



Medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

03-05-2012

Sagsnr. 12/766

Annette Budtz-

Jørgensen

Tel.: 3529 8263

E-mail: abj@regioner.dk

**Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse fredag den 11-05-2012 kl. 10:30**

**Deltagere:** Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Buch Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøller Pedersen

**Afbud:** Birgitte Josefsen

**Mødested:** Danske Regioner  
Dampfærgevej 22,  
2100 København Ø



## Indholdsfortegnelse

1. **Formandens meddelelser, sagsnr. 12/766** 1

### Beslutning

2. **Godkendelse af åbent referat af møde 30-03-2012 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 12/766** 3  
Bilag: 1. Åbent referat af møde 30-03-2012 i Danske Regioners bestyrelse
3. **Mødekalender 2013 for Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 12/766** 5
4. **Evaluering af generalforsamling 2012, sagsnr. 11/1911** 7  
Bilag: 1. Medieomtale af Danske Regioner
5. **Folkemødet 2012, sagsnr. 11/1157** 11
6. **Regeringens udspil om ny udrednings- og behandlingsgaranti, sagsnr. 11/2169** 13
7. **Ansøgning til Danske Regioner om støtte til sommerskole om patientsikkerhed, sagsnr. 01/3293, j.nr. 110** 17
8. **Høringssvar vedr. budgetloven, sagsnr. 11/1005** 21  
Bilag: 1. Høringssvar vedr. budgetlov
9. **Høringssvar vedr. forslag til lov om frikommunerne, sagsnr. 12/819** 23  
Bilag: 1. Høringssvar vedr. lovforslag om frikommuner
10. **Høringssvar vedr. ældrekommissionernes rapport, sagsnr. 12/332** 25  
Bilag: 1. Høringssvar vedr. ældrekommissionens rapport

- 11. Høringssvar vedr. digitaliseringslov, sagsnr. 10/2237 27**  
Bilag: 1. Høringssvar vedr. Lovforslag om Offentlig Digital Post og Lovforslag om Det Centrale Personregister

### **Orientering**

- 12. Regeringens udvalg om psykiatri, sagsnr. 12/718 29**  
Bilag: 1. Kommissorium for Udvalget om Psykiatri
- 13. Om direkte adgang til fysioterapi, sagsnr. 11/329, j.nr. RLTN5540 31**  
Bilag: 1. Notat om henvisning til speciallæge og fysioterapeut
- 14. Refusion til private ved brug af hjertestartere, sagsnr. 11/1965 35**
- 15. Generelle orienteringer, sagsnr. 12/766 37**
- 16. Orientering om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 12/766 41**
- 17. Næste møde, sagsnr. 12/766 43**
- 18. Eventuelt, sagsnr. 12/766 45**





---

**1. Formandens meddelelser, sagsnr. 12/766**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

*Resumé*

-

---

*Indstilling*

-

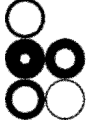
---

*Sagsfremstilling*

-

---

*Bilag*  
Ingen.





---

**2. Godkendelse af åbent referat af møde 30-03-2012 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 12/766**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

***Resumé***

-

---

***Indstilling***

*Det indstilles,  
at referatet godkendes.*

---

***Sagsfremstilling***

-

---

***Bilag***

Åbent referat af møde 30-03-2012 i Danske Regioners bestyrelse.pdf  
(1010693).







---

### 3. Mødekalender 2013 for Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 12/766

---

Bente Kragelund Jønsson

#### *Resumé*

Nedenfor følger mødekalender 2013 for Danske Regioners bestyrelse. Møderne afholdes fra kl. 10.30 til kl. 14.00.

Fredag den 1. februar

Fredag den 8. marts

Fredag den 5. april

Onsdag den 17. april (generalforsamling 2013)

Fredag den 17. maj

Fredag den 7. juni

Fredag den 28. juni

Fredag den 30. august

Fredag den 27. september

Fredag den 1. november

Fredag den 6. december

---

#### *Indstilling*

*Det indstilles,  
at mødekalender for 2013 godkendes.*

---

#### *Sagsfremstilling*

Mødeplan for 2013 for Danske Regioners bestyrelse er udarbejdet, jf. resumé.

---

#### *Bilag*

Ingen.





---

#### 4. Evaluering af generalforsamling 2012, sagsnr. 11/1911

---

Gitte Schmidt

##### *Resumé*

Danske Regioners generalforsamling blev afholdt på Nyborg Strand torsdag den 12. april med 378 tilmeldte bestående af regionsrådspolitikere, gæster, journalister og sekretariatsansatte. Efterfølgende er der samlet indtryk og input fra flere grupper, bl.a. sekretariatscheferne i regionerne.

Arrangementet var overordnet set en succes med mange gæster, smidig afvikling og god pressedækning. Mindre justeringer vil blive rettet til næste år.

---

##### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager evalueringen af generalforsamlingens planlægning og afvikling til efterretning.

---

##### *Sagsfremstilling*

Danske Regioners generalforsamling blev i 2012 i lighed med året før afholdt på én dag afsluttende med middag.

Generalforsamlingen havde i år 378 tilmeldte.

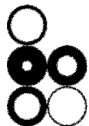
##### Formandens beretning

Formandens beretning blev indledt af en kort film. Et portræt af en kroniker, der fortalte om sine oplevelser i og ønsker til fremtidens sundhedsvæsen. Efterfølgende blev der i formandens beretning henvist til filmen, men effekten kunne godt have været udnyttet bedre. Talen var præget af det forgangne lidt turbulente år og den forestående evaluering af strukturreformen, hvilket også afspejlede sig i den efterfølgende pressedækning og journalistiske interesse for arrangementet. Flere skarpe udmeldinger om et konfliktfyldt emne var grundlaget for en pæn mediedækning – ikke mindst har der været flere opfølgninger på de politiske budskaber fra selve generalforsamlingen.

##### Regeringens hilsen

Regeringens hilsen ved økonomi- og indenrigsminister Margrethe Vestager indeholdt flere positive udmeldinger. Bl.a. understregede ministeren, at "Regeringen har en plan om et stærkt, godt og målrettet samarbejde med regionerne i stedet for at nedlægge dem."

##### Gruppemøder og frokost



---

Lokalerne til gruppemøderne fungerede fint, men det skal overvejes om og hvordan man kan aktivere den ret store gruppe af eksterne gæster, der ikke deltager i gruppemøderne.

#### Debat om beretningen

I panelet sad alle Danske Regioners udvalgsformænd samt formanden for Europapolitisk panel for at svare på indlæg fra salen. Der var afbud fra Birgitte Josefsen. I stedet overtog Carl Holst området.

Det skal overvejes, hvordan man fremover kan skabe mere dynamik i debatten og styrket engagement fra salen.

#### Paneldebat

Paneldebatten blev indledt af en film, der dels opridsede regionernes rolle, dels lagde op til en diskussion af, hvordan regionernes opgaver skal se ud i fremtiden. I panelet, der blev modereret af Niels Kraus Kjær, sad foruden Danske Regioners formandskab sundhedsminister Astrid Krag og uddannelsesminister Morten Østergaard. Socialminister Karen Hækkerup havde meldt afbud. Alle tre ministre havde fået tilsendt film og oplæg til debat på forhånd. Hver minister fik 10 minutter til at fremlægge sine synspunkter, men til næste år skal det overvejes, om man i stedet skal prioritere debatten.

#### Afvikling

Den praktiske afvikling af generalforsamlingen gik uden problemer. I salen var der i starten for få gæstempladser, ikke mindst oppe foran. Det skal også overvejes, om der skal være flere navneskilte til fremtrædende gæster. Udstillingen om godtsygehusbyggeri.dk hang flot sammen med de øvrige moduler til displays og tegnerens baggrund. Bagerst i salen fungerede tegneren og det tegnede referat som fin aktivitet under generalforsamlingen. Mange var nede for at se, hvad der foregik eller komme med input. Efterfølgende er tegningen blevet scannet ind og formidlet elektronisk til alle tilmeldte, mens bestyrelsen, ministre og medlemmer af Folketinget har fået det tegnede referat i trykt udgave.

#### Web

I år var der for første gang udviklet en hjemmeside dedikeret til generalforsamlingen. Siden var optimeret til Ipad, som især på dagen blev en populær indgang til sitet.

GF-hjemmesiden har, fra den gik i luften 9. februar til og med ugen efter generalforsamlingen, haft 8.919 sidevisninger. Langt de fleste på dagen, hvor hele generalforsamlingen blev live-streamet, og hvor der løbende blev lagt nyheder og servicemeddelelser på. En analyse viser, at læserne primært har brugt sitet til at holde sig opdateret med praktisk information under generalforsamlingen,



---

mens der efterfølgende har været stor interesse for bl.a. fotos og videoklip fra dagen.

Også Danske Regioners hjemmeside har været præget af øget trafik. Sitet har haft dobbelt så mange besøgende på selve dagen, mens hele ugen omkring generalforsamlingen også har ligget markant højere end generalforsamlingsugen sidste år.

---

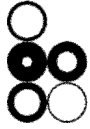
### ***Sekretariatets bemærkninger***

Det kunne overvejes næste år at lave internetbaserede evalueringer blandt de tilmeldte.

---

### ***Bilag***

Medieomtale af Danske Regioner (1009507).





---

## 5. Folkemødet 2012, sagsnr. 11/1157

---

Eva Margrethe Weinreich-Jensen

### *Resumé*

Folkemødet 2012 ser allerede nu ud til at slå sin egen rekord deltagermæssigt. Over 200 folkevalgte politikere har meldt deres ankomst, og hertil kommer en lang række foreninger.

Regionernes fælles aktiviteter er ved at være på plads. Via foreningen vil regionale politikere deltage i over 25 forskellige arrangementer. De sidste detaljer falder på plads senest den 1. maj, hvor der er deadline for tilmelding til programmet. På Cirkuspladsen vil Danske Regioners telt give mulighed for et samlingssted undervejs. Ligesom til Generalformsalingen bliver der lavet en særlig folkemødehjemmeside, hvor alle kan følge regionernes aktiviteter på Folkemødet. Også dem der ikke har mulighed for at være til stede.

En liste over arrangementer med deltagelse af regionale politikere vil være tilgængelig på mødet.

---

### *Indstilling*

*Demokratiudvalget indstiller,  
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning*

---

### *Sagsfremstilling*

Der er stor tilslutning til Folkemødet 2012: 21 ministre har meldt deres ankomst sammen med over 100 medlemmer af Folketinget, 5 regionsrådsformænd, i hvert fald 72 regionsrådsmedlemmer, hver 3. borgmester og mange, mange flere fra foreninger og organisationer. Det ser dermed ud til, at Folkemødet 2012 allerede nu tiltrækker langt flere end sidste år.

### **Den fælles regionale ramme**

Den fælles ramme for regionernes og foreningens deltagelse i Folkemødet er overordnet set ved at være på plads.

Regionale politikere vil medvirke i en række arrangementer, der bredt dækker regionernes ansvarsområder. I skrivende stund ser det ud til, at der vil være regionspolitikere i mere end 25 arrangementer, som foreningen har været inde over. Dels er regionale politikere inviteret til at deltage i andre foreningers ar-



---

rangementer. Dels har foreningen selv været aktiv i at få arrangementer sat på dagsordenen.

Regionerne får et fælles samlingspunkt på Folkemødets helt centrale plads, Cirkuspladsen. Her er talerstolen i år placeret for de officielle taler, og her har alle Folketingets partier telt. DR og TV2 har sine studier på Cirkuspladsen. I teltet vil der være mulighed for at stille tasker, lade telefoner op og lignende for Danske Regioners politikere. Dansk Selskab for Patientsikkerhed vil i teltet have udgangspunkt for sin kampagne: ”Klædt på som pårørende”. ”ÈN AF OS”-kampagnen vil arrangere små events i teltet. Sundhed.dk vil også være i teltet med en demonstration af e-journalen.

Danske Regioner opretter en særlig folkemødehjemmeside - efter samme model som blev brugt til Danske Regioners generalforsamling. Her vil de mange arrangementer blive foromtalt – og korte referater og billeder fra hvert arrangement vil blive lagt ind løbende. Hjemmesiden vil være med til at sikre, at de, der ikke har mulighed for at deltage på Folkemødet, alligevel vil have mulighed for at holde sig orienteret.

---

### ***Økonomi***

Bestyrelsen har bevilget op til 500 000 kroner til foreningens aktiviteter på Folkemødet.

Udgifterne vil falde i følgende tre hovedbunker, hvoraf annoncering og udgifter til arrangementer vil være de største.

1. Telt, logistik, opsætning af udstilling i telt mm.
2. Arrangementer (unge elever fra Rønne skriver et demokratimagasin/avis, mødelokaler, moderatorer, evt. oplægsholdere, forplejning, teknik mm).
3. Annoncering i landsaviser, Folkemødets program mm.

---

### ***Bilag***

Ingen.





---

## 6. Regeringens udspil om ny udrednings- og behandlingsgaranti, sagsnr. 11/2169

---

Thomas Ibsen Jensen

### *Resumé*

Regeringen har meldt ud, at den vil indføre en ny udrednings- og behandlingsgaranti. Patienterne vil få en ret til at blive udredt inden for 4 uger. I de tilfælde, hvor det ikke er muligt at stille en diagnose inden for de 4 uger skal patienten have en plan for det videre udredningsforløb. Der indføres desuden en differentieret behandlingsgaranti, sådan at patienter med alvorlige sygdomme skal behandles indenfor 4 uger og patienter med mindre alvorlige sygdomme skal behandles inden for 8 uger. Den nye udrednings- og behandlingsgaranti skal omfatte både somatiske og psykiatriske patienter. Regeringen har lagt op til nærmere dialog med Danske Regioner om indfasning af modellen, herunder at modellen drøftes ved de kommende økonomiforhandlinger.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen drøfter regeringens udspil om ny udrednings- og behandlingsgaranti.

---

### *Sagsfremstilling*

#### **Regeringens udspil**

Regeringen har præsenteret hovedlinjerne i en ny udrednings- og behandlingsgaranti. Regeringen har tilkendegivet, at man ønsker en dialog med Danske Regioner med henblik på konkretisering og hurtig indfasning af modellen.

Formålet med en ny udrednings- og behandlingsgaranti er ifølge regeringen at sikre alle patienter en hurtig afklaring af deres situation og videre forløb og at give plads til en prioritering, der sikrer, at alvorligt syge patienter bliver behandlet hurtigere end patienter med mindre alvorlig sygdom. Det skal være en konkret lægefaglig vurdering, der afgør, om man som patient hører til kategorien, der skal behandles inden for 4 uger eller kategorien, der skal behandles inden for 8 uger.

I regeringens udspil er ansvaret for det samlede patientforløb entydigt placeret hos sygehuset. Hvis det i det konkrete tilfælde ikke er muligt at stille en diagnose indenfor de 4 uger, som er målet, skal patienten have en plan for det videre udredningsforløb. Ansvaret for det samlede forløb betyder også, at sygehuset ikke sender patienten tilbage til egen læge, før udredningen er afsluttet, og der enten foreligger en diagnose eller mistanken om sygdom er afkræftet.



---

Det er regionens ansvar at sikre den udrednings- og behandlingskapacitet, der er nødvendig for at overholde målene. Har regionen ikke selv den nødvendige kapacitet, skal patienten henvises til et sygehus i en anden region eller til et privat sygehus. Patienten vil således fortsat have ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for de henholdsvis 4 eller 8 uger, afhængigt af patientkategori.

I forhold til det udmeldte, er der en række forhold, som kræver en nærmere drøftelse og afklaring i det videre forløb. Det gælder bl.a. følgende:

### **Hvornår træder den nye udrednings- og behandlingsgaranti i kraft?**

Regeringen har tilkendegivet, at den ønsker den nye model indført i 2013. Der er samtidig åbnet op for en anden indfasning for psykiatriske end for somatiske patienter i lyset af, at behandlingskapaciteten inden for psykiatrien mange steder er presset, og det derfor kan være svært på den korte bane at leve op til målsætningerne i regeringens udspil.

### **Hvilket grundlag skal indgå i den lægefaglige vurdering?**

Det er en konkret lægefaglig vurdering, der afgør, om patienten skal behandles inden for 4 eller 8 uger. Vurderingen skal bl.a. forholde sig til risikoen for forværring af tilstanden ved øget ventetid på behandling. Regeringen nævner tunge øjenlåg, åreknuder og grå stær som eksempler på tilstande som, afhængig af den konkrete vurdering, kan være i kategorien ”mindre alvorlig sygdom”. Det er afgørende at lægen i sin vurdering kan støtte sig til visitationsretningslinjer eller vejledninger om, hvilke forhold og hensyn der kan begrunde, at patienten vurderes til at befinde sig i den ene eller anden kategori. Retningslinjer vil desuden kunne bidrage til gennemsigtighed og legitimitet om beslutninger vedrørende det enkelte behandlingsforløb. Det vil være naturligt, at Sundhedsstyrelsen får en rolle i udarbejdelsen af sådanne retningslinjer.

### **Hvad er omfattet af patienternes ret til udvidet frit valg?**

Det er præciseret i regeringens udmeldinger, at patienten vil have ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for henholdsvis 4 eller 8 uger.

I den nuværende ordning for udvidet frit sygehusvalg er der - ud over patientrettighederne - også en leverandørrettighed. Den indebærer, at et privat sygehus eller klinik har krav på at få en aftale med Danske Regioner om behandling under det udvidede frie sygehusvalg, hvis sygehuset eller klinikken lever op til de



---

basale faglige krav. Det har betydning for regionernes muligheder for at prioritere ressourcerne.

Som eksempel er der private sygehuse, der ønsker aftaler om at udføre plastikkirurgi efter fedmeoperationer. Det drejer sig om relativt dyre behandlinger, og private leverandørers ret til sådanne aftaler kan derfor medføre betydelige udgifter, som ikke nødvendigvis er i tråd med den politiske prioritering i regionerne.

Det bør drøftes om leverandørrettighederne bør opblødes, så regionerne får bedre mulighed for at prioritere ressourcerne, herunder prioritere udredningsdelen, som der lægges vægt på i regeringens udspil.

### **Hvad er de økonomiske konsekvenser af den nye model?**

Det forventes, at der i de kommende økonomiforhandlinger vil være en drøftelse af de økonomiske konsekvenser af en ny model. Der skal i den forbindelse skabes rammer for, at regionerne har de nødvendige ressourcer til både at levere hurtig udredning og give patienterne den nødvendige behandling. Modellen forventes at medføre et øget pres på den diagnostiske kapacitet i sygehusvæsenet.

Den nye udrednings- og behandlingsgaranti kan desuden få betydning for den registrerede aktivitet på sygehusene, f.eks. hvis der bliver foretaget flere undersøgelser under samme besøg. Det bør der tages højde for i de statslige aktivitetspuljer og den kommunale medfinansiering, så regionerne fortsat kan få deres fulde finansiering.

### **Mere fokus på udredning og faglig prioritering**

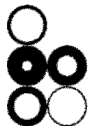
For regioner og sygehuse vil modellen rent praktisk kræve en omstilling af tilgangen til patientbehandlingen. Det vil kræve et stort ledelsesfokus og ændrede arbejdsgange at omstille organisationerne og personalet til at have mindst lige så stort fokus på udredning som behandling og til i højere grad at foretage en faglig prioritering af patienterne ud fra deres behandlingsbehov.

---

### ***Bilag***

Ingen.





---

## 7. Ansøgning til Danske Regioner om støtte til sommerskole om patientsikkerhed, sagsnr. 01/3293, j.nr. 110

---

Bodil Bjerg

### *Resumé*

Aalborg Universitet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed arrangerer i august 2012 en sommerskole om patientsikkerhed for nordiske studerende på medicin-studiet, sygeplejerskolen og samfundsvidenskab. Formålet er at give de studerende en forståelse for de udfordringer og opgaver med patientsikkerhed, som er fælles for de nordiske sundhedsvæsner.

Budgettet for sommerskolen er på 306.000 kroner. Der er opnået delvis finansiering af projektet gennem egenbetaling fra de studerende, bidrag fra Aalborg Universitet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed selv. Der er fortsat et finansieringsbehov på 112.400 kroner.

Selskabet søger Danske Regioner om støtte til projektet. Projektet kan finansieres med et bidrag fra bestyrelsens pulje.

---

### *Indstilling*

*Sundhedsudvalget indstiller,*

*at bestyrelsen støtter afholdelse af en Nordisk Summer School om Patientsikkerhed og,*

*at der bevilges 112.400 kr. af bestyrelsens pulje.*

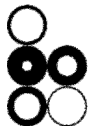
---

### *Sagsfremstilling*

Danske Regioner har modtaget en ansøgning fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed om støtte til at gennemføre en nordisk sommerskole om patientsikkerhed.

Aalborg Universitet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed er gået sammen om at udbyde en sommerskole om patientsikkerhed for medicin-, sygeplejerske- og samfundsvidenskabsstuderende fra Danmark, Sverige og Norge.

De nordiske sundhedsvæsner har samme udfordringer med patientsikkerheden. Formålet med sommerskolen er at give de studerende en forståelse for patientsikkerhed og for den fælles opgave sundhedsvæsnerne har med at forbedre sikkerheden. Det er hensigten, at de studerende får en oplevelse af, at vi med stor fordel kan lære af hinanden i norden. De studerende vil efter sommerskolen kunne indgå i netværket ”Studerende for Sikre Patienter”, og være med til at



---

udbrede kendskabet til patientsikkerhed og metoder i deres respektive uddannelsessystemer.

Kurset vil omfatte introduktion til patientsikkerhed og forbedringsmetoder, arbejdet med målinger og data, team og kommunikationstræning, patientinddragelse samt økonomi og patientsikkerhed. Det er kompetencer og en tværfaglig tilgang, som er vigtig for at løfte de fremtidige udfordringer i sundhedsvæsenet. Det er samtidig kompetencer, som det almindelige uddannelsessystem endnu ikke tilbyder de studerende.

