsigtighed i behandlingen.

I **børne- og ungdomspsykiatrien** er der fem **behandlingspakker** for områderne: Anoreksi, OCD, ADHD, depression og gennemgribende udviklingsforstyrrelse samt fire **udredningspakker**: Afklarende samtale, basis udredningspakker, standard udredningspakke og udvidet udredningspakke.

Hertil kommer tre nationale forløbsbeskrivelser for børn og unge med ADHD, for børn og unge med depression og angst samt børn og unge med spiseforstyrrelser.

I **voksenpsykiatrien** er der 13 **behandlingspakker** for områderne: ADHD, angst og social fobi, bipolar affektiv lidelse, personlighedsforstyrrelse, emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, evasiv personlighedsforstyrrelse, depressiv enkeltepisode, periodisk depression, PTSD, OCD, tilpasningsreaktion, spiseforstyrrelse og incident skizofreni samt tre **udredningspakker**: Afklarende samtale, standard udredningspakke og udvidet udredningspakke.

Hertil kommer to forløbsbeskrivelser for henholdsvis ambulant retspsykiatri og prævalent skizofreni.

Bedre sikkerhed for patienter og ansatte

Patientsikkerheden har høj prioritet i alle regioner og handler blandt andet om at forebygge utilsigtede hændelser i psykiatrien, dvs. når der sker fejl og skader i psykiatrien. Det kan f.eks. være medicinfejl i forbindelse med, at patienter indgår i behandlingsforløb på tværs af specialer og sektorer. Derudover er en del af arbejdet med patientsikkerhed at reducere anvendelsen af tvang og nedbringe overdødeligheden. Psykiatrien skal samtidig være et sikkert og trygt sted for personalet at gå på arbejde. Nedenfor fremgår eksempler på konkrete indsatser i regionerne for at sikre patientsikkerheden og sikkerheden for ansatte.

Regionerne har alle fokus på at **reducere anvendelsen af tvang**, hvilket bl.a. sker via implementering af evidensbaserede metoder fra det engelske koncept Safeward. Safeward indeholder 10 konkrete strategier, som psykiatriske afdelinger kan implementere med henblik på at forebygge konflikter, vold og aggressioner. Det kan f.eks. være at afklare gensidige forventninger mellem patient og personale eller en fysisk kasse med redskaber, som personalet kan anvende med henblik på at berolige angste eller urolige patienter. Safeward medvirker til at skabe roligere afsnit, færre udadreagerende patienter, færre konflikter og mindre tvang.

Safeward er samtidig en metode til at sikre et bedre arbejdsmiljø, herunder sikkerhed og trivsel for medarbejderne. Regionerne analyserer derudover årsagerne til arbejdsulykker, så lignende ulykker fremover kan forebygges.

Der er nedsat en tværregional følgegruppe for **tvang**, som består af de regionale sygeplejefaglige direktører. I regi af følgegruppen er der afholdt flere nationale temadage og konferencer med workshops om nedbringelse af tvang herunder med internationale oplægsholdere. Hensigten har været at styrke den samlede nationale indsats i forbindelse med nedbringelse af tvang i psykiatrien.

Psykiatriske patienter behandles ofte med mere end én slags **medicin**, og det indebærer en risiko for, at patienter ikke oplever fejl i lægemiddelbehandlingen. Regionerne sikrer systematisk medicingennemgang, f.eks. via et elektronisk monitoreringsværktøj, der illustrerer polyfarmaci, doser og farlige kombinationer.

Regionerne har desuden i regi af **Sikker Psykiatri** implementeret en række kliniske og organisatoriske pakker, om forebyggelse af tvang. Via pakkerne gennemfører personalet hurtige og hyppige forbedringer, og hvor forandringerne er udsprunget af det faglige miljø og forankret i daglig praksis.

I regionerne er der et stort fokus på patientsikkerhed, herunder reducere af **overdødelighed**. Mennesker med psykisk sygdom lever i gennemsnit kortere end den øvrige befolkning. En væsentlig forklaring på dette er samtidige somatiske sygdomme, herunder især livsstilssygdomme som hjertekarsygdomme og sukkersyge. Indsatsen overfor **somatiske sygdomme** skal sikre effektiv diagnostik og behandling af somatiske sygdomme hos psykiatriske patienter. Det sker gennem systematisk risikoidentifikation og tidlig opsporing af livsstilssygdomme.