Der er indledt samarbejde med parter i Norge og Sverige. De nordiske samarbejdspartner på projektet er Sveriges Kommuner och Landsting, Sahlgrenska Akademien under Göteborgs Universitet og sekretariatet for 'Trygge Hender', som er den nationale norske patientsikkerhedskampagne. Parterne bidrager til at udarbejde programmet, stiller undervisere til rådighed, samt hjælper med at formidle tilbuddet til studerende i Norge og Sverige.

Der kan deltage 36 studerende med en fordeling mellem de tre lande på 18 danske, 9 norske og 9 svenske studerende. Undervisningen foregår på Aalborg Universitet 6. - 17. august 2012 og de studerende indlogeres på Sømandshjemmet i Aalborg.

---

### *Økonomi*

Omkostningerne ved at gennemføre sommerskolen beløber sig til 306.000 kroner. Der er beregnet en egenbetaling på 2600 kroner pr. studerende for deltagelse. De studerende betaler desuden selv deres rejseudgifter. Aalborg Universitet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed bidrager med hver 50.000 kroner.

Der er behov for yderligere 112.400 kroner til at dække udgifterne ved at afholde sommerskolen. Dansk Selskab for Patientsikkerhed ansøger derfor Danske Regioner om støtte til projektet.

Selskabet har desuden søgt om støtte i TrygFondens nationale pulje samt NordPlus, som er en pulje under Nordisk Ministerråd. Det er langt fra sikkert, at der kan opnås støtte derfra. Der er voldsom søgning til begge puljer, og Trygfonden giver afslag til 9 ud af 10 ansøgere. Sekretariatet for NordPlus har meddelt, at midlerne først bliver uddelt til sommer, og at chancer for midler er små.

Projektet kan støttes med et bidrag fra bestyrelsens pulje. Hvis bestyrelsen vælger at støtte sommerskolen, og der efterfølgende alligevel bliver givet et bidrag



---

fra en af de øvrige ansøgte puljer, kan selskabet tilbagebetale Danske Regioner det eventuelle overskydende beløb. Der skal ikke genereres overskud på indsat-  
sen.

Nedenfor ses budget og de foreløbige indtægter og bidrag:

<b>Udgifter</b>	<b>Kroner</b>
Logi	95.000
Forplejning	128.000
Transport (ifm. sommerskolen)	10.500
Materialer	3.000
Undervisere	69.500
Udgifter i alt	306.000

<b>Indtægter</b>	<b>Kroner</b>
Egenbetaling (2600 kr. pr. studerende)	93.600
Bidrag fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed	50.000
Bidrag fra Aalborg Universitet	50.000
Indtægt i alt	193.600
<b>Resterende finansieringsbehov</b>	<b>112.400</b>

---

### ***Sekretariatets bemærkninger***

Sundhedsudvalget drøftede sagen den 20. april 2012. Udvalget påpegede, at der var behov for at se på, hvilken model der er bedst for patienten, samt økonomien i de forskellige modeller, inden man eventuelt kan pege på, hvilken model man kan gå videre med.

---

### ***Bilag***

Ingen.







---

## 8. Høringssvar vedr. budgetloven, sagsnr. 11/1005

Andreas Guoth Stefan-  
sen

### *Resumé*

Danske Regioner har den 12. april 2012 indsendt et samlet høringssvar med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse vedr. lovforslag om budgetlov, forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering samt forslag til lov om ændring af lov om Det Økonomiske Råd og Det Miljøøkonomiske Råd.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen godkender høringssvaret.*

---

### *Sagsfremstilling*

Linjen i høringssvaret er, at Danske Regioner tilslutter sig målsætningen om bedre styring af den offentlige økonomi. Men samtidig protesteres der over den særlige økonomiopfølgning og den nye likviditetsgrænse, som kun er rettet mod regionerne. Ligeledes problematiseres virkningen af budgetloven i forhold til overførsler mellem år og de vanskeligt styrbare områder. Endelig rejses en række mere tekniske uklarheder.

Høringssvaret er udarbejdet efter input fra regionerne og er blevet drøftet og tilrettet på et møde med regionsdirektørerne og økonomidirektørerne den 12. april 2012.

---

### *Bilag*

Høringssvar vedr. budgetlov (1008109).





---

## 9. Høringssvar vedr. forslag til lov om frikommunerne, sagsnr. 12/819

---

Rikke Friis

### *Resumé*

Danske Regioner har indsendt et høringssvar til lovforslag om en teknisk udmøntning af hjemmelgrundlaget for frikommuneforsøg. Det er afgivet med forbehold for den politiske behandling i Danske Regioner.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,  
at høringssvaret godkendes.*

---

### *Sagsfremstilling*

Regeringen har iværksat et frikommuneforsøg, hvor udvalgte kommuner kan lave forsøg med andre måder at løse opgaverne på. Frikommuneforsøget gik i gang 1. januar 2012. Med lovforslaget skabes hjemmel til, at en række konkrete forsøg kan afprøves, hvor der ikke i forvejen er hjemmel i eksisterende lov.

Danske Regioner har anført i høringssvaret, at der ikke er nogen bemærkninger til bestemmelserne i lovforslaget. Men hvis det viser sig, at der i udformningen af projekterne er økonomiske konsekvenser mv. for regionerne, forbeholdes ret til at rejse sagen over for staten.

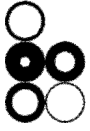
1. januar 2012 blev 51 ud af de knap 150 forskellige forsøgsforslag imødekommet. I første fase blev der godkendt en række projekter, som kunne hjemles i de eksisterende forsøgsbestemmelser i loven. Anden fase bliver igangsat 1. juli, hvor der skal gives konkret hjemmel til nogle af de projekter, der ikke kan falde ind under de almindelige forsøgsbestemmelser.

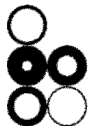
Initiativet udspringer fra regeringsgrundlaget (der overtog forsøgsordningen fra den tidligere regering). Der er ikke lignende frikommuneforsøg for regionerne, men forsøgene kan spille ind i de overvejelser, regeringen gør sig, og dermed i sidste ende have betydning for regionerne. Der er 9 frikommuner udpeget.

---

### *Bilag*

Høringssvar vedr. lovforslag om frikommune (1009967).





---

## 10. Høringssvar vedr. ældrekommissionernes rapport, sagsnr. 12/332

---

Anne Thesbjerg Christensen

### *Resumé*

Danske Regioner har fået Ældrekommissionernes rapport: "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem" i høring. Rapporten indeholder en lang række anbefalinger til plejehjem og ældreboliger, herunder en række sundhedsfaglige anbefalinger. Høringssvaret peger på, at ældre på plejehjem og i ældrebolig skal have samme sundhedstilbud som alle andre borgere og patienter. Der er afsat 40 millioner kroner til opfølgning på rapportens anbefalinger.

---

### *Indstilling*

*Sundhedsudvalget indstiller,  
at høringssvaret godkendes.*

---

### *Sagsfremstilling*

Ældrekommissionens rapport: "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem" sætter fokus på, hvordan man kan tilrettelægge livet og arbejdet på landets plejehjem, så de ældres livskvalitet og selvbestemmelse bedst muligt understøttes.

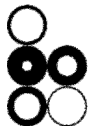
På den baggrund er der lavet 43 anbefalinger indenfor følgende områder: Overgangen til livet på plejehjem, et sundt og aktivt ældreliv, den daglige pleje, mennesker omkring beboeren, den frivillige indsats, den sundhedsfaglige indsats og den bedste afslutning på livet. Der er afsat 40 millioner kroner i satspuljen til at følge op på rapportens anbefalinger.

Forslaget til Danske Regioners høringssvar ligger udelukkende indenfor de sundhedsfaglige anbefalinger, som fremgår herunder:

#### **Anbefaling 33: Fast tilknyttet læge**

Danske Regioner er skeptiske overfor fast tilknyttede læger på plejehjem. Egen læge har et længerevarende kendskab til borgere og til denne sygdomshistorie, og derfor bør egen læge ikke udskiftes alene, fordi en ældre flytter på plejehjem. I den forbindelse skal det bemærkes, at det ikke er økonomisk eller fagligt bæredygtigt, hvis der opbygges parallelle sundhedssystemer f.eks. "minisygehuse" på plejehjemmene med fastansatte læger

#### **Anbefaling 34: "Akutpakker med medicin"**



---

Ældrekommissionen peger på, at det kan være en udfordring, at mange beboere på plejehjem er terminalt syge. Kommissionen peger på, at en løsning til at give de terminalt syge bedre livsvilkår er, at plejehjemmet har adgang til en ”akutpakke” med medicin til den ældre. Danske Regioner kan bakke op om, at alle terminalt syge patienter skal have lindrende behandling og pleje, herunder gives relevant smertelindring ordineret af en læge. En ”akutpakke” med medicin, der ikke nødvendigvis administreres af en læge, vil imidlertid ikke være den bedste faglige løsning for at give ældre palliative patienter den bedste pleje og behandling. Medicin skal altid gives på lægelig ordination og de kliniske retningslinjer, der er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen for palliation, skal også omfatte indsatsen på plejehjem.

### **Anbefaling 35: Medicingennemgang**

Ældrekommissionen foreslår, at der skal laves medicingennemgang af beboernes medicin af den fasttilknyttede læge, en apoteker samt de faste medarbejdere. I dag er det almen praksis, der har opgaven med at lave medicingennemgang af alle patienter, der får mere end fem lægemidler. Det kan være problematisk, hvis det ikke er egen læge, der lave medicingennemgang, og det skal pointeres, at en apoteker har økonomiske interesse i medicinforbruget hos den enkelte. Det er altid vigtigt, at det faste personale inddrages i medicingennemgang, men det er for at bidrag med viden om, hvordan patienten ”har det” med medicinen.

### **Kommende proces**

Efter at rapporten har været i høring, vil regeringen drøfte rapporten med relevante parter, og komme med forslag til, hvordan de 40 millioner kroner, der er afsat med satspuljen for 2012 til opfølgning på Ældrekommissionens arbejde, skal anvendes. I forlængelse af Ældrekommissionens rapport har regeringen desuden besluttet at nedsætte en kommission, der skal se på udfordringerne i hjemmeplejen. Formål og rammerne for kommissionsarbejdet udestår endnu.

---

### ***Sekretariatets bemærkninger***

Sundhedsudvalget har godkendt høringssvaret på møde den 20. april 2012.

---

### ***Bilag***

Høringssvar vedr. ældrekommissionens rapport (1006086).



---

## 11. Høringssvar vedr. digitaliseringslov, sagsnr. 10/2237

---

Kristoffer Lange

### *Resumé*

Danske Regioner har modtaget to lovforslag vedr. digital post og selvbetjening via internettet. Lovene stiller bl.a. krav om, at det skal kunne gøres obligatorisk for borgere at modtage deres post fra det offentlige digitalt. Danske Regioner har afgivet høringssvar med forbehold for politisk behandling.

Der fremhæves i høringssvaret særligt tre forhold: 1) Det skal være muligt for sygehuse fortsat at sende papirpost, hvis det er nødvendigt af hensyn til behandling af patienten, 2) regionerne støtter, at der laves en plan for hjælp til borgerne og 3) der tages forbehold for de økonomiske konsekvenser ved lovforslagene.

Der er indhentet høringssvar fra regionerne. Sundhedsudvalget har behandlet høringssvaret.

---

### *Indstilling*

*Sundhedsudvalget indstiller,  
at bestyrelsen godkender høringssvaret.*

---

### *Sagsfremstilling*

Finansministeriet har sendt to lovforslag i høring. Dels forslag til "Lovforslag om Offentlig Digital Post". Og dels "Lovforslag om Det Centrale Personregister, Lov om dag-, fritids- og klubtilbud mv. til børn og unge, lov om folkeskolen og sundhedsloven". Danske Regioner har fået høringssvar fra regionerne, og sendt et samlet høringssvar. Der tages i høringssvaret forbehold for politisk godkendelse af høringssvaret.

Lovforslagene er en del af den praktiske udmøntning af den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011 - 2015. Danske Regioners bestyrelse har tiltrådt strategien. Det er målet i strategien, at de offentlige myndigheder i 2015 modtager mindst 80 procent af alle ansøgninger, anmeldelser og indberetninger mv. fra borgerne digitalt, og tilsvarende afsender op mod 80 procent af alle breve mv. til borgerne digitalt.

Hvis målet om, at 80 procent af kommunikationen er digital skal realiseres, forventes dette kun at være muligt, hvis det er obligatorisk for myndigheder og borgere at kommunikere digitalt. Lovforslagene fastlægger, at alle borgere skal have en digital postkasse til at modtage post fra det offentlige. Derudover fast-



---

lægger lovforslagene områder, hvor digital kommunikation bliver obligatorisk. I første omgang er post og selvbetjeningsløsninger fra regionerne ikke obligatorisk.

Der er i lovforslagene en række undtagelser, så borgere kan fritages for at modtage post digitalt. Det gælder fx for borgere med visse handicap.

For regionerne betyder lovforslagene, at borgerne pålægges at have en digital postkasse, som de kan modtage post fra det offentlige i. Allerede inden udgangen af 2012 vil regionerne sende digitale indkaldelsesbreve mv. til de borgere, der har tilmeldt sig denne service. Det betyder, at det for regionerne bliver muligt primært at sende post digitalt.

Lovforslaget har også betydning, fordi det åbner mulighed for, at digital kommunikation på regionernes område i fremtiden kan blive obligatorisk.

Danske Regioners hørings svar fremhæver særligt tre forhold.

Regionerne ønsker, at det fortsat skal være muligt i nogle tilfælde at sende fysiske breve til patienterne, hvis regionen vurderer, at det er nødvendigt af hensyn til patienten.

Danske Regioner støtter, at borgere skal kunne få den hjælp og støtte, de har brug for til at kommunikere digitalt. I lovforslaget fremhæves bl.a., at der skal tages hensyn til borgere, der for eksempel ikke har mulighed for at tilegne sig it-kompetencer. Det gælder også borgere med særlige behov, herunder ældre, handicappede, demente, socialt udsatte, udenlandske borgere i Danmark og danskere med bopæl i udlandet.

Danske Regioner tager forbehold for vurderingen af de økonomiske konsekvenser. Potentialerne er ikke så høje, som der lægges op til i lovforslagene. Danske Regioner, KL og regeringen er i gang med en analyse, der bl.a. skal belyse de økonomiske konsekvenser af digitaliseringsstrategien.

---

### ***Bilag***

Hørings svar vedr. Lovforslag om Offentlig Digital Post og Lovforslag om Det Centrale Perssonregister (999778).





---

## 12. Regeringens udvalg om psykiatri, sagsnr. 12/718

---

Mikkel Lambach

### *Resumé*

Regeringen har nedsat et udvalg, der har fået til opgave at komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom kan tilrettelægges og gennemføres bedst muligt.

Udvalget er bredt sammensat med repræsentanter for myndigheder, brugere, pårørende og faglige selskaber.

Arbejdet i udvalget skal afsluttes medio 2013.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at orienteringen tages til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

Regeringen vil som en del af regeringsgrundlaget udarbejde en samlet langsigtet plan for den fremtidige udvikling og udbygning af indsatsen over for mennesker med psykiske sygdomme. Planen tager afsæt i anbefalingerne fra et udvalg herom, og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har nu nedsat et udvalg om psykiatri. Udvalget er bredt sammensat og består ud over de relevante ministerier, af repræsentanter for brugere, pårørende, de lægefaglige selskaber, KL og Danske Regioner.

Udgangspunktet for udvalgets arbejde er, at indsatsen over for målgruppen bæres af koordination og samarbejde på tværs af sektorer og myndigheder. Herudover skal forbedringer i henhold til det begrænsede økonomiske råderum primært ske via omprioriteringer og effektiviseringer. Udvalget kan nedsætte underarbejdsgrupper til at løse afgrænsede delanalyser.

Udvalgets forslag skal falde i to dele. For det første skal udvalget fremlægge konkrete forslag til, hvordan den eksisterende kapacitet kan udnyttes bedre. Denne del omhandler både indsatsens organisering, implementering af ny viden og effektiv styring. For det andet skal udvalget fremlægge forslag, der efter udvalgets opfattelse kunne prioriteres. Udvalget skal afrapportere endeligt medio 2013, men udvalget kan undervejs afgive delrapporter.



---

I forbindelse med den igangsatte evaluering af kommunalreformen fremgår det af kommissoriet for del-evalueringen på sundhedsområdet, at snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner på det psykiatriske område skal analyseres, og der henvises til arbejdet i udvalget om psykiatri. Da del-evalueringen på sundhedsområdet skal foreligge allerede 1. oktober 2012 og udvalget om psykiatri først har deadline medio 2013 er det indtil videre uafklaret, hvordan udvalget om psykiatri skal levere input til del-evalueringen.

---

### ***Bilag***

Kommissorium for udvalget om psykiatri.pdf (1007687).



---

### 13. Om direkte adgang til fysioterapi, sagsnr. 11/329, j.nr. RLTN5540

---

Karin Wulff Larsen

#### *Resumé*

Bestyrelsen drøftede spørgsmålet om direkte adgang til fysioterapi i foråret 2011. Bestyrelsen besluttede at drøfte spørgsmålet igen, når det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium havde offentliggjort deres overvejelser i forbindelse med et svar til Folketingets Sundhedsudvalg om henvisning til speciallæge og fysioterapi.

Ministeriet anbefaler i deres analyse, at kravet om henvisning til fysioterapi fastholdes.

---

#### *Indstilling*

*Det indstilles,  
at orienteringen tages til efterretning.*

---

#### *Sagsfremstilling*

Som led i forhandlingerne om en ny overenskomst for fysioterapi havde Danske Fysioterapeuter et ønske om, at patienter skulle kunne gå direkte til fysioterapi med offentligt tilskud uden henvisning fra den praktiserende læge. På den baggrund havde Danske Regioners bestyrelse en drøftelse heraf.

Denne orientering er en opfølgning herpå, hvor resultaterne af en analyse foretaget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fremgår. Den analyse er bestilt i forbindelse med en forespørgsel fra Folketingets Sundhedsudvalg.

Analysen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet har følgende konklusioner.

- *Den praktiserende læges kendskab til den enkelte patient og lægens funktion som tovholder giver et godt grundlag for at vurdere, om en patient bør henvises til fysioterapi eller anden form for udredning eller behandling.*
- *Det vurderes, at konsekvenserne af ophævelse af henvisningskravet blandt andet vil være, at nogle patienter overbehandles eller forsinkes i et udrednings- og behandlingsforløb, der ikke skulle have været begyndt hos en fysioterapeut.*
- *Til trods for eventuelle besparelser som følge af blandt andet sparede lægehonorar, idet færre patienter ser den praktiserende læge forud for fysioterapeutisk behandling, vurderes der at være en væsentlig risiko for en forøgelse af de samlede offentlige udgifter som følge af blandt*



---

*andet øget tilgang af patienter og overbehandling i privat fysioterapi-praksis.*

Ministeriet henviser blandt andet til, at nogle symptomer i bevægeapparatet kan skyldes alvorlige tilstande, og andre bedres spontant uden behandling. Lægen har typisk - til forskel fra patienten - viden om de forskellige tilbud både i praksissektoren og i sygehusregi. Dermed kan lægen sikre, at der henvises til relevant tilbud, fremfor at patienten forsøger sig frem.

I tilfælde hvor patientens sygdom viser sig at skulle udredes af speciallæger, undgås forsinkelser ved at den praktiserende læge henviser direkte hertil.

Sundhedsstyrelsen har foretaget en systematisk litteratursøgning vedrørende undersøgelser af selvhenvielse i Norge, Sverige, Holland og Storbritannien. Litteraturlisten omfatter offentliggjorte artikler fra 2005-2010.

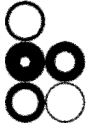
Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at man ikke kan konkludere, at direkte adgang til fysioterapi vil medføre reducerede udgifter som følge af færre sygedage med videre.

Sekretariatet har derudover undersøgt, hvorvidt erfaringerne med direkte adgang til fysioterapi i Storbritannien og i Norge kan overføres til danske forhold.

I Storbritannien er størstedelen af fysioterapeuterne organiseret på et rent privat marked. Der er ikke noget henvisningskrav, der er ikke offentligt tilskud, der er fri nedsættelse og konkurrence på priserne. En mindre del af det fysioterapeutiske tilbud er organiseret i det nationale sundhedssystem kaldet HNS, og det er i disse tilbud, der er gennemført pilotforsøg med direkte adgang. Der er således tale om et begrænset, specifikt offentligt tilbud, som ikke kan sammenlignes med det danske tilbud om generel fysioterapeutisk behandling med offentligt tilskud.

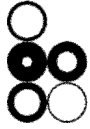
I Norge er der givet direkte adgang til specialiserede fysioterapeuter med en to-årig manuel terapeutisk videreuddannelse udover den tre-årige grunduddannelse som fysioterapeut. De specialiserede, manuelle terapeuter kan endvidere henvise til røntgen, MR-skanning, blodprøver hos speciallæger og til almen fysioterapi. Igen er der tale om et særligt behandlingstilbud, som ikke kan sammenlignes med det danske generelle tilbud om fysioterapi.

---



***Bilag***

Notat om henvisning til speciallæge og fysioterapeut (1001779).





---

## 14. Refusion til private ved brug af hjertestartere, sagsnr. 11/1965

---

Eva Margrethe Weinreich-Jensen

### *Resumé*

Poul Müller bad på Bestyrelsesmødet den 30. marts 2012 om en status på sagen om betaling i forbindelse med private firmaers tilbud om hjertestartere.

Private ejere af hjertestartede bliver opfordret til at registrere hjertestartere i en database, så vagtcentralerne kan henvise til dem. Pads(elektroder) på hjertestarterne kan kun bruges én gang. Derfor er der en engangsudgift ved brug. Det har rejst spørgsmål om betalingsansvaret, når en privat hjertestarter bliver brugt på vagtcentralens anmodning.

Sagen blev behandlet i sundhedsdirektørkredsen den 16. december 2011, hvor det blev besluttet, at der skulle udarbejdes et forslag til fælles retningslinjer for refusion. Opgaven skal løses i en fælles tema-/arbejdsgruppe. Gruppen har endnu ikke holdt sit første møde.

---

### *Indstilling*

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

---

### *Sagsfremstilling*

Region Midtjylland henvendte sig til Danske Regioner i november 2011 med en anmodning om, at behandle spørgsmålet om eventuel refusion af udgifter til reetablering af privat hjertestarter, herunder en drøftelse af rækkevidden af den regionale opgave i forhold til private hjertestartere.

Sundhedsdirektørkredsen drøftede spørgsmålet den 16. december og besluttede, at der skal udarbejdes et forslag til fælles retningslinjer på området. Opgaven skal behandles i temagruppen for det præhospitalt område. Første møde i temagruppen er ved at blive fastlagt. Når der forelægger et oplæg til retningslinjer, vil en sag blive forelagt for bestyrelsen.

---

### *Bilag*

Ingen.







---

## 15. Generelle orienteringer, sagsnr. 12/766

Annette Budtz-  
Jørgensen

### *Resumé*

Ændring af den kommunale og regionale valglov, bis, Sag nr. 12/708

Ændring af lov om Folketingets Ombudsmand, bis, sag nr. 12/703

Reduktion af pladser på de sikrede døgninstitutioner, ans, Sag nr. 07/3848

Redegørelse om jordforurening 2010, le, Sag nr. 10/2407

Udsendelse "Gal eller normal?", bih, Sag nr. 11/1290

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at orienteringen tages til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

#### **Ændring af den kommunale og regionale valglov, bis, sag nr. 12/708**

Justitsministeriet bedt Danske Regioner om en udtalelse om udkast til lovforslag om ændring af den kommunale og regionale valglov. Herefter skal udenlandske statsborgere udenfor de nordiske lande og Den Europæiske Union (tredielandsstatsborgere) have valgret og være valgbare til kommunale og regionale valg, når de har haft uafbrudt fast bopæl i Danmark i tre år forud for valgdagen. De nuværende regler, der blev indført ved lov i 2010, kræver fire års uafbrudt fast bopæl i Danmark. Inden da var kravet kun tre år. Øvrige betingelser for valgret og valgbarhed ændres ikke.

Svarfristen var 16. april 2012. Sekretariatet har svaret, at lovforslaget ikke gav anledning til bemærkninger.

#### **Ændring af lov om Folketingets Ombudsmand, bis, sag nr. 12/703**

Folketingets lovsekretariat har sendt et forslag i høring om ændring af lov om Folketingets Ombudsmand. Efter lovforslaget kan Ombudsmandens samlede embedsperiode ikke overstige 10 år. Endvidere oprettes der hos Ombudsmanden et børnekontor, der skal være med til at sikre og overvåge implementeringen af børns rettigheder efter FN's børnekonvention, og Ombudsmandens kompetence udvides samtidig til også at omfatte børns forhold på private institutioner.

Lovforslaget forventes fremsat af Folketingets formand i maj 2012.



---

Sekretariatet har svaret, at foreningen finder det positivt, at der oprettes et børnekontor, at kompetencen udvides til også at omfatte private institutioner og at det sikres, at love og administrative forskrifter er i overensstemmelse med internationale forpligtelser til sikring af børns rettigheder.

### **Reduktion af pladser på de sikrede døgninstitutioner, ans, 07/3848**

Som følge af den vigende belægning på de sikrede institutioner har socialdirektørkredsen udarbejdet et oplæg om at reducere antallet af pladser på de sikrede institutioner fra de nuværende 138 pladser til et samlet pladstal på 124 pladser. I de 124 pladser indgår etableringen af en ny institution med 8 pladser i Region Nordjylland. Fremadrettet vil hver enkelt region forpligte sig på at have en belægning på 85 procent på de sikrede institutioner.

### **Orientering om redegørelse om jordforurening 2010, le, Sag nr. 10/2407**

I Henhold til lov om forurennet jord udarbejdes der hvert år en redegørelse over den indsats, der har været udført på jordforureningsområdet. Redegørelsen er baseret på oplysninger fra myndighederne, Miljøstyrelsen, de fem regioner Bornholms regionskommune, kommunerne, Økonomistyrelsen, Forsvaret, samt fra Oliebranchens Miljøpulje. Redegørelsen er udarbejdet i et samarbejde mellem de fem regioner, Videntcenter for Jordforurening og Miljøstyrelsen. Redegørelsen forelægges Depotrådet, der består af repræsentanter fra myndighederne og organisationer, der har relation til jordforureningsområdet.

På baggrund af redegørelsen fremkommer Depotrådet med nogle anbefalinger. Redegørelsen for 2010 viser, at der er anvendt ca. 600 mio. kr. på jordforureningsområdet. Beløbet omfatter dog ikke den private indsats fra grundejere og bygherrer. Regionerne har anvendt ca. 400 mio. kr. på undersøgelser af mulige forureninger, videregående undersøgelser og til etablering af afværgeforanstaltninger. Afværgeforanstaltninger kan fx omfatte simpel opgravning og deponering af forurennet jord, anlæg der oppumper og behandler forurennet grundvand og højteknologisk rensning på stedet.

På baggrund af redegørelsen har Depotrådet anbefalet, at der fortsat er behov for at optimere undersøgelsesmetoder og minimere omkostningerne til oprensning, hvilket udmunder i et ønske om fortsat at afsætte midler til Teknologipuljen for jord- og grundvandsforurening. Endvidere anbefaler Depotrådet, at værditabsordningens låneordning genåbnes, så grundejere kan få gennemført en hurtigere oprensning og undgå værditab. Som følge af denne anbefaling har Økonomistyrelsen oplyst, at låneordningen er genåbnet. Redegørelsen udleveres på mødet og kan læses på Miljøstyrelsen hjemmeside.



---

**Udsendelse ”Gal eller normal?“, bih, Sag nr. 11/1290**

Den 14. og 21. maj kl. 20 viser DR udsendelsen ”Gal eller normal”.

Udsendelsen er en dansk udgave af et BBC- program, hvor ti danskere og tre eksperter i en uge danner rammen for en udfordring af seernes og danskernes generelle fordomme om mennesker med en psykisk sygdom og forskellige psykiatriske diagnoser.

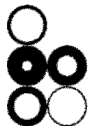
Programmet omhandler, at eksperterne i form af en psykiater, en psykolog og en ledende oversygeplejerske skal ”gætte”, hvem af de ti, der har en psykisk diagnose, og hvilken diagnose, der er tale om. Der bliver indledningsvist gjort opmærksom på, at eksperterne arbejder under atypiske diagnostiske forhold, og at de bygger deres vurderinger på meget få og usammenhængende observationer.

---

***Bilag***

Ingen.





---

## 16. Orientering om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 12/766

Annette Budtz-  
Jørgensen

---

### *Resumé*

Europapolitisk panels møde med de danske medlemmer af Europa-Parlamentet den 24. april 2012, asa, Sag nr. 11/1015

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at orienteringen tages til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

#### **Europapolitisk panels møde med de danske medlemmer af Europa-Parlamentet den 24. april 2012, asa, Sag nr. 11/1015**

De danske medlemmer af Europa-Parlamentet er enige med Danske Regioner om, at der også fremover skal være strukturfondsmidler til Danmark. Det kom frem på et møde i Bruxelles den 24. april 2012, hvor Danske Regioners Europapolitiske Panel havde inviteret alle de danske parlamentsmedlemmer til at debattere EU's kommende 7-årige budget, herunder risikoen for at de danske regioner mister en væsentlig del af EU-midlerne. Otte MEP'ere deltog i mødet.

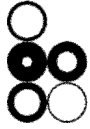
Budskabet fra Europapolitisk Panel var, at EU's strukturfondsmidler bør dække alle områder af EU. Danmark og andre mere udviklede lande skal fortsat have andel i midlerne. Ellers risikerer Danmark, at miste et vigtigt grundlag for at skabe vækst og nye arbejdspladser i alle dele af landet.

Strukturfondsmidlerne har en væsentlig løftestangseffekt. I Danmark medfører en euro fra EU-investeringer for i alt fire euro, fordi virksomheder og andre parter medfinansierer indsatsen.

Regionernes repræsentanter præsenterede et debatoplæg om anvendelsen af EU's strukturfonde i Danmark. De danske medlemmer af Europa-Parlamentet gav udtryk for, at de var enige i, at strukturfondsmidlerne er vigtige for at skabe vækst i hele Danmark.

---

**Bilag**  
Ingen.





---

**17. Næste møde, sagsnr. 12/766**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

***Resumé***

-

---

***Indstilling***

*Det indstilles,*

*at næste møde holdes fredag den 25-05-2012 kl. 10.30 i Danske Regioner.*

---

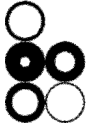
***Sagsfremstilling***

-

---

***Bilag***

Ingen.







---

**18. Eventuelt, sagsnr. 12/766**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

*Resumé*

-

---

*Indstilling*

-

---

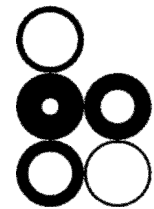
*Sagsfremstilling*

-

---

*Bilag*  
Ingen.





Medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

11-04-2012

Sagsnr. 12/526

Annette Budtz-

Jørgensen

Tel.: 3529 8263

E-mail: abj@regioner.dk

**Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse fredag den 30-03-2012 kl. 10:30**

**Deltagere:** Bent Hansen, Carl Holst (til punkt L 1), Ulla Astman, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Buch Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøller Pedersen.

**Afbud:** Steen Bach Nielsen

**Regions-Direktører:** Helle Ulrichsen, Bo Johansen, Mikkel Hemmingsen, Per Christiansen, Jens Andersen

**Sekretariatet:** Lone Christiansen, Kristian Heunicke, Signe Friberg Nielsen, Gitte Bengtsson, Jacob Winther, Katrine Tang (referent)

## **1. Formandens meddelelser, sagsnr. 12/526**

Bestyrelsen tog meddelelserne til efterretning.

### ***Resumé***

#### **Møde med KL den 2. marts 2012**

Formanden orienterede om mødet.

#### **Møde med justitsministeren den 6. marts 2012 om bl.a. retspsykiatri og sikrede institutioner**

Formanden orienterede om mødet.

#### **Møde 29. marts 2012 med uddannelsesministeren om sundhedsuddannelserne**

Formanden orienterede om mødet.

### **Budgetlov**

Den 27. marts blev der indgået forlig om en ny budgetlov. Forslaget til ny budgetlov og ændringsforslagene til lov om regionernes finansiering er væsentlig forandret på to områder i forhold til det, vi tidligere har set. For det første vil udgiftslofterne først gælde for 2014. For det andet kan sanktionerne allerede få effekt for 2012. Fremadrettet pågår nu en høringsproces, der afsluttes lige efter påske.

Danske Regioner har sendt lovforslaget til kommentering i regionerne med henblik på et samlet høringssvar, der skal foreligge efter påske. Høringssvaret vil blive fremsendt med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

### **Mellemregional afregning**

Alle regioner er nu omfattet af bilaterale aftaler om den mellemregionale afregning. 27. marts 2012 indgik Region Hovedstaden og Region Sjælland en bilateral aftale om den mellemregionale afregning. Aftalen blev omdelt.

Aftalen medfører, at der kan fremsendes en status for den mellemregionale afregning til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som svar på deres henvendelse af 4. januar 2012.

### **Forberedelse af generalforsamling**

Den mundtlige beretning vil blive udsendt til bestyrelsen tirsdag efter påske.

**Standardiseret økonomiopfølgning.**

Standardiseret økonomiopfølgning for 2011 inkl. 5. kvartal blev omdelt.

**Produktivitetskommissionen**

Regeringen planlægger at nedsætte en produktivitetskommission med professor Peter Birch Sørensen som formand for kommissionen. Danske Regioner har en forventning om at blive inddraget.

**Offentliggørelse af 'Styr på regionernes økonomi' til generalforsamlingen**

Danske Regioner har lavet et hæfte, der hedder 'Styr på regionernes økonomi' til generalforsamlingen. Den fortæller historien om regionernes turn-around og har dermed et flerårigt perspektiv. Regionsdirektører og økonomidirektører har været inddraget.

**Aktivitetsanalysen**

Analysen af aktiviteten i sygehusvæsenet, som blev aftalt i økonomiaftalen sidste år, står til offentliggørelse. Baggrunden for analysen er sundhedsministeriet og finansministeriets bekymring over, om regionerne bare behandler de samme patienter mere og mere.

I analysen ses på væksten i en række sygdomsområder, som har haft politisk fokus. Det er særligt kræft-, hjerte- og ortopædområdet samt kronikere.

Danske Regioner kommer med en pressemeddelelse i forbindelse med den forventede offentliggørelse medio april.

**2. Godkendelse af åbent referat af møde 02-03-2012 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 12/526**

Bestyrelsen godkendte referatet. Det er efterfølgende blevet meddelt, at Venstres nye medlem af Sundhedsudvalget bliver Ingeborg Morris Hansen fra Region Syddanmark.

**Resumé**

-

**3. Danske Regioners generalforsamling 2013 og 2014, sagsnr. 12/538**

Bestyrelsen godkendte, at Danske Regioners generalforsamling i 2013 holdes i Århus/Herning den 18. april, og at sekretariatet undersøger muligheden for at holde generalforsamlingen i 2014 den 27. marts i Ålborg og generalforsamlingen i 2015 i Region Sjælland.

### **Resumé**

Der skal tages stilling til dato og sted for generalforsamlingerne i 2013 og 2014.

#### **4. Lovudkast om dispensation til stående udvalg i regionerne, sagsnr. 12/622**

Bestyrelsen godkendte, at Danske Regioner i sit høringsvar støtter muligheden for dispensation til at nedsætte stående udvalg, og at Danske Regioner bemærker, at regionerne på sigt ønsker samme frihedsgrader som kommunerne. Det er vigtigt at påpege, at det er de udvidede frihedsgrader, bestyrelsen lægger vægt på, og ikke en bestemt model for organisering. Der er opnået mange positive erfaringer med det fleksible forretningsudvalgsstyre og de midlertidige udvalg, som vil indgå i de enkelte regioners overvejelser og stillingtagen til den fremtidige udvalgsstruktur.

Poul Müller kunne ikke tiltræde placeringen af umiddelbar forvaltning i stående udvalg, bl.a. under hensyn til sammensætning af regionens opgaver.

### **Resumé**

Økonomi- og indenrigsministeriet har bedt om bemærkninger til et lovforslag, der giver ministeren mulighed for at give dispensation til, at en region kan nedsætte stående udvalg. Ministeren fastsætter i dispensationen vilkårene for nedsættelse af stående udvalg, herunder vederlæggelse af medlemmer af forretningsudvalg og de stående udvalg.

Efter den gældende regionslov er det ikke muligt for ministeren at give en region dispensation til at nedsætte stående udvalg.

#### **5. Nationale mål for fælles kvalitetsindsatser, sagsnr. 11/2259**

Bestyrelsen godkendte forslag til nationale mål og delmål i perioden 2012-2014 for de tre fælles kvalitetsindsatser 1) Forebyggelse af tryksår, 2) Sikker kirurgi og 3) Hurtig diagnostik og behandling af sepsis.

### **Resumé**

Som et led i at udmønte regionernes dagsorden "Kvalitet i Sundhed" har Danske Regioners bestyrelse besluttet, at regionerne i fællesskab skal arbejde med tre fælles kvalitetsindsatser: 1) Forebyggelse af tryksår, 2) Sikker Kirurgi og 3) Hurtig diagnostik og behandling af sepsis (blodforgiftning).

Der er nu opstillet forslag til ambitiøse nationale mål og delmål for to af de tre kvalitetsindsatser. På sepsisområdet er det ved at blive afklaret, hvilket mål der kan opstilles.

Forslag til nationale mål der skal være opfyldt ved udgangen af 2014 er:

- Ingen patienter udvikler tryksår under indlæggelse.
- Alle relevante afdelinger anvender systematisk Kirurgisk Tjekliste.

Arbejdet med kvalitetsindsatserne løber fra 2012 til 2014. Der er formuleret delmål, der skal være opfyldt ved udgangen af hvert år.

#### **6. Gebyrer ved udeblivelser i sundhedsvæsnen, sagsnr. 11/2167**

Bestyrelsen drøftede initiativer til at nedbringe udeblivelser og konstaterede at Region Syddanmark og Region Midtjylland vil undersøge muligheden for at stille sig til rådighed for et pilotprojekt. Bestyrelsen bad Sundhedsudvalget om at drøfte de nærmere præmisser herfor.

#### **Resumé**

Patienter, der ikke møder op til aftaler på hospitalet, er et problem i sundhedsvæsnen. I økonomiaftalen fra 2012 indgår aftaler om sms-påmindelse som et konkret initiativ til at få nedbragt antallet af udeblivelser. I regeringsgrundlaget er der yderligere lagt op til, at regionerne kan indføre gebyrer, hvis patienter ikke møder op til en aftale. Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed ønsker tilbagemelding vedr. regionernes erfaringer med at reducere udeblivelser, herunder en tilbagemelding på, hvem der ønsker at indgå i et pilotprojekt. Sagen har været drøftet i Sundhedsudvalget, hvor der ikke var opbakning til generelt at indføre forsøg med gebyr på nuværende tidspunkt. Formandskabet har konstateret, at der er en stærk forventning fra statens side og har på den baggrund meddelt, at Region Midtjylland og Region Syddanmark vil stille sig til rådighed for et forsøg med gebyr for udeblivelse.

#### **7. Anbefalinger for standardiserede sikkerhedskrav i retspsykiatrien, sagsnr. 11/1163**

Bestyrelsen godkendte rapporten.

#### **Resumé**

Som opfølgning på udvalgsarbejde vedr. retspsykiatri i 2011, har Danske Regioner nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter for alle regioner. Arbejdsgruppen har haft til opgave, at formulere standardiserede krav til den statiske sikkerhed i retspsykiatrien. Arbejdsgruppen har netop afsluttet sit arbejde med

rapporten; *Anbefalinger vedr. standardiserede sikkerhedskrav for retspsykiatrien*, hvori der er 11 konkrete anbefalinger vedr. den statiske sikkerhed såsom hegn, vinduer, sluser m.v. Anbefalingerne retter sig mod de specialiserede retspsykiatriske afdelinger og tænkes implementeret i eksisterende byggeri såvel som i nybyggeri.

## **8. Én indgang for industrien til kliniske forsøg i Danmark, sagsnr. 11/1376**

Bestyrelsen godkendte modellen for én indgang for industrien til kliniske forsøg i Danmark, der konkretiseres på baggrund af regionernes bemærkninger.

### ***Resumé***

Regionerne og industrien er blevet enige om et forslag til en model for én indgang for industrien til kliniske forsøg. Modellen er et målrettet samarbejde for industriens kliniske forsøg. Alle regioner vil udpege en koordinator. Koordinatorerne danner et formelt netværk. Industrien får således kontakt med et samlet sundhedsvæsen. Koordinatorerne skal sikre, at modellen gennemføres. Tiltagene er beskrevet i rapporten ”Én indgang for industrien til kliniske forsøg i Danmark”. Målet er et stop for faldet af antal kliniske forsøg startet af industrien i Danmark.

## **9. Høring vedr. ændring af sundhedsloven, sagsnr. 12/414**

Bestyrelsen besluttede at fremsende et supplement til fremsendte høringssvar, hvoraf det fremgår, at man ikke har kommentarer til forslaget om Team Danmarks henvisningsret med henvisning til lovændringens beskedne omfang, men at Danske Regioner ønsker at påpege, at det er vigtigt, at idrætsudøverens egen læge informeres om såvel henvisning som epikrise, og at samarbejdet målrettes de idrætsmedicinske tilbud i regionerne.

### ***Resumé***

Danske Regioner har afgivet vedhæftede høringssvar, der omhandler forslag til ændringer af sundhedsloven på flere områder. Høringssvaret er afgivet med forbehold for politisk behandling i Danske Regioners bestyrelse.

Ændringerne drejer sig om regioners ret til at drive lægeklinikker; forslag om henvisningsret til speciallæger i Team Danmark; dannelse af et Nationalt Patientindeks; indførsel af hjemmel for Sundhedsstyrelsens godkendelse af kvalitetsdatabaser; samt regioners muligheder for udlejning af lokaler og udstyr til sundhedspersonale.



Herudover omhandler høringen skærpet tilsyn over for sundhedspersoner samt bemyndigelse til Ministeren til at kunne fastsætte nærmere vedr. afregning mellem kommuner og regioner.

Danske Regioner finder det ikke relevant at afgive bemærkninger vedrørende emnerne opregulering af medicintilskuds beløbsgrænse samt indstilling af et medlem til Medicintilskudsnævnet.

#### **10. Udmøntning af fleksibelt klasseloft i de gymnasiale uddannelser, sagsnr. 12/372**

Bestyrelsen godkendte høringssvaret om udmøntning af det fleksible klasseloft samt høringssvaret i forhold til optagelsesbekendtgørelsen. Bestyrelsen godkendte endvidere, at foreningen benytter analyse af fordelingsudvalgenes rolle og praksis som anledning til at fremkomme med synspunkter om behovet for en styrket regional rolle i forhold til kapacitetsstyring og elevfordeling.