Der har i regionerne været et ønske om at sætte fokus på både fysisk og psykisk sygdom hos de borgere, der kommer ind akut. Derfor har flere regioner åbnet **fælles akutmodtagelser** for somatiske og psykiatriske patienter. Det er i tråd med Sundhedsstyrelsens faglige anbefaling af integration af somatik og psykiatri, også i akutmodtagelser.

I Region Midtjylland indgår somatisk undersøgelse og udredning som en integreret del af udredning af patienter i psykiatrien. Her er tidlig opsporing af kritisk sygdom (TOKS) et regionalt tema. I efteråret 2018 forventes der afholdt en TOKS-fokusuge på alle hospitalerne i regionen - såvel psykiatri som somatik. Derfor er psykiatrien i Region Midtjylland ved at udarbejde en fællespsykiatrisk retningslinje for tidlig opsporing af akut kritisk sygdom omhandlende måling af vitale værdier.

Selvmondsforebyggelsen fokuserer på, at selvmord ikke forekommer under indlæggelse i psykiatrien og 30 dage efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling. Det sker f.eks. ved udarbejdelse af sikkerhedsplaner og selvmordsrisikovurderinger, sikkerhedsbriefinger mellem medarbejderne og inddragelse af pårørende.

I regionerne har **forbedringsarbejdet** generelt høj prioritet, og regionerne prioriterer opkvalificerende kurser for medarbejdere med henblik på håndtering af konflikter og voldelige episoder. Dette uddybes under punktet *Specialiserede kompetencer* på side 12.

Regionerne arbejder både proaktivt og reaktivt med patientsikkerhed. Proaktivt har regionerne en systematisk tilgang til løbende **risikovurderinger**, hvor afdelingerne udarbejder handleplaner med henblik på forebyggelse af risikoområder. Reaktivt udarbejder regionerne dybdegående analyser af utilsigtede hændelser.

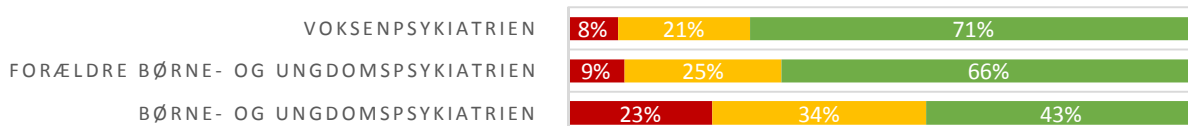
Systematisk inddragelse af patienter og pårørende

Inddragelse af patienter og pårørende er vigtigt, hvis man skal opnå gode patientforløb og sikre kvalitet i behandlingen. Samarbejde mellem patient og sundhedsprofessionelle om den enkeltes sygdomsforløb har en positiv effekt på faglig kvalitet, sikkerhed, økonomi samt patienters oplevelse og tilfredshed. Inddragelse af patienten giver større sygdomsforståelse og dermed mulighed for, at den enkelte bedre kan håndtere egen sygdom.

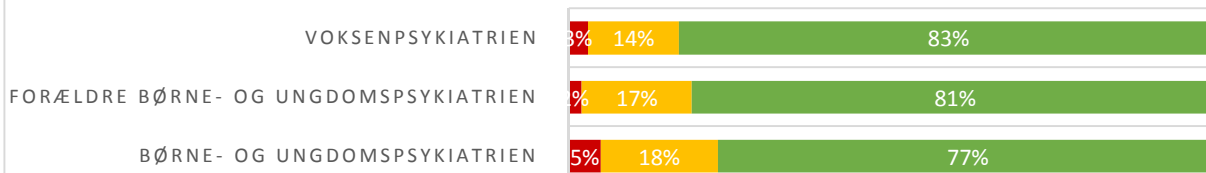
Patienter og pårørende er generelt meget tilfredse med behandlingen i psykiatrien. Det fremgår af Den Landsdækkende Undersøgelse for Patientoplevelser (LUP), jf. figur 4. Det fremgår af LUP, at 81 procent af forældrene til ambulante patienter i børne- og ungdomspsykiatrien i høj grad eller i meget høj grad er tilfredse med deres børns forløb. I voksenpsykiatrien er 71 procent af de indlagte patienter i høj grad eller i meget høj grad tilfredse med deres forløb og blandt de ambulante patienter i voksenpsykiatrien angiver kun tre procent, at de slet ikke eller kun i ringe grad er tilfredse med deres forløb.