##### ***Resumé***

Der er indgået en politisk aftale om udmøntning af fleksibelt loft på 28 elever i klasserne på de gymnasiale uddannelser. Aftalen handler om den umiddelbare kapacitetsudfordring, som loftet medfører, og større klarhed og gennemskelighed i forhold til elevfordeling, herunder analyse af fordelingsudvalgenes rolle og praksis. Aftalen vedrører også dispensationsmuligheder særligt i udkantsområder samt det konkrete opgørelsestidspunkt af klassekvotienterne.

Hovedsynspunktet i Danske Regioners høringssvar er, at det nye klasseloft skal udmøntes med den fornødne fleksibilitet, da der ellers er risiko for, at den samlede kapacitet ikke udnyttes. Endvidere at der skal være klare og gennemskelige fordelingskriterier.

Den kommende analyse af fordelingsudvalgenes rolle og praksis giver desuden mulighed for at fremkomme med synspunkter i forhold til det regionale koordineringsarbejde inden for ungdomsuddannelsesområdet.

#### **11. EU prioriteringer for Danske Regioner 2012, sagsnr. 12/127**

Bestyrelsen godkendte Danske Regioners ramme for foreningens indsats på EU området for 2012.

##### ***Resumé***

Ud fra EU-Kommissionens arbejdsprogram for 2012 har Bruxelles-kontoret og fagkontorerne udvalgt en række EU-initiativer, der vurderes at være rele-

vante for den regionale opgavevaretagelse og understøtte Danske Regioners arbejde. Det er bl.a. lovgivningen inden for klinisk forskning, der skal revideres, hvor formålet er at øge omfanget af viden og innovation. Reglerne for prisbestemmelse af lægemidler skal ligeledes ændres. Arbejdet med partnerskabskontrakter mellem Kommissionen og hver medlemsstat, som fastlægger forpligtelser i forhold til EU2020 går ind i sidste fase forud for selve lovgivningsinitiativet, der fremsættes i 2013. Der er lagt op til at disse kontrakter også skal involvere det regionale niveau.

Dertil kommer en række strategisk vigtige lovgivningsmæssige sager, der blev offentliggjort i 2011, men som endnu ikke er igennem lovgivningsprocessen. De sager vil foreningen fortsat søge indflydelse på i 2012. Det drejer sig bl.a. om revisionen af EU's udbudsregler, forhandlingerne om EU's kommende budget for 2012-2020, der åbner op for diskussioner af bl.a. støtten fra EU til de regionale vækstfora og landdistriktsudviklingen. Men også for midlerne til sundhedsforskning under Horizon2020 – EU's forsknings og innovationsprogram. Forhandlingerne om et nyt arbejdstidsdirektiv er også stadig aktuel. Det samme gælder arbejdet med arbejdsmarkedspensioner.

## **12. Kortlægning og analyse af beforderingsordninger, sagsnr. 10/1024**

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

### ***Resumé***

Deloitte har udarbejdet en undersøgelse, som kortlægger og analyserer kommunernes og regionernes beforderingsordninger. Undersøgelsen er udarbejdet til brug for et tværministerielt udvalg med yderligere repræsentation af KL og Danske Regioner, som skulle se på mulighederne for samordning og forenkling af reglerne om befordring på tværs af forskellige lovgivninger. For regionernes vedkommende omfatter kortlægningen den liggende og siddende patientbefordring.

## **13. Sagsbehandlingstider i Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, sagsnr. 09/1736**

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

### ***Resumé***

Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) har på anmodning af Danske Regioners bestyrelse drøftet, hvorvidt behandlingsvejledninger kan udarbejdes og godkendes hurtigere end i dag.

Siden etableringen af RADS har der været en indkøringsfase. Det tager cirka 6 måneder at gennemføre fagudvalg. Det er ikke muligt med de eksisterende ressourcer at opnå en hurtigere sagsbehandling. Det vil derfor kræve yderligere ressourcer, hvis der skal gennemføres flere fagudvalg eller foretages en hurtigere sagsbehandling end i dag.

RADS er ikke en godkendende myndighed. En læge skal derfor ikke afvente en behandlingsvejledning fra RADS, inden man tager nye lægemidler i brug.

#### **14. Generelle orienteringspunkter, sagsnr. 12/526**

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

##### ***Resumé***

Implementering af Direktiv for Industrielle Emissioner, le, sagsnr. 10/1174  
Demokratiudvalget - Borgertopmøder – evaluering, ewj, sagsnr. 09/2069  
Udpegning til Sundheds- og Velfærdsconsortiets bestyrelse, ors, sagnr. 11/108  
Status på regionernes indgåelse af praktikaftaler i 2011, ans, sagnr. 09/2464

#### **15. Orienteringer om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 12/526**

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

##### ***Resumé***

EU's udbudsregler – Europa-Parlamentet indleder lovgivningsarbejdet (prj), sagnr. 09/1908  
CEMR har nedsat teknisk arbejdsgruppe om EU udbudsdirektivet (prj), sagnr. 09/1908  
Regionsudvalgets behandling af lovgrundlaget for strukturfondene (forordninger) (ssv), sagnr. 09/1908  
Møder med danske ministre i Bruxelles (asa), sagnr. 09/1908

#### **16. Orienteringer om sager afsluttet i udvalgene, sagsnr. 12/526**

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

**Resumé**

Danske Regioners høringssvar til Europa-Kommissionens forslag til Horizon 2020, mbp, sagsnr. 11/2255

Høringssvar vedr. ændring af lovforslag om kunstig befrugtning m.m., sco, sagsnr. 10/2078

**17. Næste møde, sagsnr. 12/526**

Bestyrelsen godkendte, at næste møde holdes onsdag den 11. april 2012 kl. 16.00 forud for generalforsamlingen den 12. april. Næste ordinære bestyrelsesmøde er den 11. maj 2012.

**Resumé**

-

**18. Eventuelt, sagsnr. 12/526**

Poul Müller bad om en status på sagen om direkte adgang til fysioterapi samt sagen om betaling i forbindelse med private firmaers tilbud om hjertestarter-services.

Ulla Astman bad om en drøftelse af honoreringen af poster på praksisområdet og problematikken omkring dækning af tabt arbejdsfortjeneste. Sagen vil blive sat på dagsorden til næste møde.

**Resumé**

-

## **GF 2012: MEDIEOMTALE AF DANSKE REGIONER**

Placeringen af generalforsamlingen gjorde det væsentligt lettere at tiltrække journalister til arrangementet om end et par stykker (Berlingske og Politiken) meldte afbud på dagen. Til stede var JP (2), Ritzau, DR, TV2, Altinget, Berlingske Nyhedsmagasin, DKnyt og nyhedsbrevet Den offentlige sektor. Fagmedier som Dagens Medicin og Ugeskrift for læger var ærgerlige over ikke at kunne deltage og vil prioritere det næste år, lyder meldingerne.

11.-12. april 2012 bliver Danske Regioner i alt omtalt 285 gange i medierne. Heraf 9 omtaler i landsdækkende dagblade, 48 i regionale dagblade (ofte Ritzau-historier) og 197 omtaler i webkilder.

Herunder følger de 32 original-artikler hvor Danske Regioner er omtalt med relation til GF 2012. Artiklerne er listet kronologisk med angivelse af hvor de er bragt:

### **Millioner at spare på hjælp til kronisk syge**

Ritzaus Bureau 11.04.2012

Også bragt på tv2oj.dk, i Herning Folkeblad, Skive Folkeblad, Vejle Amts Folkeblad, Midtjyllands Avis, MetroXpress

### **Halvdelen af alle operationer tager én dag**

Ritzau 11.04.2012. Bragt i MetroXpress, Vejle Amts Folkeblad,

### **Gebyr skal opdrage sløse patienter**

Berlingske 11.04.2012 af Flemming Steen Pedersen

Også bragt i Jyske Vestkysten, citeret på Ugeskriftet.dk

### **Forsøg med gebyr for udeblivelser**

Dknyt.dk 11.04.2012

### **Færre lange ventetider for psykisk syge børn**

Berlingske Nyhedsbureau 11.04.2012 af Mads Mostrup Jensen. Bragt Viborg Stifts Folkeblad, Dagbladet Ringkjøbing-Skjern, ugeskriftet.dk

### **Kommuner og regioner strides om udsatte**

Ritzau, 12.04.2012 af Susanne A. Andersen,

### **Regioner får en kold skulder af kommunerne**

Ritzau 12.04.2012. Bragt bl.a. på dr.dk

### **Regionerne: Kommuner svigter handicappede**

Ritzau 12.04.2012. Bl.a. bragt på mja.dk.

**Kommuner: Vi svigter ikke de udsatte**

Berlingske Nyhedsbureau 12.04.2012 af Mads Mostrup Jensen

**Otte ud af ti vil straffe udeblevne patienter**

Ritzau 12.04.2012, Citathistorie fra Ugebrevet A4

**Danske Regioners forslag om et udvalgsarbejde er en syltekrukke**

Dknyt.dk 12.04.2012

**Kommuner og regioner skal sammen sætte tryk på sundheden**

Denoffentligesektor.dk 12.04.2012

**DSR klar til øget samarbejde med regionerne**

DSR.dk (Dansk Sygeplejeråd) 12.04.2012

**Nær sundhed skaber splid mellem kommuner og regioner**

Jv.dk 12.04.2012

**Regioner vil have grundvands-opgave**

Altinget.dk/Miljø 12.04.2012

**Regioner: Slut med kræft-ventetid**

cancer.dk 12.04.2012

**Regioner støtter krav til kronikere**

Berlingske Nyhedsbureau 12.04.2012, Mads Mostrup Jensen

**Sygehuse skaber 61.000 job**

b.dk 12.04.2012 af Flemming Steen Pedersen. Også bragt på jv.dk, Bornholms Tidende

**40 mia. til nye sygehuse**

Jydske Vestkysten 12.04.2012

**Supersygehuse udløser arbejde til tusinder**

12.04.2012 af Flemming Steen Pedersen og Claes Senger Holtzmann

**Gebyr for sløse patienter skaber skepsis**

Ritzau 12.04.2012

**Vi har ikke fået tilstrækkelig sundhed for pengene**

Jyllands-Posten 12.04.2012 af Hanne Fall Nielsen

**Slut med tryksår i 2014**

Ugeskriftet.dk (Ugeskrift for Læger) 12.04.2012

**Opfølgende hjemmebesøg betyder mindre pleje**

Idag.dk 12.04.2012

**Slut med krig om patienter**

Jyllands-Posten 12.04.2012 af Hanne Fall Nielsen

**De stærkeste patienter skal væk fra hospitalet**

TV2/Finans Online 12.04.2012

**Kragh: Sygehuse er en pølsefabrik**

JP 12.04.2012

**FOREBYGGELSE: Slut med liggesår på sygehuse**

BT 12.04.2012 af Niels Philip Kjeldsen

**Patienter skuffet over dødelighedstal**

Altinget.dk 12.04.2012

**Bent Hansen: Slut med at spille tiden**

Jyske vestkysten 12.04.2012

**Slut med at betale sygehuse pr. patient**

Berlingske Nyhedsbureau 12.04.2012. Bl.a. på b.dk, i Dagbladet Ringkjøbing-Skjern

**Samfundet skal spare penge på kronisk syge**

TV2 Nyhederne 12.04.2012 kl. 8.00







Til Finansministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet

**Høringssvar til lovforslag vedrørende budgetlov (forslag til budgetlov, forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering og forslag til lov om ændring af lov om Det Økonomiske Råd og Det Miljøøkonomiske Råd)**

11-04-2012

Danske Regioner har den 27. og 28. marts modtaget ovennævnte lovforslag i høring. Danske Regioner har valgt at udarbejde et samlet høringssvar, fordi forslagene betragtes som en samlet lovpakke, hvor bemærkningerne til de enkelte dele er indbyrdes relevante.

Danske Regioner understreger, at der er tale om kompleks lovgivning med store konsekvenser, som også i lyset af påsken er underkastet en stram høringsfrist. Der tages forbehold for behandling i Danske Regioners bestyrelse, som først kan ske på ordinært møde den 11. maj.

*Indledende bemærkninger*

Danske Regioner anerkender lovens formål med at sikre overskud på de samlede offentlige finanser og sikre en hensigtsmæssig udgiftsstyring i den offentlige sektor. Det er afgørende, at der fortsat er tillid til dansk økonomi, og en stram udgiftsstyring er fundamentet for effektiv ressourceudnyttelse og ansvarlig forvaltning af offentlige midler.

Regionerne har siden kommunalreformen lagt stor vægt på overholdelse af de økonomiske aftaler med regeringen. De fem regioner har hver for sig og under ét i regnskab 2011 og budget 2012 bevist, at balance og styring ikke er et fremtidigt mål men allerede en realitet. Det klare ansvar for den regionale økonomi er løftet, selv om der ikke har eksisteret muligheden for/trusler om statslige sanktioner.

Danske Regioner understreger i den forbindelse, at budgetoverskridelserne i 2009 for regionernes vedkommende generelt var knyttet til meraktivitet som følge af ventelister efter den omfattende strejke i 2008. Hele overskridelsen er blevet indhentet i 2010 og 2011 uden at sætte varige spor i den offentlige økonomi. Danske Regioner finder det positivt, at der således har

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

været mulighed for flerårighed i aftaler og planlægning, og finder det vigtigt så vidt muligt at videreføre sådanne principper.

Side 2

Budgetloven introducerer nogle nye budgetteringsprincipper, som ikke i alle tilfælde harmonerer med nuværende praksis og områdernes natur, uanset at regionerne generelt har overholdt de økonomiske aftaler. Dette rummer en række fælles udfordringer, som dels kan håndteres ved præciseringer i lovgivningen og dels i forbindelse med den løbende dialog, herunder i forhold til hvordan ekstraordinære omstændigheder skal håndteres.

#### *Udgiftsloftets rækkevidde og konsekvenser*

Lovforslaget indebærer, at 97 pct. af de regionale udgifter omfattes af loftet. Det betyder, at områder som patienterstatninger, praksissektoren, sygehusmedicin, befordring, respiratorpatienter og medicintilskud vil være omfattet af loftet. Det er områder, som enten er i høj vækst, kan være vanskeligt styrbare, eller hvor der kan være store udsving mellem årene. Samlet set udgør de nævnte områder 30 milliarder kroner årligt, svarende til ca. 30 procent af de samlede nettodriftsudgifter i regionerne.

Danske Regioner er enige i, at regionerne har et stort ansvar for disse udgifter, og anerkender, at der er styrings- og påvirkningsmuligheder især i et flerårigt perspektiv. Der er dog i visse tilfælde tale om udgiftsområder, hvor udgiften udløses af tredjemand helt uden regionernes medvirken, og hvor regionerne ofte først får viden, om at udgiften overhovedet skal afholdes, med nogen forsinkelse.

Herved minder disse områder mere om udgifter til overførselsindkomster samt de særlige driftsområder, som er undtaget kommunernes udgiftsloft såsom udgifter til ældreboliger, udgifter til den aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet mv. Danske Regioner har i øvrigt noteret sig, at også på statens område er visse typer af driftsudgifter undtaget fra udgiftsloftet.

I den forbindelse savner Danske Regioner overblik over regeringens forventninger til, hvordan regionerne skal håndtere uforudsete og svært styrbare situationer, herunder om dette skal ske ved afsættelse af sikkerhedsmarginer i budgettet, reserver på Finansloven eller lignende. Danske Regioner forudsætter en klar forventningsafstemning herom senest i forbindelse med økonomiaftalerne for 2013.

Danske Regioner vil i øvrigt understrege, at både regering, Folketing og de centrale sundhedsmyndigheder har et betydeligt medansvar for udgiftsud-

viklingen på de nævnte områder, gennem centrale beslutninger, udmeldinger mv. Danske Regioner forventer, at dette aspekt ligeledes vil indgå i de kommende økonomiforhandlinger.

#### *Særligt om regional udvikling*

Regional udvikling udgør en særlig udfordring qua områdets natur og finansiering. Bevillingerne til de enkelte projekter besluttet i vækstforum og har en stor grad af ekstern medfinansiering (EU, private mv.), som ikke følger et finansår. Projekterne løber over flere år og med store eksterne og uforudsigelige påvirkninger, hvilket skaber likviditetsmæssige forskydninger mellem år. Denne problematik imødekom daværende indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder i brev til Danske Regioner af 25. august 2011. Derfor burde der tages højde for dette i lovforslaget.

#### *Særligt vedrørende udgifter under udvidet frit sygehusvalg*

Der er et særligt problem vedrørende den nuværende lovgivning om udvidet frit sygehusvalg. Ifølge loven er der på dette område en særlig rettighed for private leverandører til at få aftaler på områder, hvor de ønsker det. Hvis et privat sygehus ønsker en aftale på et område, og hvis sygehuset er kvalificeret, skal Danske Regioner indgå aftale herom. Med den nuværende lovgivning har private leverandører dermed en adgang til at påvirke regionernes prioriteringer. For eksempel kan private leverandører vælge at lægge deres indsats på områder, hvor regionerne i udgangspunktet ikke har prioriteret hurtig behandling til patienter.

Et aktuelt eksempel er, at Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker har rejst et krav om aftaler om plastikkirurgi efter excessivt væggtab (efter fedmeoperationer). Det forventes, at 3.000-5.000 patienter vil kunne komme i betragtning til operation over de næste 2-3 år. Det koster over 100.000 kr. per patient. Dermed er der risiko for en udgiftsstigning på ½ milliard kroner til dette område, som falder i en anden kadence end den politiske prioritering.

I lyset af at regeringen lægger op til sanktioner allerede i 2012 ser Danske Regioner ikke nogen mulighed for fortsat at indgå nye aftaler med private sygehuse på nye områder, med mindre det aftales særskilt med staten. Denne problemstilling kan endvidere drøftes i relation til en kommende lovændring om udvidet frit valg og til økonomiforhandlingerne.

#### *Indførelse af sanktioner*

Danske Regioner er principielt imod indførelsen af sanktioner på det regionale område. Det skyldes, at sanktioner risikerer at underminere de nuvæ-

rende gode erfaringer med håndtering af overførsler, ekstraordinære omstændigheder mv., jf. ovenfor.

Side 4

Danske Regioner finder det særligt problematisk, at loven træder i kraft med virkning for tilskudsåret 2013, da dette betyder sanktioner ved overskridelse af budget 2012. Dette er ikke en del af økonomiaftalen for 2012 og var ikke forudsat ved budgetlægningen i efteråret 2011.

For så vidt angår sanktionen vedrørende budgetlægningen, bemærkes det, at finansministerens adgang til at iværksætte sanktioner, er meget bred. Det fremgår således, at det betingede bloktilskud kun kan udbetales ”*hvis regionernes budgetterede nettodriftsudgifter for tilskudsåret efter finansministerens vurdering svarer til de forudsætninger, der har ligget til grund for fastsættelsen af tilskuddet.*” Danske Regioner finder, at dette bør præciseres, således at der alene kan være tale om en vurdering i forhold til ”*de forudsætninger vedrørende de samlede udgifters størrelse, der har ligget til grund for fastsættelsen af tilskuddet*”.

#### *Særligt vedrørende anlægsområdet*

Det er unødvendigt at indføre en sanktion på anlægsområdet, da der ikke umiddelbart er lagt op til et loft over anlægsudgifterne. Ligeledes er det på den ene side forbundet med store vanskeligheder nøjagtigt at prognosticere udgifterne ved anlægsprojekter i et enkelt budgetår, og på den anden side forbundet med store uhensigtsmæssigheder at forsøge at ramme et givent udgiftsniveau, efter det er blevet budgetteret.

Herudover udgør 0,5 milliard kroner en uforholdsmæssig stor del af regionernes samlede bruttoanlægsudgifter.

Det er væsentligt, at kvalitetsfondsbyggerierne holdes helt udenfor drøftelserne om loft og sanktioner, da der er aftalt en særskilt finansieringsmodel og proces i forhold til udbetaling af tilskud mv. Endvidere har projekterne en størrelse, der indebærer, at forskydninger i tidsplanen for et enkelt byggeri vil kunne få omfattende konsekvenser i et sanktionsregime.

#### *Ekstraordinær opfølgning*

Det fremgår ligeledes af forslaget til budgetlov, at økonomi- og indenrigsministeren kan foretage en tidligere økonomisk opfølgning i særlige tilfælde, hvor en region vurderes at have alvorlige økonomiske vanskeligheder. Det vurderes, at en sådan situation altid foreligger, hvis en regions gennemsnitlige likviditet opgjort efter kassekreditreglen falder til under 1.000 kroner per indbygger.

Danske Regioner finder det uacceptabelt, at regionerne alene omfattes af en sådan særlig bestemmelse, når parallelitet til kommunerne i øvrigt har været et drivende hensyn i forhold til sanktioner mv.

Det kan virke uforstående, at man kommer frem til 1.000 kroner per indbygger, når lovgivningen hidtil har fastslået, at regionerne skal have en positiv likviditet opgjort efter kassekreditreglen. Tidligere har grænsen været brugt til at anskue, hvorvidt kommuner har en ringe likviditet. Men at vide-reføre selvsamme beløbsgrænse for regionerne, der har en driftsøkonomi på en 1/3-del i forhold til kommunerne, virker vilkårligt. Det bemærkes, at en gennemsnitlig likviditet på minimum 1.000 kroner per indbygger svarer til 6 procent af regionernes nettodriftsbudgetter.

Eksempelvis har Region Midtjyllands likviditet et niveau, der svarer til 1.000 kroner per indbygger, men vil i de kommende år falde yderligere på grund af en række nødvendige anlægsopgaver, herunder kvalitetsfundsprojekterne. Det forventes, at likviditeten i løbet af 2013 vil falde til et niveau, der svarer til 400 kroner per indbygger. Region Midtjylland vil således blive omfattet af den særlige opfølgning, umiddelbart efter lovens ikrafttrædelse. Dette på trods af at regionens drift udviste et overskud på over 300 millioner kroner i 2011, der forventes et overskud igen i 2012, og at der i øvrigt i 2012 er budgetteret med afdrag på 90 millioner kroner og henlæggelse af likvide aktiver på 50 millioner kroner.