Figur 4 – Patientoplevede tilfredshed i 2017

INDLAGTE PATIENTER



AMBULANTE PATIENTER



■ Slet ikke/ ringe grad tilfreds ■ I nogen grad tilfreds
■ I høj grad/ I meget høj grad tilfreds

Kilde: LUP, Psykiatri 2017

Regionerne arbejder systematisk med kompetenceudvikling af medarbejderne til at kunne inddrage patienter og pårørende. Nedenfor fremgår konkrete eksempler på patient- og pårørendeinddragelse i regionerne.

Regionerne afholder patientfeedbackmøder og møder med patient- og pårørendeforeninger, udvikler patient- og pårørendepolitikker, og patient- og pårørenderepræsentanter deltager i lokale møde- og beslutningsfora.

Region Hovedstaden har sat fokus på **børn som pårørende** og har bl.a. udpeget børnekoordinatorer og tilbyder børnegrupper, hvor børn som pårørende indgår i psyko-edukative gruppeforløb, hvis forældrene har været i psykiatrisk behandling. Det er med til at nedbryde tabuer for børn og forældre, der er ramt af psykisk sygdom i familien.

Region Sjælland og Region Hovedstaden har etableret en **Recoveryskole**, hvor undervisere og tutorer er mennesker, som har personlig erfaring med at komme sig efter psykisk sygdom. Både patienter, pårørende og kommunale medarbejdere tilbydes et undervisningsforløb på skolen, der samtidigt er et tværsektorielt tilbud mellem psykiatrien og kommunerne. Undervisningen bidrager positivt til den enkelte kursists recoveryproces. Region Sjælland involverer derudover **bruger- og pårørendepanelet** aktivt som sparringspartner og rådgiver ved konkrete projekter og initiativer. Panelet har blandt andet været involveret i selvbooking og projektet Bæltefri Afdeling.

I Region Syddanmark deltager patienter og pårørende i flere **mødefora**, f.eks. har regionen et pilotprojekt, hvor en patientrepræsentant og en pårørenderepræsentant deltager i ledermøderne på et af sygehusets afdelinger. På den måde kan repræsentanterne yde sparring i forhold til alt fra økonomi til sygefravær samt nedbringelse af tvang. Det bidrager til at udvikle sygehuset på flere organisatoriske niveauer.

Region Midtjylland indgår kontrakter om **patientstyrede indlæggelser** på baggrund af erfaringerne med brugerstyrede senge. Afdelinger indgår kontrakter med en række patienter, og fremtidig indlæggelse sker på patientens eget initiativ. Det resulterer i færre og kortere indlæggelser og forebygger tvang og forværring af patientens tilstand.

Region Nordjylland har etableret **Patientens Team** som det styrende princip for involvering af og samarbejde med patienter og pårørende. Patientens Team afstemmer forventninger mellem patienten og sundhedsprofessionelle og sikrer, at patienter og pårørende involveres i behandlingen.

Sammenhæng på tværs af specialer og sektorer

Sundhedsaftalerne mellem region og kommuner danner rammen for det samarbejde, der skal sikre, at patienterne oplever et sammenhængende og koordineret forløb på tværs af sektorer. Sundhedsaftalen 2015-2018 danner rammen om samarbejdet mellem region og kommuner, og regionerne har indgået aftale om en række delmål med kommunerne, der skal sikre implementeringen af sundhedsaftalen.

Det sammenhængende sundhedsvæsen er et højt prioriteret indsatsområde for regionerne, men det er også et område, hvor indsatsen kan styrkes. Særligt oplever borgere med både psykisk sygdom og samtidigt misbrug usammenhængende forløb. Regionerne og kommunerne samarbejder dog allerede om en række aktiviteter, der skaber bedre sammenhæng mellem region og kommune. Nedenfor fremgår en række eksempler.