Danske Regioner finder den yderligere definition for bred i forhold til, hvornår Økonomi- og Indenrigsministeriet kan gøre sin bemyndigelse gældende overfor regionerne.

#### *Balancekrav og håndtering af overførsler*

Danske Regioner konstaterer, at balancekravet er udformet anderledes for regionerne end for kommunerne, blandt andet i forhold til forbrug af likviditet. Rækkevidden af disse forskelle og de valgte formuleringer fremstår ikke klart. Generelt finder Danske Regioner det ikke godt gjort, at regionerne bør underkastes strengere krav end kommunerne.

Danske Regioner har noteret sig, at regeringen har udmeldt, at der fortsat skal være mulighed for overførsler, og at overførsler også kan indebære et større forbrug i enkelte kommuner og regioner, hvis dette i samme år modsvares af mindre forbrug i andre kommuner og regioner. Det er dog uklart, hvordan dette rent teknisk skal håndteres i lyset af balancekravet og sanktionsmekanismen. Eksempelvis er Danske Regioner usikker på, om der i alle

tilfælde forudsættes budgetteret med forbrug af overførsler på forhånd, dvs. på et tidspunkt der ligger cirka et halvt år før overførslerne kan konstateres.

Side 6

Kravet om balance i budgetlægningen vil i øvrigt medføre, at der i de årlige økonomiforhandlinger vil skulle sikres en fuld finansiering af renteudgifter samt afdrag på gæld.

Danske Regioner forudser, at det kan blive en udfordring fuldstændigt at undgå uhensigtsmæssig adfærd, når økonomien fremover i højere grad bliver set i et et-årigt perspektiv. Dansk Regioner opfordrer til at sikre gode incitamentter til at anvende sparede driftsmidler på fremtidige investeringer, herunder som minimum, at eventuelle uforbrugte driftsmidler kan reserveres til anlæg.

#### *Omkostningsbaserede budgetter og regnskaber*

Regionerne er i dag underlagt to sæt budget- og regnskabsprincipper, idet der både stilles krav om omkostningsbaserede bevillinger og regnskaber, samtidig med at der afrapporteres i forhold til udgiftsbaserede principper. Dette er unødigt bureaukratisk og styringsmæssigt uhensigtsmæssigt.

Opgørelser mv. i budgetloven opgøres efter det udgiftsbaserede princip. Med henblik på at sikre en entydig og pædagogisk tilgang til økonomistyringen anbefales, at regionerne fremover alene forpligtiges at opgøre budgetter og regnskaber efter udgiftsbaserede principper.

#### *Vedrørende Det Økonomiske Råd*

Danske Regioner er positivt indstillet over for de ændrede beføjelser til Det Økonomiske Råd, men har ikke nogen bemærkninger til det pågældende lovforslag i øvrigt.

Med venlig hilsen

Kristian Heunicke

NOTAT

**DANSKE  
REGIONER**



24-04-2012

Sag nr. 12/819

Dokumentnr. 15900/12

Rikke Margrethe Friis

Tel. 35298276

E-mail: Rmf@regioner.dk

### **Høringssvar Vedr. lovforslag om frikommune**

Danske Regioner har ingen bemærkninger til de konkrete bestemmelser i lovforslaget.

Hvis det viser sig, at der i udformningen af de konkrete projekter er økonomiske konsekvenser mv. for regionerne, vil Danske Regioner forbeholde sig ret til at rejse sagen over for staten.

Høringssvaret er foreløbigt. Danske Regioner kan have yderligere bemærkninger, som fremsendes senere. Herunder skal det bemærkes, at høringssvaret er afgivet med forbehold for den politiske behandling i Danske Regioners bestyrelse.

Med venlig hilsen

Rikke Margrethe Friis





NOTAT

Fuldmægtig Søren Svane Kristensen  
Socialministeriet  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

DANSKE  
REGIONER



17-04-2012

Sag nr. 12/332

Dokumentnr. 12032/12

ATC, ASA

Tel. 35 29 82 45

E-mail: Atc@regioner.dk

## Danske Regioners hørings svar til ældrekommissionens rapport

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive et hørings svar om Ældrekommissionen rapport "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem". Rapporten indeholder en række anbefalinger, bl.a. på det sundhedsfaglige område, som Danske Regioner har en række kommentarer til.

Danske Regioners væsentligste kommentar er, at de sundhedsfaglige anbefalinger rapporten kommer med skal præciseres, således at ældre på plejehjem får tilsvarende tilbud, som ældre i eget hjem. De tilbud der findes i sundhedsvæsenet skal også bruges i plejehjem og ældreboliger. Det er ikke bæredygtigt, hvis der i stedet opstår parallelle systemer, der hverken er omkostningseffektive eller fagligt forsvarlige.

### Anbefaling 33: Fast tilknyttet læge

Det er væsentligt, at der fortsat er en valgfrihed for borgerne på plejehjem og ældrebolig i forhold til valg af læge. Egen læge har ofte et længerevarende kendskab til borgeren og dennes sygdomshistorie, og bør derfor ikke udskiftes med mindre den enkelte eksplicit ønsker det. I det lys bør de anbefalinger, hvor der beskrives en fast tilknyttet læge til plejehjemmene udelukkende ses som en mulighed, hvis beboerne eksplicit vælger en sådan lægeordning.

Det er ligeledes værd at bemærke, at hvis der med fast tilknyttet læge menes en fast ansat lønnet læge, der skal varetage enhver almen lægeopgave i forhold til de tilknyttede patienter, så vil det medføre en række udfordringer i forhold til de opgaver, som varetages af almen praksis. Desuden er det uklart, hvorvidt det er en økonomisk og fagligt bæredygtigt løsning.

**Anbefaling 34: ”Akutpakker med medicin”**

Ældrekommissionen peger på, at det er en udfordring, at mange ældre på plejehjem og plejebolig er terminalt syge. Derfor foreslås det, at plejehjemmene skal have adgang til en ”akutpakke” med medicin til beboerne.

En ”akutpakke” kan være problematisk, hvis det betyder, at personale uden videre kan få adgang til f.eks. stærk smertestillende medicin. Naturligvis skal der være smertelindrende medicin til den enkelte terminale patient, men det skal administreres af patientens egen læge (eller på dennes ansvar). Desuden bør der være meget faste regler på ældrecentre/plejehjem, der i tiltagende grad er bemandet med personale med begrænset viden om medicin. Endelig skal de kliniske retningslinjer, der er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen for palliation også omfatte indsatsen på plejehjem og plejebolig.

**Anbefaling 35: Medicingennemgang**

Ældrekommissionen foreslår, at de ældre på plejehjem og ældreboliger skal have medicingennemgange, der skal foretages af den fast tilknyttede læge, en apoteker og de faste medarbejdere.

I dag er det sådan, at almen praksis skal lave medicingennemgang for alle patienter, der får mere end fem lægemidler – også dem der ikke bor på plejehjem eller ældrebolig. Regionernes lægemiddelenheder understøtter ofte dette arbejde.

Det kan imidlertid være problematisk, hvis medicingennemgangen ikke laves af den enkeltes praktiserende læge, og det skal bemærkes, at apoteker har en økonomisk interesse i, hvilken medicin patienterne får. Derfor kan det undre hvad de skal bidrage med i denne sammenhæng. Det fast personale kan bidrage med deres viden om hvordan patienten ”har det” med deres medicin, hvis de ikke selv kan svare for sig – men de kan ikke bidrage med den faglige kliniske viden om patientens samlede medicinbehov.

Afslutningsvist skal det bemærkes, at høringssvaret er afgivet med forbehold for politiske behandling.

Med venlig hilsen

Janet Samuel

Digitaliseringsstyrelsen

DANSKE  
REGIONER



10-02-2012

Sag nr. 10/2237

Dokumentnr. 5728/12

Kristoffer Lange

Tel. 35298385

E-mail: kla@regioner.dk

## **Høringsvar til ”Lovforslag om Offentlig Digital Post” og ”Lovforslag om Det Centrale Personregister, Lov om dag-, fritids- og klubtilbud mv. til børn og unge, lov om folkeskolen og sundhedsloven”**

Finansministeriet har den 27. januar 2012 sendt forslag til ”Lovforslag om Offentlig Digital Post” og ”Lovforslag om Det Centrale Personregister, Lov om dag-, fritids- og klubtilbud mv. til børn og unge, lov om folkeskolen og sundhedsloven” (herefter omtalt som ”Lov om Digital Selvbetjening”) i høring hos Danske Regioner. I den anledning er der indhentet bemærkninger fra de fem regioner, som indgår i høringssvaret. I det følgende fremgår Danske Regioners konkrete bemærkninger til lovforslagene.

### **Overordnet formål**

Det overordnede formål med lovforslagene ligger i forlængelse af den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011 – 2015, som Danske Regioners bestyrelse har tiltrådt.

Formålet med lovforslagene er at indføre hjemmel til at stille krav om, at borgerne inden udgangen af 2012 skal anvende digitale selvbetjeningsløsninger på udvalgte områder ved henvendelse til det offentlige. Og gøre det obligatorisk for borgere og virksomheder at blive tilsluttet den offentlige digitale postløsning, som har været i drift siden 2010. Forslagene er et led i realiseringen af en fællesoffentlig målsætning om, at al kommunikation mellem borgere, virksomheder og det offentlige skal foregå digitalt inden udgangen af 2015, hvilket fremgår af regeringsgrundlaget ”Et Danmark, der står sammen” (oktober 2011).

Danish Regions - Brussels  
Office  
Square de Meeûs 1  
B - 1000 Brussels

T +32 2 550 12 80  
F +32 2 550 12 72  
E regioner@regioner.dk

Dette indebærer, at papirblanketter og brevpost udfases frem mod 2015. Det er målet, at de offentlige myndigheder i 2015 modtager mindst 80 pct. af alle ansøgninger, anmeldelser og indberetninger mv. fra borgerne digitalt. Og tilsvarende afsender op mod 80 pct. af alle breve til borgerne digitalt. Det vurderes, at det ikke vil være praktisk gennemførligt med 100 pct. Der skal tages hensyn til borgere, der for eksempel ikke har mulighed for at tilegne sig it-kompetencer samt borgere med særlige behov, herunder hensynet til ældre, handicappede, demente, socialt udsatte, udenlandske borgere i Danmark og danskere med bopæl i udlandet. Der vil endvidere være områder eller dele af områder, hvor det ikke giver mening at digitalisere.

### **Økonomiske konsekvenser**

Det bemærkes, at det af høringsmaterialet fremgår, at der er en forventet samlet besparelse på porto og materialer samt besparelse på reducerede lønomkostninger som følge af automatiserede arbejdsgange. Det bemærkes samtidig, at der ikke er medregnet omkostninger til etablering, implementering samt administrative omkostninger. Potentialerne ved lovforslaget er ikke nær så høje, som der lægges op til i høringsmaterialet.

### **Fritagelse fra digital post (Lovforslaget vedr. Offentlig Digital Post)**

Et vigtigt element i lovforslaget er borgerens mulighed for at frasige sig anvendelsen af digital post. Ved at fastholde denne mulighed imødekommes en del af de bekymringer, der kan være i forhold til visse patienters evne til at anvende digital post.

Loven giver de offentlige afsendere mulighed for, at disse kan benytte den Offentlige Digitale Post-ordning som kommunikationskanal, men betyder ikke, at disse i alle tilfælde skal gøre det. Det vil sige, at loven giver borgere og virksomheder ret til at modtage digitalt udsendt materiale, men betyder ikke, at disse dermed har krav på at modtage alt materiale digitalt. Dette er en vigtig præcisering, idet der specielt for sygehusområdet kan være områder, hvor hensynet til sikkerhed omkring kommunikationens gennemførelse kan tilsige, at patientindkaldelser fortsat fremsendes ad traditionelle fysiske kanaler parallelt eller alternativt i forhold til den digitale kommunikation.

### **Fortsat behov for at sende papirbreve (Lovforslaget vedr. Offentlig Digital Post)**

Det skal bemærkes, at det kan blive nødvendigt at opretholde brevform til udgående post til borgere, der ikke er tilmeldt den digitale løsning. Dette

gælder specielt for kommunikation af akutte aftaler samt for udsendelse ifm. screeningsprogrammer, som skal ramme alle relevante borgere.

Side 3

### **Mulighed for at tredjemand kan agere i postløsningen (Lovforslaget vedr. Offentlig Digital Post)**

I lovforslaget vedr. Offentlig Digital Post gives der i § 6 mulighed for, at "Fysiske personer og juridiske enheder, der er tilsluttet Offentlig Digital Post, kan tillade, at andre kan læse meddelelser, der er sendt til eller fra vedkommende i postløsningen. Tilladelse gives ved i postløsningen at angive, hvem der skal have læseadgang." Borgere, der har behov for at tildele læseadgang til tredjemand, vil ofte også have behov for hjælp til at respondere på henvendelser, og at en løsning, hvor der indenfor postløsningen tillige kunne gives tilladelse til, at tredjemand også kan handle på vegne af den, meddelelsen er sendt til, ville være at foretrække. Uden denne mulighed er faren, at det for borgeren opleves som så besværligt at gå "den rigtige vej" i forhold til at involvere tredjemand, at borgere i stedet blot vælger at videregive deres eget NemId-login til fx pårørende.

### **Virksomhedspostkasser baseret på CVR-numre (Lovforslaget vedr. Offentlig Digital Post)**

I lovforslaget vedr. Offentlig Digital Post beskrives det, hvordan oprettelsen af virksomhedspostkasser på virk.dk er baseret på CVRnr. og underordnede P-numre (P-nummer tildeles for hver fysisk beliggenhed). Denne model kan vise sig utilstrækkelig, da især større myndigheder, der har mange medarbejdere og afdelinger på samme postadresse, kan have behov for at oprette digitale postkasser for enheder, der ikke har et selvstændigt P-nummer.

Forvaltningsmyndigheder har - så vidt muligt - pligt til at videresende en skriftlig henvendelse, som den modtager, men som ikke vedrører dens sagsområde, til rette myndighed, jf. forvaltningslovens § 7, stk. 2. Det vil være hensigtsmæssigt, at der i indretningen af postløsningen tages højde for dette, således at myndigheder nemt og sikkert via postløsningen kan videresende fejlmodtaget digital post til andre myndigheder, uden at fx identifikationsoplysninger om oprindelig afsender mistes, eller korrekt modtagermyndighed på anden vis mister muligheden for at svare borgeren direkte.

**Rettidig modtagelse af post**

Det bemærkes, at der foreligger en inkonsistens mellem de to forslag, i forhold til, hvornår en borgerhenvendelse er modtaget rettidigt. I ”Lovforslag om Det Centrale Personregister, Lov om dag-, fritids- og klubtilbud mv. til børn og unge, lov om folkeskolen og sundhedsloven” afsnit 4.3 står "En ansøgning, anmeldelse, indberetning mv., der er tilgængelig i myndighedens system eksempelvis klokken 23:59 den 30. november, er således kommet frem den 30. november, uanset at der ikke fysisk sidder en medarbejder på kommunen og gør sig bekendt med meddelelsen på dette tidspunkt, der ligger uden for normal arbejdstid/åbningstid. I de tilfælde, hvor myndigheden har behov for at gøre sig bekendt med en meddelelse inden eksempelvis arbejdstids ophør, må der fastsættes en tidsfrist, der indeholder såvel en dato som et præcist klokkeslæt for, hvornår anmeldelsen skal være indgivet, altså kommet frem."

I ”Lov om offentlig digital post” afsnit 2.6 oplyses at ”Ved indgivelse af en klage til en myndighed skal klagen i almindelighed for at være rettidig være kommet frem senest den sidste klagedag inden kontortids ophør”.

**Adgang til internet**

Begge lovforslag stiller krav om, at det sikres, at alle borgere, der er indlagt, kan få adgang til internettet uden selv at skulle medbringe det nødvendige it-udstyr. I fald dette krav bliver indeholdt i det endelige lovforslag, vil dette forventelig stille betydelige krav til de fremtidige it-installationsløsninger i hospitalssektoren, herunder i forhold til de kommende byggerier i hospitalssektoren.

**Politisk behandling**

Der tages med høringssvaret forbehold for, at sagen ikke er politisk behandlet i Danske Regioner, og de økonomiske konsekvenser for regionerne ifm. lovforslaget og den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi er ikke tilstrækkeligt belyst.

Med venlig hilsen

Lisbeth Nielsen

# Kommissorium for udvalg om psykiatri

---

## Baggrund

Mange danskere rammes af en psykisk sygdom, hvilket kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte og dennes familie. Ligesom med somatiske sygdomme er det for mange muligt at komme sig helt eller delvist efter en psykisk sygdom - også en alvorlig, psykisk sygdom.

Ansvar for indsatsen for mennesker med psykiske sygdomme er delt mellem regioner og kommuner. Den regionale indsats omfatter bl.a. diagnostik og behandling på sygehusafdelinger, i distriktspsykiatri og i praksissektoren. Den kommunale indsats omfatter sociale støtteordninger og botilbud samt sygepleje, fremme af mental sundhed og indsatser i regi af folkeskole mv.

En kvalificeret indsats, som resulterer i helbredelse eller et acceptabelt, stabilt funktionsniveau kræver derfor - udover en veludbygget og differentieret indsats i de involverede sektorer - koordination og samarbejde *på tværs* af sektorer og fag bl.a. med henblik på at sikre sammenhæng i forløbene og bedst mulig udnyttelse af de samlede kompetencer.

For at skabe et solidt grundlag for, at regeringens fremtidige indsats for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt, nedsættes et udvalg.

Rammerne for udvalgsarbejdet skal ses i lyset af den økonomiske situation. Det begrænser det økonomiske råderum for den offentlige forbrugsvækst, hvorfor forbedringer i den offentlige service primært skal sikres gennem omprioriteringer og effektiviseringer.

Det stiller krav til, at kapaciteten i sundhedsvæsenet, herunder psykiatriområdet, anvendes så effektivt som muligt, og at der skabes mest mulig sundhed for de samlede ressourcer. I den forbindelse gælder, at kapaciteten på det psykiatriske område er øget gennem særskilt prioritering af over 8 mia. kr. fra satspuljen i perioden 2003-2015 til området, hvoraf langt hovedparten er permanente midler. Midlerne er bl.a. gået til øget kapacitet i børne-, voksen- samt retspsykiatrien, udvidede patientrettigheder og sikring af bedre og sammenhængende behandling.

## Organisering

Udvalget består af repræsentanter fra:

- Det Sociale Netværk
- SIND
- LAP (Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere)
- Bedre Psykiatri
- De Lægevidenskabelige Selskaber
- Danske Regioner
- KL

Herudover indgår Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Social- og Integrationsministeriet, Ministeriet for Børn og Undervisning, Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen<sup>1</sup>. Ministeren for Sundhed og Forebyggelse udpeger op til 5 medlemmer med henblik på relevant faglig repræsentation f.eks. psykiatri-, psykolog-, sygepleje- og socialfaglig. Formandskabet for udvalget varetages af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Udvalget nedsætter underarbejdsgrupper med henblik på at løse afgrænsede, konkrete opgaver (delanalyser), og skal i den forbindelse i relevant omfang inddrage eksterne, herunder udenlandske eksperter samt evt. andre interessenter med særlig viden om det psykiatriske område.

Sekretariatsfunktionen for udvalget varetages af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Social- og Integrationsministeriet, Ministeriet for Børn og Undervisning og Beskæftigelsesministeriet. Sekretariatet inddrager andre fagministerier, når dette er relevant.

### **Opgavebeskrivelse**

Udvalget skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt.

Udvalgets forslag skal falde i to dele.

Del I skal indeholde konkrete forslag, der indebærer en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område. Det omfatter bl.a. forslag, der indebærer en bedre organisering og tilrettelæggelse af psykiatrien, og forslag til mere fokuseret indsats/prioritering baseret på den nyeste viden. Hertil kommer tiltag til bedre styring og omkostningseffektivitet.

Del II skal indeholde nye forslag på området, der efter udvalgets opfattelse kunne prioriteres, baseret på den nyeste viden/evidens for tiltaget og et generelt krav om omkostningseffektivitet.

Regeringen vil med afsæt i udvalgets overvejelser og forslag udarbejde en samlet, langsigtet plan for den fremtidige udvikling og udbygning på området. Planen vil bygge på en prioritering af de i del II fremkomne forslag.

For alle udvalgsforslag skal de økonomiske konsekvenser vurderes.

Udvalgets arbejde skal ses i sammenhæng med andre relevante analyser igangsat af regeringen, herunder evalueringen af kommunalreformen.

---

<sup>1</sup> Videnscenter for Handicap, Hjælpemidler og Socialpsykiatri indgår organisatorisk i Socialstyrelsen



Udvalgets arbejde falder i 3 hovedfaser. *Fase 1* er en indledende fase, hvor problemstillingen afdækkes og indsnævres. Udvalget skal i denne fase:

- kortlægge og vurdere den nuværende struktur, kapacitet og gennemførte aktivitet i behandlingspsykiatrien og i den kommunale sektor, herunder forebyggelsesaktiviteter.
- kortlægge og vurdere indsatser for sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af myndigheder, sektorer og forskellige forvaltninger.
- beskrive og vurdere udviklingen i psykiatriske diagnoser med særlig fokus på:
  - børn og unge
  - diagnoser, der har oplevet den største stigning de seneste 10 år
  - udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter
- beskrive og vurdere udviklingen i behandlingsmuligheder bl.a. anvendelsen af medicin.