Regionerne etablerer psykiatriske huse i **samarbejde med kommunerne**. Region Hovedstaden og Københavns Kommune har i samarbejde etableret **Huset for Psykisk Sundhed** og Region Sjælland samarbejder med Næstved Kommune om **integreret psykiatri** i Psykiatriens Hus i Næstved. Region Midtjylland samarbejder med Silkeborg Kommune om **Psykiatrien Hus**. Husene bygger bro mellem kommunale og regionale indsatser og sikrer sammenhæng i den tværgående indsats, og husene fungerer som én indgang til kommunale støttetilbud og regionale behandlingstilbud for borgere med psykisk sygdom.

I Region Syddanmark blev **Sundhedscenter Haderslev** indviet i august 2018. Udover mere traditionelle sundhedstilbud som lægeklinik og jordemoderkonsultation, er tilbud som regionens lokalpsykiatri og kommunens socialpsykiatri og misbrugsbehandling og jobcenterfunktioner nu er samlet under samme tag. Formålet er, at borgere med mentale udfordringer oplever, at sektorerne taler sammen og laver sammenhængende forløb.

I Region Syddanmark forsøges også implementering af **SAM:BO** på det socialpsykiatriske område. Det er et tværsektorielt samarbejde mellem psykiatrisygehuset og de 22 kommuner om elektronisk kommunikation mellem regionens sygehuse og den kommunale socialpsykiatri i oktober 2018.

I Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Sjælland arbejdes der med **tværfaglige udgående teams (TUT)** som har til formål at styrke samarbejdet mellem de professionelle i børne- og ungdomspsykiatrien og kommunerne samt at understøtte, at indlagte børn og unge i alderen 7-17 år fastholder en tilknytning til skole- og hverdagsliv. TUT er brobygger til kommunen, herunder patientens skole, dag- eller døgninstitution og der er gode erfaringer med at sikre sammenhængende forløb efter udskrivelse til barnets/den unges hverdagsmiljøer.

Regionerne udarbejder **koordinerede indsatsplaner** for patienter med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Region Syddanmark og Region Sjælland har ansat forløbskoordinatorer, der anvender de koordinerede indsatsplaner som værktøj til at skabe bedre sammenhæng på tværs af kommunale og regionale tilbud. Det styrker indsatsen over for målgruppen.

Region Nordjylland har udviklet og implementeret **Patientens Team**, hvor den **patientansvarlige læge** løbende koordinerer patientens behandlingsforløb i samarbejde med de involverede fagpersoner. Patientens Team styrker koordineringen af tværgående indsatser og understøtter teambaserede samarbejder, hvor patienten og pårørende er aktive deltagere i behandlingsforløbet.

Region Hovedstaden har etableret **psykiatrisk gadeplansteam**, hvor regionen i samarbejde med Københavns Kommune har målrettede teams for hjemløse med mistanke om psykisk sygdom.

Konkrete indsatser for at **forebygge genindlæggelser**, som del af arbejdet med at sikre bedre sammenhæng på tværs af sektorer, er udgående psykiatriske akutteams, brugerstyrede senge, opøgende og udgående ambulante funktioner, koordinerede indsatsplaner samt døgnåbne akuttelefoner.

For at skabe bedre sammenhæng på tværs af somatiske og psykiatriske afdelinger, indgår regionerne lokale samarbejdsaftaler mellem psykiatriske afdelinger og tilhørende somatiske sygehuse.

I Region Sjælland har Psykiatrisygehuset Slagelse og Slagelse Sygehus som led i en partnerskabsaftale etableret en **forskningspulje** og en **initieringspulje** med henblik på at støtte forskningsprojekter og projekter, der går på tværs af begge matrikler.

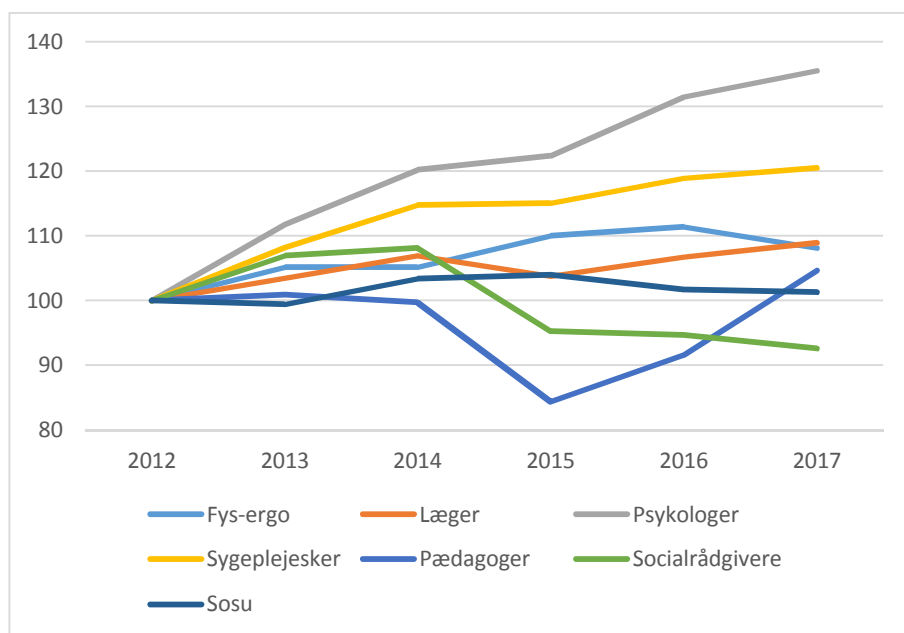
Flere regioner har etableret **fælles akutmodtagelser** for alle somatiske og psykiatriske patienter, hvor patienter vil blive vurderet af både psykiatriske og somatiske speciallæger. Den 22. november 2018 åbner den fælles akutafdeling i AUH Skejby, hvilket medfører et tættere samarbejde med de somatiske afdelinger.

Nye **psykiatrisygehuse** opføres i tilknytning til somatiske sygehuse, f.eks. i Slagelse, Odense, Aabenraa, Vejle, Aarhus og Skejby. På den måde kommer somatiske og psykiatriske afdelinger fysisk tættere på hinanden, og det mindsker udfordringer med at koordinere på tværs af afdelingerne samt nedbringer antallet af genindlæggelser.

Flere og bedre kompetencer

Medarbejderne er den vigtigste ressource i psykiatrien, og personalets faglige kompetencer er afgørende for, at regionerne kan levere effektiv udredning og behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet. Til trods for væsentlige rekrutteringsudfordringer, herunder en udtalt mangel på speciallæger i psykiatrien, har regionerne oprustet de sundheds- og psykiatrifaglige kompetencer blandt personalet, jf. figur 5.

Figur 5 – Udvikling i antal ansatte i psykiatrien (Indeks 2012 = 100)



Kilde: Benchmarking af Psykiatrien 2017, Regionale indberetninger

Nedenfor fremgår udviklingen i antallet af ansatte i psykiatrien fordelt på personalegrupper i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

Tabel 4 – Antal ansatte i alt i børne- og ungdomspsykiatrien, 2012-2017

	Læger	Psykologer	Sygeplejersker	SOSU	Socialrådgivere	Pædagoger	Fys/ergo	Andet	I alt
2012	277	272	475	78	61	193	32	8	1.395
2013	287	293	513	73	61	194	32	12	1.465
2014	300	295	535	79	62	192	34	9	1.507
2015	295	298	556	103	55	160	36	9	1.512
2016	284	315	575	77	58	184	36	6	1.531
2017	296	332	584	81	62	181	36	5	1.578

Kilde: Benchmarking af psykiatrien 2017

Tabel 5 – Antal ansatte i alt i voksenpsykiatrien, 2012-2017

	Læger	Psykologer	Sygeplejersker	SOSU	Socialrådgivere	Pædagoger	Fys/ergo	Andet	I alt
2012	1.098	525	3.006	2.218	274	151	399	39	7.699
2013	1.135	598	3.252	2.209	297	153	421	44	8.108
2014	1.170	663	3.457	2.294	300	151	419	45	8.499
2015	1.132	677	3.448	2.284	264	130	438	41	8.415
2016	1.183	733	3.562	2.257	259	131	448	78	8.651
2017	1201	748	3611	2245	248	179	430	38	8.710