*Fase 2* er analysefasen, hvor udvalget skal:

- vurdere mulighederne for at forebygge udvikling og forværring af psykiske sygdomme og for at fremme recovery gennem fx rådgivning, tidlig indsats, rehabilitering mv.
- vurdere mulighederne for at fremme kvalitet i behandlingen og indsatsen, herunder nedbringe behovet for tvangsforanstaltninger,
- vurdere mulighederne for aktiv patient/borger- og pårørendeinddragelse i indsatsen for personer med psykiske sygdomme,
- vurdere mulighederne for at optimere og tilpasse den samlede kapacitet i forhold til personer med psykiske sygdomme, herunder bl.a. se på forholdet mellem stationær og ambulans kapacitet i behandlingspsykiatrien og i sammenhæng hermed forholdet mellem døgntilbud og andre tilbud i den kommunale sektor,
- vurdere mulighederne for at sikre yderligere sammenhæng og kontinuitet i indsatsen for personer med psykiske sygdomme,
- vurdere behovet for tiltag, som kan bidrage til at sikre en god styring og effektiv ressourceanvendelse på området.

*Fase 3* er afrapporteringsfasen, hvor udvalget sammenskriver den samlede afrapportering og fremlægger forslag til, hvordan behandlingen af mennesker med sindslidelse tilrettelægges og gennemføres bedst og mest effektivt. Udvalgets forslag skal falde i to dele, jf. ovenfor.

Udvalget skal med halvårlige intervaller holde debatmøder med inddragelse af interessenter med henblik på at sikre en bred afdækning af synspunkter i udvalgsarbejdet.

Udvalget kan nedsætte arbejdsgrupper i både den indledende fase (fase 1) og i analysefasen (fase 2).

Fordi der er tale om et bredt dækkende analysearbejde, som samtidig forventes at behandle spørgsmålene grundigt med inddragelse af ekspertise og ny viden, vil der være behov for deltagelse af personer med forskellige baggrunde og faglige profiler i de forskellige arbejdsgrupper.

**Tidsplan**

Udvalgets samlede afrapportering skal foreligge medio 2013. Udvalget kan undervejs afgive delafrapporteringer.

**Sundheds- og Forebyggelsesudvalget 2011-12**  
**SUU alm. del , endeligt svar på spørgsmål 52**  
**Offentligt**

**Indenrigs- og Sundhedsministeriet**

Enhed: Primær Sundhed

Sagsbeh.: SUMSEB

Sags nr.: 1111928

Dok. Nr.: 712509

Dato: 9. november 2011

## **Notat om henvisning til speciallæge og fysioterapeut**

## Indhold

Notat om henvisning til speciallæge og fysioterapeut .....	1
1. Baggrund .....	3
2. Almen Praksis som henviser .....	3
2.1 Lovgivningsmæssige rammer .....	3
2.2 Overenskomst-mæssige rammer .....	4
2.3 Gruppe 1 og gruppe 2 .....	4
2.4 Roller og opgaver i almen praksis.....	4
2.5 Almen praksis' arbejdsområde .....	5
2.6 Definition af "henvisning" .....	5
2.7 Henvisningsmønstret i almen praksis .....	5
3. Henvisning til speciallægepraksis (fokus på dermatologi og gynækologi) .....	7
3.1 Vurdering af mulighederne for ændrede henvisningskrav til speciallægepraksis.....	7
3.1.2 Fordele ved at bevare kravet om lægehenvi-sning til speciallægepraksis.....	8
3.1.3 Fordele ved at fjerne kravet om lægehenvi-sning til speciallægepraksis.....	9
3.2 Gynækologi og obstetrik .....	9
3.3 Aktivitet hos praktiserende speciallæger i gynækologi .....	10
3.4 Ydelser, der foretages både i almen praksis og speciallægepraksis.....	10
3.5 Dermato-venerologi.....	11
3.6 Aktivitet hos praktiserende speciallæger i dermato-venerologi .....	12
3.7 Samlet vurdering af mulighederne for eventuel fjernelse af henvisningskravet til praktiserende speciallæger i gynækologi/obstetrik og dermato-venerologi.....	12
4. Henvisning til fysioterapi.....	13
4.1 Fysioterapi med tilskud .....	13
4.2 Vederlagsfri fysioterapi.....	13
4.3 Vurdering af mulighederne for ændrede henvisningskrav til fysioterapi .....	14
4.3.1 Fordele ved at fastholde krav om lægehenvi-sning til fysioterapi: .....	14
4.3.2 Fordele ved at afskaffe kravet om henvisning til fysioterapi .....	15

4.4 Erfaringer med direkte adgang til fysioterapi i andre lande .....	15
4.5 Samlet vurdering vedrørende henvisningskravet til fysioterapi .....	16
5. Udgifter til speciallæger og fysioterapi .....	17
5.1 Kontakter .....	17
5.2 Udgifter .....	17
5.3. Illustration af potentielle merudgifter ved fri adgang til fysioterapi og speciallæger, herunder dermato-venerologi samt gynækologi/obstetrik .....	18
5.4 Konsekvenser for aktiviteten i almen praksis ved fri adgang til fysioterapi og speciallæger .....	19
6. Konklusion .....	20

Side 3

## 1. Baggrund

Forespørgsel F 31 har følgende ordlyd:

*"Hvad kan ministeren oplyse om lægehenvi sning til fysioterapeut, hudspecialist og gynækolog, herunder hvorvidt disse lægehenvi sninger med fordel kan afskaffes?"*

I forbindelse med folketingsbehandlingen af F 31 opfordrede Folketinget regeringen til fortsat at være opmærksom på, at de praktiserende lægers visitatorfunktion i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen til stadighed er sundhedsøkonomisk hensigtsmæssig og til gavn for patienterne. I forlængelse heraf opfordredes regeringen til at iværksætte en undersøgelse, der skal afdække, om der på enkelte områder – indenfor den eksisterende økonomiske ramme - kan lempes på kravet om lægehenvi sning for gruppe 1 sikrede personer til praktiserende speciallæge.

I vedtagelsesteksten (V 55) opfordres alene til en undersøgelse af, om der kan ændres på henvisningskravet til praktiserende speciallæge, men under folketingsdebatten blev det tilkendegivet, at en undersøgelse også bør omfatte fysioterapiområdet.

I dette notat gennemgås i afsnit 2 almen praksis som henviser, herunder regelgrundlaget og en gennemgang af henvisningsmønstret i almen praksis. Derefter følger afsnit 3 vedrørende henvisning til speciallægepraksis med fokus på gynækologi og hudsygdomme (dermatologi). I afsnit 4 fokuseres på reglerne m.v. for henvisning til fysioterapi. I afsnit 5 følger et afsnit om udgifterne til fysioterapi og speciallægehjælp, herunder en analyse af konsekvenser for aktiviteten i almen praksis ved fri adgang til fysioterapi og

speciallæger. Endelig følger den samlede konklusion på analysen i afsnit 6.

## 2. Almen Praksis som henviser

Almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet, hvor alle almindelige sygdomme og tilstande hos befolkningen varetages. Almen praksis har som den primære indgang en bred berøringsflade med befolkningen. I 2009 var der i alt 41 mio. kontakter til almen praksis svarende til at hver enkelt borger i gennemsnit havde kontakt til almen praksis ca. 8 gange årligt. Enhver med bopæl i Danmark har ret til at tilmelde sig en praktiserende læge eller praksis.

### 2.1 Lovgivningsmæssige rammer

Sundhedslovens regler om lægevalg samt lægehjælp hos praktiserende læge fremgår af lovens kapitel 15. Det fremgår af § 59, at personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, skal vælge alment praktiserende læge og meddele det til kommunen. Af § 60 fremgår, at regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, og at regionsrådet til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder tilskud til behandling hos alment praktiserende læge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer omfattet af sikringsgruppe 1. I 2009 var 98 pct. tilmeldt gruppe 1, mens ca. 1/2 pct. var tilmeldt gruppe 2.

Regionsrådet er endvidere forpligtet til at yde visse forebyggende undersøgelser m.v. Ifølge § 61 yder regionsrådet vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet, og ifølge § 62 skal regionsrådet yde vederlagsfri vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til personer uanset sikringsgruppe hos en alment praktiserende læge efter personens eget valg. I henhold til § 63 skal regionsrådet tilbyde alle børn under

<sup>1</sup> LBK nr. 913 af 1. juli /2010

<sup>2</sup> De resterende ca. 1/2 pct. udgøres af institutionsanbragte, værnepligtige og personer med bopæl i udlandet.

Side 4

den undervisningspligtige alder syv vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser ved alment praktiserende læger, herunder tre undersøgelser i barnets første leveår.

Retten til almen lægehjælp for gruppe 1- og gruppe 2-sikrede er yderligere reguleret i *beke*  
*behandling hos læge i praksissektoren*<sup>3</sup>, men selve detailreguleringen fremgår af landsoverenskomsten om almen praksis. Det fremgår således af § 2 i bekendtgørelsen, at gruppe 1-sikrede personer har ret til vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge i overensstemmelse med de regler, der er fastsat i landsoverenskomsten om almen lægehjælp, og at disse personer i akutoptståede situationer m.v., kan søge lægehjælp hos enhver alment praktiserende læge, der har tilsluttet sig overenskomsten.

### 2.2 Overenskomstmæssige rammer

De nærmere vilkår for almen praksis fastlægges i Landsoverenskomsten om almen praksis, der indgås af

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Der findes i landsoverenskomsten specifikke regler om, at lægen kan henvise til speciallægeundersøgelse og – behandling (§ 42) og til behandling hos fysioterapeut (§ 44).

### 2.3 Gruppe 1 og gruppe 2

#### *Gruppe-1 sikrede*

Efter den nuværende ordning kræver vederlagsfri behandling for gruppe-1 sikrede personer hos praktiserende speciallæger - som alt overvejende hovedregel - en lægehenvielse fra patientens egen læge . Det indebærer, at den praktiserende læge afgør, om en patient har et medicinsk defineret behov for et videre forløb i det øvrige sundhedsvæsen. Lægen skal sikre, at henvisning sker på den rigtige indikation, på det rette tidspunkt til det rette niveau og den rette instans.

#### *Gruppe 2-sikrede*

Personer, der ikke ønsker at være underlagt kravet om lægehenvielse i forbindelse med behandling hos praktiserende speciallæge, kan undgå dette ved at vælge sikringsgruppe 2.

Personer, der har valgt sikringsgruppe 2, har således adgang til at søge behandling hos alment praktiserende læger og hos privatpraktiserende speciallæger uden henvisning fra en alment praktiserende læge. Behandlingen ydes i øvrigt på samme vilkår og med de samme begrænsninger som ved behandling af gruppe 1-sikrede personer.

Gruppe 2 sikrede har ret til delvis dækning af udgifter til behandling hos læge og hos speciallæge svarende til det beløb, som det offentlige betaler for en gruppe 1-sikrets behandling.

### 2.4 Roller og opgaver i almen praksis

Almen praksis' rolle og opgaver er nærmere beskrevet i et protokollat til overenskomsten Det fremgår bl.a. heraf, at den praktiserende læge som "frontlinielæge" er ansvarlig for alle sine tilmeldte patienter i en uselekeret patientpopulation og håndterer ethvert problem, patienten opfatter som et sundhedsproblem uanset personens alder, køn eller andre karakteristika.

<sup>3</sup> Bekendtgørelse nr. 1238 af 5. december 2006

<sup>4</sup> Overenskomst om almen praksis af 03-06-1991, senest ændret ved aftale af 21-12-2010 (med virkning fra 01-04-2011), indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation

<sup>5</sup> Vederlagsfri behandling hos privatpraktiserende øjen- og ørelæger for gruppe 1-sikrede kræver ikke lægehenvielse. For yderligere undtagelser til henvisningskravet se afsnit 3.1.

<sup>6</sup> Protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010

for, at patienten henvises til andre dele af det primære sundhedsvæsen eller til det sekundære sundheds-<sup>medicinsk behov</sup>svæsen.

Som *tovholder* skal almen praksis bidrage til overblik og kontinuitet i patientforløbet defineret ud fra patientens behov. Tovholderfunktionen betyder, at almen praksis med sit kendskab til patienten og historikken i patientens forskellige helbredsproblemer samler trådene og sikrer, at der er en logisk sammenhæng i de tilbudte undersøgelser og behandlinger, så behandlingen forbliver relevant i forhold til patientens helbredsproblem.

## 2.5 Almen praksis' arbejdsområde

I ovennævnte protokollat beskrives endvidere almen praksis' arbejdsopgaver. Almen praksis varetager en lang række almindelige behandlingsopgaver på en række områder, der falder inden for det almenmedicinske kompetenceområde. Det er opgaver, der endvidere ligger i naturlig forlængelse af almen praksis roller og funktioner. I protokollatet nævnes en række væsentlige opgaver, der er behov for, at almen praksis har fokus på i fremtiden, bl.a. behandling af *akutte sygdomstilfælde og mindre skader* af patienter med *kronisk sygdom*. Det anføres endvidere, at almen praksis beskæftiger sig med den *patientrettede forebyggelse* over for patienter med kroniske sygdomme eller patienter med risikofaktorer. Endeligt gøres der rede for, at almen praksis har en række opgaver relateret til samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen - herunder om særlige patientgrupper, bl.a. den socialmedicinske indsats i forhold til ressourcesvage patienter, misbrugere, børn/unge med særlige behov og ældre patienter.

## 2.6 Definition af "henvisning".

"Henvisninger" i almen praksis kan defineres som: "når den alment praktiserende læge anmoder en specialist eller anden sundhedsperson om at modtage patienten og levere <sup>en særlig</sup> specialiseret indsats i forbindelse med udredning, behandling, kontrol eller pleje, for hvilket denne er direkte ansvarlig over for patienten".

## 2.7 Henvisningsmønsteret i almen praksis

Som borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet varetager almen praksis som nævnt en funktion som gatekeeper til specialiseret behandling i sundhedsvæsenet. Den alment praktiserende læge vurderer, om patienter har et lægefagligt begrundet behov for videre udredning og behandling i det øvrige sundhedsvæsen.

En almen praktiserende læge har i gennemsnit kontakt med 40 patienter om dagen og henviser ca. de 4 af disse til det øvrige sundhedsvæsen. Opgjort i procent betyder det, at ca. 10 pct. af alle kontakter (konsultationer, besøg og telefonkonsultationer) fører til en henvisning til det øvrige sundhedsvæsen. I ca. 35 pct. af tilfældene henvises til sygehusvæsenet (ambulant eller indlæggelse), og i stort set lige så mange tilfælde henvises til speciallæge. Herudover er ca. 15 pct. af henvisningerne til røntgen i speciallægepraksis eller på sygehus, mens de resterende ca.

15 pct. går til fysioterapeut, fodterapeut, psykolog eller et kommunalt tilbud.

30 % af borgere tilmeldt gruppe 1 henvises til / henvender sig til praktiserende speciallæger i løbet af et år. For de specialer, som kræver en henvisning, henvises den største andel af de tilmeldte borgere til specialerne hudlæge (5,2 %), gynækologi/obstetrik (2,4 %), kirurgi (2,1 %), radiologi (1,5 %) og reumatologi (1,1 %).

<sup>7</sup> Oplysningerne, herunder de anførte talværdier, i dette afsnit bygger på publikationen: "Henvisningsmønsteret i almen praksis", Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.



Der er som ovenfor nævnt ikke krav om henvisning til praktiserende øjenlæger og øre-næse-hals læger. Ca. 16 % af de tilmeldte borgere påbegynder en behandling hos en øjenlæge og/eller en øre-næse-hals læge i løbet af et år, hvilket således er betydelig mere end til de andre specialer.

#### *Hyppigst henviste*

De 10 pct. hyppigst henviste står for 25 pct. af henvisningerne til speciallæger og 20 pct. af henvisningerne til sygehus. Disse hyppigst henviste til speciallæger får i gennemsnit knap 4 henvisninger på et år. Mens de, der henvises hyppigt til sygehuse, får i gennemsnit 3,3 henvisninger pr. år. Hyppigt henviste kan både være henvist flere gange i forbindelse med udredning og behandling for én sygdom, men kan også være henvist flere gange af helt forskellige og uafhængige årsager.

#### *Henvisningsmønster ift. sygdomsgrupper og formål*

En tredjedel af alle henvisninger vedrører muskelskeletsygdomme, som dermed er den sygdomskategori, der hyppigst foranlediger en henvisning. Derefter følger sygdomme relateret til mave-tarm, gynækologi og urinveje med 11 pct. og hudsygdomme med 10 pct. af henvisningerne. Kræft og hjerte- karsygdomme er årsagen til henvisning i henholdsvis 7,7 og 6,8 pct. af de tilfælde, hvor der henvises. Hovedformålet med godt halvdelen af alle henvisninger er udredning ved mistanke om sygdom, hvilket er relativt højt sammenlignet med udlandet. En tredjedel af henvisningerne foretages med henblik på behandling og kontrol af sygdommen. Genoptræning, rehabilitering og forebyggelse er formålet med i alt godt en tiendedel af alle henvisninger. Det skal bemærkes, at godt halvdelen af henvisningerne foretages i forbindelse med almen praksis' egen udredning af patienter.

#### *Udviklingen i henvisningsmønsteret over tid*

I perioden 2002 til 2006 er der sket et mindre fald på 2 pct. i det samlede antal henvisninger til speciallæger og sygehuse fra almen praksis. Der er samtidig sket en mindre forskydning i henvisningsmønsteret således, at en relativ nedgang i henvisninger til sygehus til dels opvejes af en stigning i henvisninger til speciallæge. Det vides dog ikke, hvorvidt der viderehenvises fra speciallæge til sygehus.

Fra 2002-2006 er det totale antal af henvisninger pr. 1.000 personer i praksispopulation til praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, fodterapeuter og psykologer steget 5 pct. Der ses særligt stigninger inden for specialerne kirurgi med en stigning på 32 pct. psykiatri og intern medicin med hver 15 pct. samt fysioterapi med en stigning på godt 10 pct.

I samme periode har der været et fald på 5,8 pct. i henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til ambulante sygehuskontakter og et fald på 11,1 pct. i henvisninger til sygehusindlæggelser fra den alment praktiserende læge.

#### *Variation i henvisningsmønsteret*

Der er variation i henvisningsmønsteret fra almen praksis i Danmark til sygehuse og speciallæger (inkl. fysioterapeut, psykolog, fodterapeut og radiologi på private klinikker). Registerstudier viser, at nogle praksis henviser 11 gange oftere end andre praksis til speciallæge. Således foretog nogle praksis omkring 3 henvisninger pr. 100 konfrontationer (konsultationer og hjemmebesøg) til speciallæge, mens andre foretog knapt 30 henvisninger. Det er imidlertid ganske få praksis, der henviser hhv. relativt mange og få patienter. De fleste praksis henviser til speciallæger i nogenlunde samme omfang som gennemsnittet på 14 henvisninger pr. 100 konfrontationer.

En del af denne variation kan umiddelbart forklares ved den forskellighed, der er i den regionale tilrettelæggelse/planlægning af radiologispecialet. Således foretages radiologiske undersøgelser i det tidligere H:S og Københavns samt Århus amter delvist hos privatpraktiserende radiologer (og tæller derfor med som henvisninger til speciallæger), mens de i resten af landet foretages på sygehusambulatorier. Hvis henvisninger til radiologi ikke medregnes, er variationsfaktoren for henvisninger til speciallæge således

Side 7

reduceret fra 11 til 4. Beregnes variationen for 90 pct. intervallet er variationen mellem praksis faktor 1,5, når

#### *Variation mellem kommunerne*

Opdelt på kommuner ses, at almen praksis i nogle kommuner henviser gennemsnitligt dobbelt så ofte til speciallæge som almen praksis i de kommuner, hvor der gennemsnitligt henvises færrest. Mens der i nogle kommuner blev foretaget ca. 10 henvisninger fra almen praksis til speciallæger pr. 100 konfrontationskontakter, blev der i andre kommuner gennemsnitligt foretaget ca. 20 henvisninger. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, reduceres variationsfaktoren til 1,4. De fleste ligger dog tæt på gennemsnittet på knap 14 henvisninger pr. 100 konfrontationer. Dette ses ved at standardafvigelsen er 1,5 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter. Ses på henvisninger til sygehusene henviser almen praksis i nogle kommuner gennemsnitligt 1,3 gange oftere end de kommuner, hvor almen praksis henviser færrest.

#### *Variation mellem regionerne*

Opdelt på regioner ses en lille variation i det gennemsnitlige antal henvisninger pr. lægekontakt, hvilket bl.a. skyldes, at der er tale om større enheder, hvor forskellen i lægernes henvisningsmønster til dels udglignes. Variationsfaktoren for henvisninger til speciallæge er ca. 1,3 og for henvisninger til sygehuse er den ca. 1,1. Der foretages gennemsnitligt 15,6 henvisninger til speciallæger pr. 100 konfrontationer i Region Hovedstaden. Det er mere end landsgennemsnittet og ca. 30 pct. flere, end der henvises i Region Nordjylland, som med 12,3 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter er den region, hvor der henvises færrest til speciallæger.

### **3. Henvisning til speciallægepraksis (fokus på dermatologi og gynækologi)**

#### **3.1 Vurdering af mulighederne for ændrede henvisningskrav til speciallægepraksis**

Der er lavet en del undersøgelser vedrørende henvisningsmønsteret, bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Henvisningsmønsteret i almen praksis, som også refereres ovenfor. Disse undersøgelser danner bl.a. baggrund for nedenstående beskrivelse af fordele ved at bevare hhv. afskaffe kravet om lægehenvi-  
sning til speciallægepraksis. Herudover fremgår det af figur 1, at kravet om henvisning fra alment praktiserende læge allerede i dag fraviges på flere områder i speciallægepraksis.

---

**Figur 1: Områder i speciallægepraksis, hvor der ikke er krav om henvisning fra egen læge**

## Generelt for specialet:

- **Øjenlægehjælp (oftalmologi).** Der kræves ikke henvisning fra alment praktiserende læge for behandling ved øjenlæge.
- **Ørelægehjælp (otologi).** Der kræves ikke henvisning fra alment praktiserende læge for behandling ved ørelæge.