Kilde: Benchmarking af psykiatrien 2017

Det samlede antal ansatte i børne- og ungdomspsykiatrien er i perioden 2012-2017 steget med 183 medarbejdere, svarende til 13,1 procent, og det samlede antal ansatte i voksenpsykiatrien er i samme periode steget med 1001 medarbejdere, svarende til 13 procent. I begge specialer ses en væsentlig stigning i antallet af både psykologer og sygeplejersker.

Udviklingen i den samlede kompetenceprofil understøtter psykiatriens 'to ben' – det sundhedsfaglige/medicinske og det terapeutiske.

I børne- og ungdomspsykiatrien er antallet af læger i perioden steget fra 277 til 296, svarende til 6,9 procent, og psykologer steget fra 272 til 332, svarende til en stigning på 22 procent. Samtidig er antallet af sygeplejersker i perioden steget fra 475 til 584, en stigning på 22,9 procent.

I voksenpsykiatrien er antallet af læger i perioden steget fra 1098 til 1201 svarende til 9,4 procent, og psykologer steget fra 525 i 2012 til 748 i 2017, svarende til en stigning på 42,5 procent. Samtidig er antallet af sygeplejersker steget fra 3006 i 2010 til 3611 i 2017, en stigning på 20 procent.

I det følgende beskrives konkrete indsatser, der har bidraget til at opkvalificere tværfaglige og specialiserede kompetencer hos personalet i psykiatrien.

Generelle tværfaglige kompetencer

Generelle tværfaglige kompetencer hos alle faggrupper er væsentlige for at sikre sammenhængende forløb. Regionerne arbejder systematisk med opkvalificering af alle faggrupper inden for patient- og pårørendeinddragelse, patientkommunikation, recovery, forandringsledelse, miljøterapi mv.

Regionerne uddanner og ansætter blandt andet aktivitetskonsulenter, der kan tilbyde fysisk aktivitet og motion tilpasset den enkelte patient, og på sengeafsnit er der tilbud om fysisk aktivitet i dag- og aftentimerne samt weekenden.

Specialiserede kompetencer

Regionerne arbejder målrettet med at opkvalificere medarbejderne til at forebygge og håndtere konflikter. Nedenfor fremgår en række eksempler på konkrete opkvalificerende initiativer inden for konflikthåndtering og deeskalering.

I Region Hovedstaden deltager alle nye medarbejdere på **forebyggelseskurser** inden for konflikthåndtering, og kurserne følges op af vedligeholdelsestræning. Region Hovedstadens Psykiatri uddanner, eksaminerer og opkvalificerer løbende interne **vedligeholdelsesinstruktører**, der har som opgave at opkvalificere og vedligeholde kollegernes kompetencer inden for forebyggelse og håndtering af vold og trusler. Vedligeholdelsesuddannelsen efterfølges af en eksamen. I løbet af 2018 opkvalificeres en gruppe medarbejdere til **specialinstruktører**, som skal medvirke til at sikre, at kurser og vedligeholdelse justeres og udvikles på baggrund af indhøstede erfaringer fra den kliniske praksis.

I Region Sjælland tilbydes medarbejderne kompetenceudvikling inden for forebyggelse og håndtering af vold og trusler via et nyt koncept for relationer og deeskalering. En udviklingsinstruktør på afdelingsniveau og træningsinstruktører på afsnitsniveau skal med ledelsen fungerer som **forandringsagenter** ifm. at skabe ændringer i kultur og praksis. Fra januar 2017 implementerede Psykiatrien et nyt 3-dages basiskursus i relationer og deeskalering med fokus på bl.a. etiske dilemmaer, for alle nyansatte med udgangspunkt i det nye

koncept. I 2018 gennemføres desuden specialkurser for nyansatte som overbygning til basiskurset. Specialkurset har bl.a. fokus på det konfliktforebyggende arbejde, teamsamarbejde, risikovurdering, **defusing/debriefing** og psykofysisk træning.

Region Syddanmark har tre opkvalificerende initiativer, der udbredes til alle medarbejdere og alle afsnit inden for **konflikt håndtering, kommunikativ deeskalering og implementering af Safewardsmodellen**. Fra 2015 til august 2018 er der gennemført cirka 100 forskellige kompetenceudviklingsaktiviteter gennem forskellige typer af læringsaktiviteter (kurser, uddannelse, temadage, e-læring, webinarer, simulationstræning, spil, praktik, supervision og netværk mv.).

I Region Midtjylland er deeskalering en integreret del af **konflikt håndteringskurserne** for nyansatte, og kurserne følges op af vedligeholdelsestræning. Alle medarbejdere kommer på **kursus i deeskalering** i perioden 2015-2018, og regionen afholder **inspirationsdage om Safewardsmodellen** for ledere og medarbejdere. Der udarbejdes i 2018 en model for, hvordan introduktionen af vikarer, studerende, elever, praktikanter, timeansatte mv. skal foregå. Formålet er at give medarbejderen mulighed for hurtigt at kunne fungere aktivt, selvstændigt, sikkert og trygt i jobbet. Desuden gennemføres i 2018 et kursusforløb med emnet "grundlæggende miljøterapi" for alle miljømedarbejdere i psykiatrien.

I Region Nordjylland gennemfører alle nyansatte kursus i **deeskalering, konfliktforebyggelse, arousalniveauer, fysiske greb og bæltefiksering**, og der er årlige vedligeholdelseskurser. Regionen har en **kognitiv miljøterapiuddannelse** for sengeafsnit samt en uddannelse i **defusing** for afsnitsledende sygeplejersker og souschefer. Der er desuden i 2018 gennemført **dobbeltdiagnoseuddannelse**, som ligeledes kan ses som et element i konfliktforebyggelse, da en del konfliktsituationer sker i tilfælde med stofpåvirkning. Et solidt kendskab til rusmidler, motivationssamtale, trangforebyggelse m.m. forventes at kunne bibringe personalet kompetencer til at kunne forebygge konfliktsituationer.

Regionerne har i fællesskab etableret specialuddannelser for specifikke faggrupper, herunder uddannelse i psykiatrisk sygepleje, uddannelse af specialpsykologer i både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, obligatorisk efteruddannelse i psykopatologi for læger og psykologer samt en tværfaglig efteruddannelse for medarbejdere i retspsykiatrien. Nedenfor fremgår eksempler på øvrige specialuddannelser i regionerne.

Region Hovedstaden har i samarbejde med professionshøjskolen UCC etableret en **akutuddannelse for sygeplejersker** i psykiatrikontekst, og har i 2018 øget optaget af sygeplejersker på uddannelsen med ca. 50 %. Regionen har etableret et **DAT-team** (dialektisk adfærdsterapi), der kan uddanne personale fra intensive afsnit i behandlingen af selvskadende adfærd hos patienter med det formål at nedbringe tvang. Regionen **opkvalificerer kliniske vejledere** for sygeplejestuderende.

Region Sjælland øgede i 2016 antallet af sygeplejersker på specialuddannelsen til 21 sygeplejersker årligt. Dette tal skal i 2018 øges til 25 og målet er, at op mod 50 procent af psykiatriens sygeplejersker uddannes til **specialsygeplejersker** inden 2025.

Region Syddanmark uddanner fysio- og ergoterapeuter i **sanseintegration** på baggrund af en partnerskabsaftale mellem regionen og Sundheds- og Ældreministeriet om halvering af anvendelsen af tvang. Regionen tilbyder **efteruddannelse** til socialrådgivere, læger, lægesekretærer samt funktionsledere.

I Region Midtjylland er der i 2017 uddannet 21 **specialsygeplejersker** og i 2018 har 19 indtil videre afsluttet uddannelsen. Pr. 1. august er 19 nye sygeplejersker startet på uddannelsen. Der er stor interesse for uddannelsen, og fra april 2016 til april 2017 gik regionen fra 12 til 23 ansatte. Pr. 1. august 2018 er tallet steget til 34 og det tal forventes at stige yderligere.