## Specifikke ydelser:

- Dermato-venerologi. (1) Patienter, som er henvist til undersøgelse og behandling for kan, uden fornyet henvisning fra den alment praktiserende læge, indkaldes til nødvendig kontrol.
- (2) Diagnostik og behandling af **seksuelt overførbare sygdomme** kan gennemføres uden henvisning fra alment praktiserende læge.
- Gynækologi og obstetrik. For **dysplasiudredning og -behandling** samt af **kroniske lidelser** samt ydelsen **skift af ringpessar** kan indkaldes til nødvendig behandling uden fornyet henvisning fra den alment praktiserende læge. kontrol uden

Kilde: Overenskomst om speciallægehjælp.

Side 8

### 3.1.2 Fordele ved at bevare kravet om lægehenvi sning til speciallægepraksis

#### Faglig vurdering (gatekeeper)

- Symptomer kan skyldes tilstande i forskellige organsystemer, hvorfor en faglig vurdering er væsentlig i forhold til at sikre, at patienten kommer det rigtige sted hen (f.eks. skyldes mange hudslæt infektionssygdomme, fysiske symptomer som mavesmerter m.v. kan være udtryk for fx en angst- eller depressionslidelse).
- Ved alvorlige symptomer kan den praktiserende læge sikre, at patienten bliver tilset hurtigt af en speciallæge.
- Patienten kan blive informeret om baggrunden for henvisningen, og planen for, hvad der videre skal ske.
- Mange problemstillinger forsvinder uden behandling, hvilket de praktiserende læger har med i deres overvejelser af, om der er behov for en henvisning med det samme eller om man kan "se tiden an". Hermed vil "unødvendige" henvisninger blive undgået.
- De praktiserende læger vurderer symptomerne ud fra hyppigheden af sygdommene i befolkningen, mens de privat-praktiserende speciallæger vurderer hyppigheden af sygdomme i en selekteret gruppe. Uvisiteret adgang til de privatpraktiserende speciallæger kan derfor betyde, at patienterne vil blive udredt for alvorlige lidelser uden grund.
- De praktiserende læger vurderer, at indikationen for deres henvisning til speciallæger er tvivlsom i ca. 5 % af tilfældene. Man må formode, at der vil være flere "tvivlsomme" henvendelser, hvis lægehenvi sningen bortfalder.

Helhedsplan (trykholder)

- Kendskabet til den enkelte patient har betydning for vurderingen af patientens symptomer – og dermed behovet for henvisning.
- Den praktiserende læge har overblik over patientens forløb, herunder evt. henvisninger til flere speciallæger samtidig. Lægen varetager desuden en række opgaver i forhold til særlige patientgrupper, bl.a. den socialmedicinske indsats i forhold til ressourcetsvage patienter, misbrugere, børn/unge med særlige behov og ældre patienter.
- Den praktiserende læge kan være med til at undgå, at nogle patienter ser utallige læger for samme problemstilling (også kaldet ”doctor-shopping”).

#### *Ventetid*

- Ventetiden til praktiserende speciallæger er ofte lang, og specielt øjenlæger (som ikke kræver lægehenvi-  
sning) er kendt for at have lang ventetid. Ventetiden hos de praktiserende speciallæger må forventes at stige, hvis henvisningen forsvinder.

#### *Økonomi*

- Hvis patienten søger speciallæge for en problemstilling, som kunne være klaret af den alment praktiserende læge, er udgiften højere. Henvisningskravet er således et vigtigt element til at sikre den bedste ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet i forhold til hvor patienterne behandles/på hvilket specialiseringsniveau. Det er således centralt for den bedst mulige ressourceanvendelse, at patienter behandles på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (det såkaldte LEON-princip).
- Da sundhedsydelserne hos speciallægerne er gratis for patienterne, vil fjernelse af henvisningskravet med stor sandsynlighed øge efterspørgslen, idet der ikke findes en ”pris” til at regulere denne, som på et almindeligt marked (”gratis” er i princippet lig med uendelig efterspørgsel).
- Undersøgelser tyder desuden på, at der er en økonomisk gevinst ved at bevare lægehenvi-  
sning til speciallæge, hvilket også er vurderingen i en dansk analyse, hvor det vurderes, at den frie adgang til øre-næse-hals læger og øjenlæger måske får brugen af disse til at stige.

Side 9

#### *Patientgruppens sammensætning*

- Nogle patienter søger læge hurtigere end andre. Denne viden er vigtigt for vurderingen af behovet for henvisning. Dette er med til at sikre en effektiv ressourceudnyttelse.

### **3.1.3 Fordele ved at fjerne kravet om lægehenvi- sning til speciallægepraksis**

#### *Faglig vurdering*

- De praktiserende speciallæger har en større viden om sygdomme indenfor deres speciale, hvorved patienten får mulighed for en hurtig diagnose og behandling.

Udvalgte

- Patienterne undgår både at skulle vente på en konsultation hos den praktiserende læge og hos speciallægen.

#### *Økonomi*

- I det omfang patienten opsøger en speciallæge direkte spares det offentlige udgift til egen læges honorar.

#### *Second Opinion*

- Patienterne kan få en "second opinion", idet de kan vælge at gå til flere forskellige behandlere for samme problemstilling.

### **3.2 Gynækologi og obstetrik**

Specialet gynækologi og obstetrik er beskrevet i Sundhedsstyrelsens specialevejledning for gynækologi og obstetrik, 2010.

Det fremgår heraf, at gynækologi omfatter forebyggelse, diagnostik og behandling af sygdomme og symptomer i de kvindelige kønsorganer, behandling af kvinder med kønshormonrelaterede sygdomme, diagnostik og behandling af infertilitet, svangerskabsforebyggelse, problemer i den tidlige graviditet og svangerskabsafbrydelse. Gynækologi omfatter endvidere diagnostik og behandling af kvinder med sygdomme, der skyldes forandringer i bækkenbund og nedre urinveje.

Obstetrik omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, diagnostik og behandling under svangerskab, fødsel og barselsperiode. Desuden varetager specialet den prænatale genetiske rådgivning og de prænatale diagnostiske prøveudtagninger i et nært samarbejde med de genetiske centre.

*Almen praksis* varetager diagnostik og eventuelt behandling af gynækologisk obstetriske patienter samt henvisning af gynækologisk obstetriske patienter til behandling i speciallægepraksis eller på sygehus. Desuden varetager almen praksis opfølgning og kontrol af gynækologisk obstetriske patienter efter behandling på sygehus. Svangerskabsforebyggelse, svangreomsorg og gynækologiske problemstillinger udgør således en del af aktiviteten hos almen praktiserende læger.

Der fandtes i 2009 70 fuldtidspraksis og 2 delepraksis indenfor specialet. Hovedparten af disse speciallægepraksis findes i de større byområder, heraf 56 pct. i Region Hovedstaden. Denne uensartede koncentration af praktiserende speciallæger i Danmark har medført, at det ikke nødvendigvis er de samme opgaver, der varetages i hhv. speciallægepraksis og sygehuse i de forskellige dele af landet.

---

<sup>8</sup> Omkostnings- og indtjeningsundersøgelse i speciallægepraksis 2008, Foreningen af speciallæger (FAS), 2008.

funktionen i de øvrige dele af landet hovedsageligt udføres på sygehus.

### 3.3 Aktivitet hos praktiserende speciallæger i gynækologi

Antallet af konsultationer i gynækologisk speciallægepraksis fremgår af nedenstående tabel. Det fremgår således, at kvinder har godt 150.000 førstegangskonsultationer pr. år hos praktiserende speciallæger i gynækologi. Dertil kommer ca. 1.000 førstegangskonsultationer blandt mænd, formentlig i forbindelse med fertilitetsbehandling.

Borgere, der vælger at være tilmeldt gruppe 2, kan frit vælge at gå til en praktiserende speciallæge uden forudgående henvisning fra en alment praktiserende læge. Nogle har formentlig valgt gruppe 2 specifikt for at kunne gå direkte til en praktiserende speciallæge i gynækolog.

**Tabel 1: Konsultationer i gynækologisk speciallægepraksis fordelt på kvinder i Gruppe 1 og 2, 2008-2009**

	Gruppe 1 2.769.220 kvinder <sup>9</sup>		Gruppe 2 16.472 kvinder	
	Samlet antal konsultationer kvinder	Pr 1.000	Samlet antal konsultationer kvinder	Pr. 1.000
1. konsultation (0110), kun kvinder	147.938	53	3.410	207
Senere konsultation (0120), kun kvinder	95.198	34	1.264	77

Kilde: Sygesikringsregisteret, gennemsnitstal for 2008 og 2009.

Som det fremgår af ovenstående tabel, har gruppe 2 patienter forholdsmeæssigt betydelig flere kontakter til speciallægerne i gynækologi end gruppe 1 patienter har. Der er få patienter i gruppe 2, og Sundhedsstyrelsen kender ikke forskellene på denne gruppe og gruppe 1, men grupperne kan have forskellige profiler, helbredsmæssigt og socioøkonomisk. Sundhedsstyrelsen vil dog ud fra ovenstående forvente, at tendensen vil være, at borgernes adfærd vil udvikle sig mod gruppe 2 patienternes adfærd, hvis henvisningskravet bortfalder. Dvs., at der kommer flere henvendelser til speciallægerne end som situationen er i dag.

### 3.4 Ydelser, der foretages både i almen praksis og speciallægepraksis

En række ydelser kan foretages både i almen praksis og i gynækologisk speciallægepraksis. Udtagning af prøve fra livmodermunden (betegnet som "smear" i gynækologisk speciallægepraksis) er en sådan ydelse, som alle alment praktiserende læger kan udføre, men som også foretages i gynækologisk speciallægepraksis.

Blandt gruppe 1 patienter foretager gynækologisk speciallægepraksis ca. 18 % af de celleprøver, som foretages i praksissektoren, mens det blandt gruppe 2 patienterne er 76 %, jf. nedenstående tabel.

<sup>9</sup> Pr. 1. oktober 2009 på baggrund af tal fra Danske Regioner om samlet antal borgere i hhv. gruppe 1 og 2. For begge grupper er andelen af kvinder sat til 50,4 %.

**Tabel 2: Udtagning af celleprøve (smear) i almen praksis og gynækologisk speciallægepraksis, 2008-2009**

	Gruppe 1	Gruppe 2
Almen praksis	251.565	560
Gynækologer	55.309	1.773
Andel udført hos gynækolog	18 %	76 %

Kilde: Som tabel 1.

Hvis kravet om henvisning bortfalder, kan man forestille sig, at gruppe 1 patienterne ændrer deres adfærd i retning af gruppe 2 patienterne. Det vil betyde, at et større antal patienter vil henvende sig til en praktiserende gynækolog, når de skal have udført en celleprøve, selvom den kunne varetages af den alment praktiserende læge. Det vil betyde øgede udgifter til den enkelte prøve (da undersøgelsen er ca. 30 pct. dyrere hos speciallægen), dvs. ringere ressourceanvendelse, og behov for flere speciallæger.

Svangerskabsforebyggelse er også et område, som foregår både i almen praksis og i speciallægepraksis, men her er der i vid udstrækning tale om komplementære opgaver i almen praksis og speciallægepraksis, hvorfor disse næppe vil blive påvirket af ændring i henvisningskravet.

Svangerskabsafbrydelse sker i et samarbejde, hvor det er den praktiserende læge som rådgiver og henviser forud for indgrebet og varetager opfølgningen bagefter, mens selve indgrebet foregår enten på sygehus eller i speciallægepraksis. Denne arbejdsdeling findes hensigtsmæssig, da denne gruppe patienter ofte har behov for anden opfølgning end den rent specialiserede medicinske behandling, som foregår i speciallægepraksis eller på sygehus.

### 3.5 Dermato-venerologi

Specialet dermato-venerologi er beskrevet i Sundhedsstyrelsens specialevejledning for dermato-venerologi, 2010.

Specialet omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, symptomlindring og rehabilitering af patienter med sygdomme, skader og medfødte misdannelser i huden samt med seksuelt overførte sygdomme.

*Almen praksis* varetager diagnostik og eventuelt behandling af dermato-venerologiske patienter samt henvisning af dermato-venerologiske patienter til behandling i speciallægepraksis eller på sygehus. Der foretages behandling af ukomplicerede tilfælde, fx sår, hudinfektioner, medikamentelle eksantemer, psoriasis, benigne hudtumorer, kondylomer, chlamydiainfektioner og verrucae vulgaris (vorter). Desuden varetager almen praksis forebyggelse, fx med HPV-vaccine, samt opfølgning og kontrol af dermato-venerologiske patienter efter behandling i speciallægepraksis og på sygehus.

*Dermato-venerologisk speciallægepraksis* diagnosticerer og behandler patienter inden for alle grupper i specialet og varetager størsteparten af hovedfunktionerne inden for dermato-venerologi. Der er 104 praktiserende speciallæger i dermato-venerologi. Fordelingen af speciallægerne er geografisk meget varierende. Desuden varierer opgaverne i speciallægepraksis betydeligt. Speciallægepraksis modtager patienter henvist fra almen praksis eller fra lokale sygehusafdelinger.

Patienter med seksuelt overførte sygdomme kan henvende sig i speciallægepraksis uden henvisning. Visitation til sygehus med dermato-venerologisk funktion afgøres først og fremmest af sygdommens sværhedsgrad, behandlingsresistens og sjældenhed, men også behovet for kompleks diagnostik og behandling er afgørende. Langt de fleste patienter, som henvises til dermatologisk speciallægepraksis, udredes og færdigbehandles i speciallægepraksis.

Side 12

### 3.6 Aktivitet hos praktiserende speciallæger i dermato-venerologi

Antallet af konsultationer i dermato-venerologisk speciallægepraksis fremgår af nedenstående tabeller. Ydelserne er opgjort på fire hovedområder: 1) diagnostik og behandling af hudsygdomme, 2) allergiudredning, 3) eksemudredning og 4) diagnostik og behandling af seksuelt overførbare sygdomme. Det fremgår, at der er over 300.000 førstegangskonsultationer pr. år hos praktiserende speciallæger i dermato-venerologi.

**Tabel 3: Konsultationer i dermatologisk speciallægepraksis på hovedområder fordelt på Gruppe 1 og 2, 2008-2009**

Diagnostik og behandling af hudsygdomme	Gruppe 1 5.494.486 personer <sup>10</sup>		Gruppe 2 32.683 personer	
	Samlet antal konsultationer borgere	Pr. 1.000 borgere	Samlet antal konsultationer	Pr. 1.000 borgere
1. konsultation (0110)	294.190	54	4763	146
Anden + senere konsultation (0120+0130)	693.123	126	7115	218

Allergiudredning	Gruppe 1 5.494.486 personer		Gruppe 2 32.683 personer	
	Samlet antal konsultationer borgere	Pr. 1.000 borgere	Samlet antal konsultationer	Pr. 1.000 borgere
1. konsultation (0210)	10.734	2	80	2,4
Senere konsultation (0220+0230)	28.425	5,2	155	4,7

Eksemudredning	Gruppe 1 5.494.486 personer		Gruppe 2 32.683 personer	
	Samlet antal konsultationer borgere	Pr. 1.000 borgere	Samlet antal konsultationer	Pr. 1.000 borgere
1. konsultation (0240)	16.281	3	72	2,2
Senere konsultation (0250+0260)	40.055	7,3	190	5,8

Behandling af seksuelt overførbare sygdomme	Gruppe 1 5.494.486 personer		Gruppe 2 32.683 personer	
	Samlet antal	Pr. 1.000	Samlet antal	Pr. 1.000



	konsultationer borgere		konsultationer borgere	
1. konsultation (6110)	363	0,07	3	0,09
Senere konsultation (6120+6130)	628	0,11	6	0,17

Kilde: Som tabel 1.

Gruppe 2 patienter har – jf. Tabel 3 – betydelig flere kontakter til speciallægerne i dermato-venerologi end gruppe 1 patienter, når det handler om diagnostik og behandling af hudsygdomme. Ved allergi- og eksemudredning, samt og behandling af seksuelt overførbare sygdomme er tallene nogenlunde ens.

### 3.7 Samlet vurdering af mulighederne for eventuel fjernelse af henvisningskravet til praktiserende speciallæger i gynækologi/obstetrik og dermato-venerologi

Sundhedsstyrelsen vurderer, at en ophævelse af henvisningskravet vil kunne medføre et behov for et øget antal ydelser hos de praktiserende speciallæger. Dette vil resultere i en øget ventetid eller et behov for oprettelse af flere ydernetre, som der vil skulle tages højde for. Denne vurdering bygger dels på ydelsesmønstret hos patienter, der er sikrede i gruppe 2, og dels det høje antal ydelser hos de speciallæger, hvor der allerede er fri adgang, dvs. speciallæger i øjenssygdomme og øre-næse-hals sygdomme.

<sup>10</sup> Pr. 1. oktober 2009, tal fra Danske Regioner

Patienter med seksuelt overførte sygdomme kan allerede henvende sig i speciallægepraksis uden henvisning. Sundhedsstyrelsen finder det hensigtsmæssigt, at dette fortsætter. Sundhedsstyrelsen kan ikke pege på eventuelle andre områder, hvor henvisningskravet til praktiserende speciallæger i hhv. gynækologi/obstetrik og dermato-venerologi hensigtsmæssigt kan fjernes.

Hvis patienten søger speciallæge for en problemstilling, som kunne være klaret af den alment praktiserende læge, er udgiften. Henvisningskravet er således et vigtigt element til at sikre den bedste ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet ift. hvor patienterne behandles/på hvilket specialiseringsniveau. Det er således centralt for den bedst mulige ressourceanvendelse, at patienter behandles på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (det såkaldte LEON-princip).

Selvom de praktiserende speciallæger må antages at have en større viden om sygdomme indenfor deres speciale, og patienten dermed får mulighed for en hurtig diagnose og behandling, forudsætter det dog, at borgeren har henvendt sig til en læge inden for det rigtige speciale. Hvis ikke dette er tilfældet, er der risiko for at borgeren skal henvende sig til forskellige sundhedspersoner, før den rigtige findes (dette er en af styrkerne ved at have almen praksis som den lægefaglige vurdering af hvorhen i sundhedsvæsenet borgerne skal).

I det omfang patienten opsøger en speciallæge direkte, spares det offentlige udgift til egen læges honorar, men det må forventes, at en henvisning ofte er forudgået af en lægelig vurdering. Endvidere vurderes det ikke sandsynligt, at alle lægekonsultationer, der har resulteret i en henvisning, kan forventes at bort-

speciallæge (limitering). Patienter behøver derfor ikke at henvende sig til den alment praktiserende læge hver eneste gang de har behov for behandling hos en speciallæge.

#### **4. Henvisning til fysioterapi**

En patient kan i medfør af sundhedsloven få:

Tilskud til fysioterapi, jf. § 67

Vederlagsfri fysioterapi, jf. § 140a.

Begge former for fysioterapi kræver en lægehenvi­sing. Henvi­sningskravet omfatter både gruppe 1- og gruppe 2-sikrede.

Tilskuddet til fysioterapi ydes med samme beløb til gruppe 1-sikrede og gruppe 2-sikrede. Vederlagsfri fysioterapi ydes med samme ydelser til gruppe 1-sikrede og gruppe 2-sikrede.

Tilskud til fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi gives også i begrænset omfang i form af ridefysioterapi.

##### **4.1 Fysioterapi med tilskud**

Det er regionen, som yder et tilskud til fysioterapi i praksissektoren. Tilskuddet udgør 39,3 pct. af behandlingsudgiften.

Gruppe 1 sikrede kan vælge blandt de fysioterapeuter, der har tilsluttet sig overenskomsten. Gruppe 2 sikrede kan herudover vælge blandt fysioterapeuter, der ikke har tilsluttet sig overenskomsten.

##### **4.2 Vederlagsfri fysioterapi**

Det er kommunen, som yder vederlagsfri fysioterapi. Den vederlagsfri fysioterapi kan ydes i praksissekto­ren, men en kommune kan også tilbyde vederlagsfri fysioterapi ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler med andre kommuner eller private.

Side 14

Personer, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi, kan frit vælge mellem at modtage vederlagsfri fysio­terapi hos en praktiserende fysioterapeut eller i et kommunalt tilbud. Det er også muligt at vælge tilbud om vederlagsfri fysioterapi ved andre kommuners institutioner.

Gruppe 1 sikrede kan vælge blandt de fysioterapeuter, der har tilsluttet sig overenskomsten. Gruppe 2 sikrede kan herudover vælge blandt fysioterapeuter, der ikke har tilsluttet sig overenskomsten.

Vederlagsfri fysioterapi er rettet mod funktionsnedsættelser relateret til en nærmere afgrænset gruppe af diagnoser. Målgruppen er:

Patienter med svært fysisk handicap

Den nærmere afgrænsning af målgruppen er fastlagt i Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi.

For patienter med funktionsnedsættelser skal diagnosen være stillet af sygehusafdeling eller en speciallæge i neurologi, reumatologi eller andet relevant speciale.

#### **4.3 Vurdering af mulighederne for ændrede henvisningskrav til fysioterapi**

Nedenfor beskrives fordele ved henholdsvis at fastholde og afskaffe kravet om lægehenvi-  
sing til fysio-  
terapi.

##### **4.3.1 Fordele ved at fastholde krav om lægehenvi- sing til fysio- terapi:**

###### *Faglig vurdering og patientforløb*

- Den praktiserende læges kendskab til den enkelte patient og dennes samlede sygdomsbillede har betydning for vurderingen af patientens symptomer og dermed vurderingen af behovet for henvisning til relevant udredning og behandling.
- Den praktiserende læge fungerer som ”tovholder”, idet lægen har overblik over patientens forløb, herunder øvrige henvisninger til udredning og behandling i sundhedsvæsenet.
- Symptomer i bevægeapparatet kan skyldes alvorlige tilstande. Den praktiserende læge kan i tvivlstilfælde sikre direkte henvisning til udredning på speciallægeniveau.
- Lægen kan tage stilling til det samlede udrednings- og behandlingsbehov, herunder behovet for medicinsk behandling, fx i forbindelse med akutte lænderygsmærter
- Mange smertetilstande, herunder akutte lænderygsmærter, bedres spontant uden behandling, hvilket de praktiserende læger skal have med i deres overvejelser af, om der er behov for en henvisning med det samme, eller om man kan se tiden an. Dermed reduceres risikoen for overbehandling.
- Den praktiserende læge har – typisk - til forskel fra patienten viden om de forskellige tilbud hos praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer, i kommunalt regi og i sygehusregi (fysiurgi), og kan dermed sikre, at der henvises på relevant indikation til relevant tilbud, frem for, at patienten ”forsøger sig frem”.
- Patienten kan blive informeret om baggrunden for en henvisning og planen for, hvad der videre skal ske.
- Den praktiserende læge kan være med til at undgå, at nogle patienter opsøger utallige læger eller fysioterapeuter for samme problemstilling (”doctorshopping”).
- Hvad angår vederlagsfri fysioterapi, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at det kræver en lægefaglig vurdering, om en patient opfylder kriterierne for at modtage vederlagsfri fysioterapi.

*Ventetid*

- I tilfælde, hvor patientens sygdom efterfølgende lægefagligt viser sig at skulle udredes på specialistniveau, undgås et forsinket udredningsforløb, hvor patienten først og unødvendigt har været hos praktiserende fysioterapeut.
- Henvisningskravet sikrer, at efterspørgslen efter fysioterapi ikke øges på forkerte indikationer, hvilket medvirker til at ventetiderne til fysioterapi ikke forøges unødigt.

*Økonomi*

- Der vil som følge af en mere begrænset patienttilgang også være mindre pres på kapaciteten og dermed mindre pres for at øge antallet af ydernumre.
- Dermed sikrer henvisningskravet bedre mulighed for overholdelse af en økonomisk ramme for fysioterapi sammenlignet med en situation uden henvisningskrav, som må forventes at medføre øgede udgifter som følge af større efterspørgsel og patienttilgang og overbehandling.
- Patienter med private forsikringsordninger, der dækker selvbetalingsandelen, og hvor en henvisning er påkrævet, vil formentlig i større omfang søge fysioterapi, hvis henvisningskravet bortfalder. Disse patienter har mindre tilskyndelse til at begrænse forbruget af fysioterapiydelser, da forsikringen dækker egenbetalingen, og en øget efterspørgsel vil dermed medføre øgede offentlige udgifter til fysioterapi.
- Hvad angår vederlagsfri fysioterapi har patienter i denne ordning ingen økonomisk tilskyndelse til at fravælge eller ophøre med fysioterapeutisk behandling. Fysioterapeuter har desuden et incitament til at imødekomme patienternes efterspørgsel. Det vurderes, at væsentligt flere patienter vil blive omfattet af den vederlagsfri ordning, hvis der ikke er et krav om henvisning. Henvisningskravet er derfor ud fra et økonomisk hensyn derfor særligt væsentlig for denne gruppe.

**4.3.2 Fordele ved at afskaffe kravet om henvisning til fysioterapi***Faglig vurdering og patientforløb*

- For patienter, hvor fysioterapi er den rette behandling, vil der spares et besøg hos egen læge og dermed muligvis blive et kortere sygdomsforløb.<sup>11</sup>

*Økonomi*

- I de tilfælde, hvor fysioterapi er den rette behandling, spares konsultationshonoraret til egen læge ved direkte adgang. Der kan spares honorar til den praktiserende læge i tilfælde, hvor konsultationen udelukkende omhandler en henvisning.
- Direkte adgang til fysioterapi og et evt. hurtigere udrednings- og behandlingsforløb kan betyde sparede udgifter til fysioterapeutiske behandlinger, diagnostiske undersøgelser, medicin samt udgifter til sygefravær.<sup>12</sup>

**4.4 Erfaringer med direkte adgang til fysioterapi i andre lande**

Danske Fysioterapeuter har i notat af 11. maj 2010 beskrevet undersøgelser af erfaringer med direkte adgang til fysioterapi i Storbritannien, Holland og Norge.

Sundhedsstyrelsen har vurderet notatet og har i den forbindelse foretaget en systematisk litteratursøgning vedrørende undersøgelser af selvhenvisning i Norge, Sverige, Holland og Storbritannien. Disse lande blev valgt, da deres sundhedsvæsen har mange ligheder med det danske. Litteratursøgningen omfatter offentliggjorte artikler fra 2005 til 2010.

<sup>11</sup> Danske Fysioterapeuter finder, at nogle patienter vil få en kortere sygdomsperiode, som følge af, at de ikke gennemgår overflødige udredninger eller perioder, hvor man ser tiden an. Der er imidlertid ikke evidens for, at de udredninger, som fører til henvisning til fysioterapi, er overflødige, idet konsultationen også kan have andre formål som f.eks. at udelukke sygdomme, som kræver andre former for behandling end fysioterapi mv.

<sup>12</sup> Evidensen herfor er ifølge Sundhedsstyrelsen dog usikker, jf. nærmere herom i afsnit 4.4

Notatet fra Danske Fysioterapeuter er baseret på 12 kilder, hvoraf de 3 er videnskabelige artikler, dvs. beskrivelser af systematiske undersøgelser, som er offentliggjort i "peer-reviewed" tidsskrifter. Sundhedsstyrelsen har herudover fundet 5 videnskabelige artikler vedrørende selvhenvielse til fysioterapi.

Danske Fysioterapeuter konkluderer, at erfaringerne viser, at direkte adgang til fysioterapi medfører kortere sygeforløb for patienter og reducerede udgifter til sundhedsvæsenet og samfundet generelt som følge af:

- Færre kontakter hos fysioterapeut pr. patient.
- Færre diagnostiske undersøgelser og medicinordinationer
- Hurtigere påbegyndelse af fysioterapeutisk behandling
- Hurtigere tilbagevenden til arbejde

De 5 øvrige artikler, som Sundhedsstyrelsen har fundet, modsiger ikke konklusionen fra Danske Fysioterapeuter, men det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at ingen af de kilder, som Danske Fysioterapeuter eller Sundhedsstyrelsen har fundet, giver et tilstrækkeligt grundlag for at konkludere, at direkte adgang til fysioterapi vil medføre reducerede udgifter som følge af færre sygedage mv. De undersøgelser, som artiklerne er baseret på, er ikke kontrollerede forsøg, og det er ikke muligt at afgøre, om de sammenlignede grupper af patienter er ens.

Sundhedsstyrelsen peger på, at der i undersøgelserne ikke er taget stilling til relevansen af henvendelserne til fysioterapi. Det må antages, at generne hos nogle af patienterne ville være forsvundet uden behandling. I en af undersøgelser, som Danske Fysioterapeuter refererer til, modtager 10 pct. af patienterne kun den indledende undersøgelse hos fysioterapeuten. Denne gruppe patienter kan være blevet rådet til at gå til egen læge eller have afsluttet forløbet, da generne er forsvundet. Det må formodes, at en del patienter, som selvhenvielse sig til fysioterapi, ville være blevet raske af sig selv.

Årsagen til at selvhenviste patienter har færre fysioterapeutiske kontakter, får færre diagnostiske undersøgelser og mindre medicin samt kommer hurtigere tilbage på arbejde end lægehenviste patienter, kan således være, at flere i førstnævnte gruppe er mindre syge eller generelt er mere ressourcestærke.

Danske Fysioterapeuter peger på, at der ifølge analyserne fra England, Skotland og Norge ikke har været et øget antal patienter, når der foretages en sammenligning af en periode før og efter indførelsen af direkte adgang til fysioterapi. Det er dog samtidig Danske Fysioterapeuters vurdering, at kapaciteten generelt var udnyttet i de pågældende lande, hvilket er baggrunden for, at der generelt ikke har været en øget patienttilgang.

#### **4.5 Samlet vurdering vedrørende henvisningskravet til fysioterapi**

Den praktiserende læges kendskab til den enkelte patient og lægens funktion som tovholder giver et godt grundlag for at vurdere, om en patient bør henvises til fysioterapi eller anden form for udredning eller behandling.

Det vurderes, at konsekvensen af ophævelse af henvisningskravet bl.a. vil være, at nogle patienter over-

behandles eller forsinkes i et udrednings- og behandlingsforløb, der ikke skulle være begyndt hos en fysioterapeut.

Til trods for eventuelle besparelser som følge af bl.a. sparede lægehonorarer, idet færre patienter ser den praktiserende læge forud for fysioterapeutisk behandling, vurderes der at være en væsentlig risiko for en forøgelse af de samlede offentlige udgifter som følge af bl.a. en øget tilgang af patienter og overbehandling i privat fysioterapipraksis.

Side 17

## 5. Udgifter til speciallæger og fysioterapi

### 5.1 Kontakter

Antallet af kontakter til almindelig fysioterapi (speciale nr. 51) og til vederlagsfri fysioterapi er i perioden 2002-2009 steget fra hhv. 2,8 mio. og 1,9 mio. til 3,3 mio. og 2,4 mio., svarende til stigninger på hhv. 21 og 27 pct., jf. figur 2.a.

I perioden 1999 til 2009 er antallet af kontakter til speciallæger steget fra 4,6 mio. til 5,0 mio., svarende til en stigning på 10 pct. I samme periode er antallet af kontakter til Dermato-Venerologi (hudlæger) steget fra 1.137.995 til 1.182.672, svarende til en stigning på 4 pct., mens antallet af kontakter til Gynækologi/Obstetrik er steget fra 321.831 til 454.523, svarende til en stigning på 41 pct., jf. figur 2.b.

<b>Figur 2.a Antal kontakter til fysioterapi i perioden 2002-2009</b>	<b>Figur 2.b Antal kontakter for alle speciallæger Dermato-Venerologi samt Gynækologi/Obstetrik 1999-2009</b>
<p>Kilde: Sygesikringsregisteret Anm.: Som følge af skift i registreringspraksis kan kontakter til fysioterapi først opgøres fra 2002</p>	<p>Kilde: Sygesikringsregisteret Anm.: Alle specialer: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 35, 19, 39, 15, 16,</p>



21, 47, 18, 20,

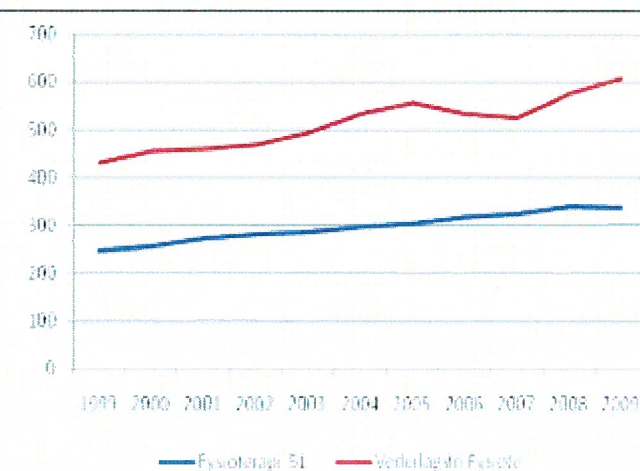
## 5.2 Udgifter

Fra 1999 til 2009 er udgifterne til almindelig fysioterapi (speciale nr. 51) og til vederlagsfri fysioterapi steget fra hhv. 248 og 431 mio.kr. til 339 og 607 mio.kr., svarende til stigninger på 37 og 41 pct.,

I samme periode er udgifter til speciallæger steget fra 2.085 mio.kr. til 2.891 mio.kr., svarende til en stigning på 39 pct. Fsva. Dermato-Venerologi (hudlæger) er udgifterne steget fra 304 mio.kr. til 354 mio.kr., svarende til en stigning på 16 pct., mens udgifterne til Gynækologi/Obstetrik er steget fra 160 mio.kr. til 259 mio.kr., svarende til en stigning på 62 pct., *jf. figur 3.b.*

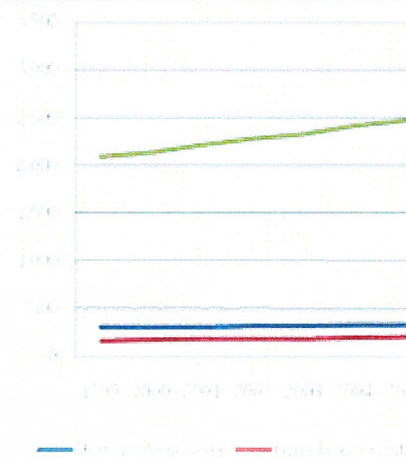
Side 18

**Figur 3.a Udgifter til fysioterapi 1999-2009 (2009-pl) (mio.kr.)**



Kilde: Sygesikringsregistret

**Figur 3.b Udgifter til alle speciallæger, Dermato-Venerologi samt Gynækologi/Obstetrik (2009-2009) (mio.kr.)**



Kilde: Sygesikringsregistret

Anm.: Alle specialer: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11,

### 5.3. Illustration af potentielle merudgifter ved fri adgang til fysioterapi og speciallæger, herunder dermato-venerologi samt gynækologi/obstetrik

Det vurderes sandsynligt, at forbruget af ydelser hos fysioterapeuter og speciallæger, herunder hudlæger og gynækologer vil stige, såfremt kravet om henvisning fra praktiserende læge fjernes, jf. afsnit 2-4. Dels er adgangen lettere, når patienter kan gå direkte og ikke skal bruge tid på at kontakte en læge først. Dels vil nogle patienter gå til fysioterapeut eller speciallæge i de tilfælde, hvor et henvisningskrav ellers ville have medført, at lægen ville henvide til anden udredning/behandling eller anbefale at "se tiden an". Det bemærkes i den forbindelse, at der er et væsentligt større antal henvendelser til de speciallæger, hvor der i dag er fri adgang (øjnelæger og øre-næse-halslæger), jf. notatets afsnit 2.7.

Tabel 6 illustrerer de potentielle merudgifter ved en 10, 20 eller 30 pct. stigning i udgifterne til fysioterapeuter og speciallæger.

En stigning i udgifterne til almindelig fysioterapi (speciale nr. 51) på 10-30 pct. vil indebære potentielle merudgifter i størrelsesordenen 33 til 100 mio.kr., mens en stigning i udgifterne til speciallæger på 10-30 pct. vil medføre merudgifter i størrelsesordenen 285 til 857 mio.kr.

Ses der alene på merudgifter til hudlæger og gynækologer, vil en stigning i udgifterne på 10-30 pct. hertil indebære potentielle merudgifter i størrelsesordenen 35 til 105 mio.kr. for hudlæger og 26 til 77 mio.kr. for gynækologer, jf. tabel 6.

**Tabel 6. Potentielle merudgifter ved fri adgang til speciallæger og fysioterapi (mio.kr.)**

	Alm. fysioterapi (speciale nr. 51)	Hudlæge	Gynækolog	All spe
Nuværende udgiftsniveau (2009)	334,1	348,8	255,7	
10 pct. stigning	33,4	34,9	25,6	
20 pct. stigning	66,8	69,8	51,1	
30 pct. stigning	100,2	104,6	76,7	

Side 19

Kilde: Sygesikringsregistret

Anm.: Der er taget udgangspunkt i nuværende udgifter til sikrede i sygesikringsgruppe 1.

Der må tages forbehold for, at aktivitetsstigningen hos speciallæger og fysioterapeuter formentlig i et vist omfang vil begrænses af kapacitetsproblemer.

### 5.4 Konsekvenser for aktiviteten i almen praksis ved fri adgang til fysioterapi og speciallæger

Der må ved vurdering af de potentielle merudgifter ved direkte adgang til fysioterapeuter og speciallæger tages højde for at en sådan adgang vil bidrage til lavere aktivitet i almen praksis idet patienter i mindre



omfang vil opsøge en alment praktiserende læge med henblik på en henvisning til fysioterapeuter og speciallæger.

Det fremgår af rapporten "Henvisningsmønstret i almen praksis – Delanalyse 2. En registerundersøgelse", at hver 1.000 konfrontationskontakter i almen praksis (alm. konsultation, aftalt forebyggelseskonsultation samt hjemmebesøg) i gennemsnit fører til 16,1 henvisninger til fysioterapi, svarende til en honoraromsætning for de pågældende kontakter på anslået 39,4 mio.kr.

Samtidig fører 1.000 konfrontationskontakter i almen praksis til gennemsnitligt 107 henvisninger til speciallæger, heraf 17,1 til hudlæge og 8,3 til gynækolog. Det svarer til en andel af honoraromsætningen for de pågældende kontakter på 258,1 mio.kr., heraf 41,9 mio.kr. til hudlæger og 20,3 mio.kr. til gynækologer, *jf. tabel 7.*

Det kan ikke forventes, at alle besøg hos praktiserende læger forud for henvendelser til fysioterapi og speciallæger bortfalder, såfremt der åbnes op for fri adgang, idet den praktiserende læge i et vist omfang fortsat vil fungere som rådgiver eller videreformidler i forhold til patientens brug af fysioterapi eller speciallæge. I nedenstående er derfor regnet på de potentielle besparelser ved, at 25 pct. og 50 pct. af besøgene i almen praksis forud for henvendelser til fysioterapi og speciallæger bortfalder.

For kontakter inden besøg hos fysioterapi vil det føre til en potentiel besparelse i størrelsesordenen 9,9-19,7 mio.kr, mens det for kontakter inden besøg hos speciallæger vil føre til en potentiel besparelse på 25,2-50,4 mio.kr., heraf 10,5-20,9 mio.kr. for kontakter inden besøg hos hudlæge og 5,1-10,2 mio.kr. for kontakter inden besøg hos gynækolog.

**Tabel 7. Potentielle besparelser i almen praksis som følge af fri adgang til fysioterapi og speciallæger**

	Fysioterapi	Hudlæge	Gynækolog	Alle speciallæger
Henvisninger pr. 1000 konfrontationskontakter i almen praksis (2006)	16,1	17,1	8,3	
Andel af nuværende honoraromsætning for konfrontationskontakter (2008) (mio.kr)	39,4	41,9	20,3	
Besparelse ved 25 pct. fald (mio.kr)	9,9	10,5	5,1	
Besparelse ved 50 pct. fald (mio.kr)	19,7	20,9	10,2	

Kilde: "Henvisningsmønstret i almen praksis – Delanalyse 2. En registerundersøgelse" (juli 2008) og Sygesikringsregistret

Anm.: Konfrontationskontakt defineret som alm. konsultation, aftalt forebyggelseskonsultation samt hjemmebesøg. Der er taget udgangspunkt i en samlet omsætning for konfrontationskontakthonorarer på 2,45 mia.kr. For "Alle speciallæger" er der taget højde for, at der i dag er fri adgang til øjenlæger - og øre-, næse- og halslæger.

## 6. Konklusion

Det vurderes, at almen praksis' funktion som *tovholder* bidrager til at skabe overblik og kontinuitet entforløbet defineret ud fra patientens behov. Tovholderfunktionen betyder, at almen praksis med sit kendskab til patienten og historikken i patientens forskellige helbredsproblemer samler trådene og bidrager til sammenhæng i de tilbudte undersøgelser og behandlinger, så behandlingen forbliver relevant i forhold til patientens helbredsproblem.

I mødet med patienten afgør den praktiserende læge som *gatekeeper*, om der er et for, at patienten henvises til andre dele af det primære sundhedsvæsen eller til det sekundære sundheds- og hvis der er behov herfor, hvilke dele af sundhedsvæsenet, der er fagligt relevant for den videre undersøgelse og behandling..

For så vidt angår spørgsmålet om fjernelse af henvisningskravet til *praktiserende speciallæger* at en ophævelse af henvisningskravet vil kunne medføre et behov for et øget antal ydelser hos de praktiserende speciallæger, og at dette vil resultere i en øget ventetid eller et behov for oprettelse af flere ydernumre, som der vil skulle tages højde for. Patienter med seksuelt overførte sygdomme kan allerede i dag henvende sig i speciallægepraksis uden henvisning, og Sundhedsstyrelsen kan ikke pege på eventuelle andre områder, hvor henvisningskravet til praktiserende speciallæger i hhv. gynækologi/obstetrik og dermato-venerologi hensigtsmæssigt kan fjernes.

For så vidt angår henvisningskravet til *Fysioterapi* vurderes det, at den praktiserende læges kendskab den enkelte patient og lægens funktion som tovholder giver et godt grundlag for at vurdere, om en patient bør henvises til fysioterapi eller anden form for udredning eller behandling, og det må antages, at konsekvensen af at fjerne henvisningskravet bl.a. vil være, at nogle patienter overbehandles eller forsinkes i et udrednings- og behandlingsforløb, der ikke skulle være begyndt hos en fysioterapeut.

Som det fremgår af afsnit 5 vurderes det, at de samlede potentielle merudgifter ved at give fri adgang til fysioterapi og speciallæger overstiger de potentielle besparelser i almen praksis.

Hvis patienten søger speciallæge for en problemstilling, som kunne være klaret af den alment praktiserende læge, er udgiften højere. Henvisningskravet er således et vigtigt element til at sikre den bedste ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet ift., hvor patienterne behandles/på hvilket specialiseringsniveau. Det er således centralt for den bedst mulige ressourceanvendelse, at patienter behandles på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (det såkaldte LEON-princip).

Det kan herefter hverken på baggrund af faglige eller økonomiske overvejelser på nuværende tidspunkt anbefales at afskaffe kravet om henvisning til speciallægehjælp, herunder indenfor specialerne gynækologi og dermatologi, ligesom det ikke kan anbefales at fjerne henvisningskravet ved fysioterapi.