I Region Nordjylland er **rekruttering og fastholdelse af uddannelseslæger** et stort fokusområde. Regionen uddanner derudover specialister inden for **kognitiv terapi, mentaliseringsbaseret terapi og psykodynamisk terapi** inden for både læger, psykologer og sygeplejersker. Psykiatrien i Region Nordjylland afsluttede endvidere i 2018 en 2-årig kognitiv specialistuddannelse for primært læger og psykologer med henblik på at sikre tilstrækkelige specialistkompetencer i organisationen.

Senge

Satspuljepartierne har i satspuljeaftalen for 2016-2019 permanentgjort 40 millioner kroner årligt som opfølgning på satspuljeaftalen 2012-2015 med henblik på at fremtidige omlægninger opretholder tilstrækkelig samlet kapacitet i psykiatrien, herunder tilstrækkelig stationær kapacitet til patienter, der har behov for indlæggelse i kortere eller længere tid.

Nedenstående tabeller 6-8 viser udviklingen i sengepladser i hhv. voksenpsykiatrien, børne- og ungdomspsykiatrien samt retspsykiatrien. I perioden 2016-2018 er antallet af normerede sengepladser i voksenpsykiatrien steget, når de nye særlige pladser regnes med. I samme periode er antallet af normerede sengepladser steget med i ni sengepladser i retspsykiatrien. I børne- og ungepsykiatrien er antallet af senge steget med én sengeplads siden 2016.

Tabel 6 – Oversigt over udviklingen i normerede sengepladser i voksenpsykiatrien*

	2016	2017	2018
Region Hovedstaden	968	956	1.003
<i>Heraf særlige pladser</i>			32 (primo 2018) 47 (ultimo 2018)
Region Sjælland	265	265	288
<i>Heraf særlige pladser</i>			7 (primo 2018) 23 (ultimo 2018)
Region Syddanmark	481	481	499
<i>Heraf særlige pladser</i>			15 (primo 2018) 32 (ultimo 2018)
Region Midtjylland	368	376	402
<i>Heraf særlige pladser</i>			21 (primo 2018) 32 (ultimo 2018)
Region Nordjylland	216	216	232
<i>Heraf særlige pladser</i>			4 (primo 2018) 16 (ultimo 2018)

Kilde: Regionernes indberetning i henhold til opfølgning på satspuljen 2016-2019

Tabel 7 – Oversigt over udviklingen i normerede sengepladser i børne- og ungdomspsykiatrien*

	2016	2017	2018
Region Hovedstaden	74	74	74
Region Sjælland	40	40	40
Region Syddanmark	47	47	47
Region Midtjylland	49	49	49
Region Nordjylland	11	12	12

Kilde: Regionernes indberetning i henhold til opfølgning på satspuljen 2016-2019

Tabel 8 – Oversigt over udviklingen i normerede sengepladser i retspsykiatrien*

	2016	2017	2018
Region Hovedstaden	128	136	136
Region Sjælland	80	80	80
Region Syddanmark	70	70	70
Region Midtjylland	94	95	95
Region Nordjylland	22	22	22

Kilde: Regionernes indberetning i henhold til opfølgning på satspuljen 2016-2019

* I forhold til afvigelser fra Danske Regioners Benchmarking af psykiatrien 2016 er der følgende forskelle i opgørelsesmetoderne mellem benchmarkingen og statusrapporten:

- 1) En forskel i opgørelsestidspunktet, da der til benchmarkingen opgøres ultimo året, hvor der til statusrapporten opgøres per 1. januar og
- 2) til benchmarkingen omregnes 5-døgnsenge til 7-døgnsenge.

Regionerne har primo 2018 åbnet 79 ud af de 150 nye særlige pladser i psykiatrien til en gruppe særligt udsatte mennesker med svære psykiske lidelser, udadreagerende og uforudsigelig adfærd, gentagne indlæggelser og/eller dom til behandling. Målgruppen er kendetegnet ved at have mange afbrudte behandlingsforløb og mange akutte indlæggelser. De resterende pladser tages i brug ultimo 2018.