



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

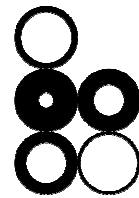
06-04-2011
Sagsnr. 11/658
Annette Budtz-
Jørgensen
Tel.: 3529 8263
E-mail: abj@regioner.dk

Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse onsdag den 13-04-2011 kl. 16:00

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, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøller Pedersen

Afbud:

Mødested: Aalborg Kongres & Kulturcenter
Europa Plads 4
9000 Aalborg



Indholdsfortegnelse

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/658	1
2. Godkendelse af åbent referat af møde 31-03-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/658	3
Bilag: 1. Åbent referat af møde 31-03-2011 i Danske Regioners bestyrelse	
3. Henvendelse fra KL om manglende udredning og behandling af psykisk syge med et misbrug - og ministerens svar til KL, sagsnr. 11/491	5
Bilag: 1. Skrivelse fra KL vedr. "Manglende udredning og behandling af misbrugere med psykiske lidelser"	
Bilag: 2. Ministersvar til KL	
4. Resultater fra Borgertopmøderne i kort form, sagsnr. 09/2069	9
Bilag: 1. 10 budskaber fra borgertopmøderne	
5. Opsamling på regionernes effektiviseringsplan - Mindre spild, mere sundhed, sagsnr. 10/1027	11
6. Næste møde, sagsnr. 11/658	17
7. Eventuelt, sagsnr. 11/658	19



1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/658

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.





2. Godkendelse af åbent referat af møde 31-03-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/658

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

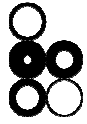
*Det indstilles,
at referatet godkendes.*

Sagsfremstilling

-

Bilag

- Åbent referat af møde 31-03-2011 i Danske Regioners bestyrelse.pdf (952741).



3. Henvendelse fra KL om manglende udredning og behandling af psykisk syge med et misbrug - og ministerens svar til KL, sagsnr. 11/491

Mikkel Lambach

Resumé

KL har bedt Danske Regioner tilkendegive, hvordan misbrugere med psykiske lidelser kan sikres psykiatrisk udredning og behandling. KL mener, at mange med dobbeltdiagnose afvises i psykiatrien med henvisning til deres misbrug. KL understreger i sit brev, at behandlingsansvaret for målgruppen påhviler psykiatrien. Brevet er sendt i kopi til indenrigs- og sundhedsministeren.

Ministeren har svaret KL, at ansvarsfordelingen i lovgivningen er klar. Det vil sige, at:

- Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandling.
- Regionerne har ansvaret for psykiatrisk behandling.

Det er ifølge ministeren op til regionerne og kommunerne at sikre et godt samarbejde om det samlede behandlingsforløb, så der både tages hånd om den psykiske sygdom og misbruget.

Danske Regioner har tilsluttet sig anbefalingen fra Udvalget om retspsykiatri om at samle misbrugsbehandling af retspsykiatriske patienter i psykiatrien.

Indstilling

Social- og Psykiatriudvalget indstiller,
at Danske Regioner svarer KL,

at der er med afsæt i ministerens svar er behov for, at kommuner og regioner styrker samarbejdet om indsatsen for mennesker med psykisk lidelse og et alkohol- og eller stofmisbrug. Danske Regioner ser frem til drøftelsen.

at Danske Regioner er enige med KL i, at ansvaret for mennesker med både en psykisk lidelse og et misbrug bør samles i det psykiatriske behandlingssystem.

Sagsfremstilling

KL har i brev af 7. marts 2011 bedt Danske Regioner tilkendegive, hvordan misbrugere med psykiske lidelser kan sikres den nødvendige psykiatriske ud-

redning og behandling. Brevet er sendt i kopi til indenrigs- og sundhedsministeren.

Baggrunden for KL's henvendelse er en rundspørge blandt lederne af de kommunale misbrugscentre, der oplever store vanskeligheder med at få udredt og behandlet misbrugere med psykiske lidelser i det regionale behandlingssystem. Det anføres, at en del misbrugere afvises i psykiatrien med henvisning til deres misbrug, og KL påpeger, at ansvaret for behandling af psykisk syge misbrugere jf. psykiatraftalen fra 2003, påhviler det psykiatriske system. KL understreger desuden, at der er evidens for, at misbrugere med psykiske lidelser kun kan komme ud af misbruget, hvis både deres afhængighed og psykiske lidelse behandles samtidigt.

Parallelt med KL's henvendelse har der i pressen været fokus på, at psykisk syge misbrugere i gennemsnit kun er indlagt 12 dage mod 28 dage for skizofrene, ligesom psykisk syge misbrugere oftere bliver genindlagt. I presseomtalen indgår desuden Region Hovedstadens beslutning om at halvere antallet af sengepladser til psykisk syge misbrugere på Sct. Hans. Tilbuddet er det eneste af sin art i Danmark.

Behandling af psykisk syge misbrugere

Af sundhedslovens § 79 fremgår, at regionerne yder sygehusbehandling. Det indgår heri, at regionerne varetager det samlede behandlingsansvar for personer under indlæggelse. Det er regionernes ansvar at yde misbrugsbehandling til dobbeltdiagnosepatienter under indlæggelse.

Kommunerne har ansvaret for den socialpsykiatriske indsats, som er hjemlet i serviceloven. Jf. servicelovens § 101 indebærer det, at kommunerne skal tilbyde behandling til stofmisbrugere. Herudover har kommunerne i henhold til sundhedsloven ansvaret for alkoholbehandling (§ 141) og den lægeligt ordinerede substitutionsbehandling af stofmisbrugere (§ 143).

Det her beskrevne opgave- og myndighedsansvar har været gældende siden kommunalreformen trådte i kraft. Opgave- og ansvarsfordelingen indebærer, at misbrugsbehandling af udskrevne psykiatriske patienter, der er i ambulante psykiatriske behandling, er et kommunalt ansvar.

Denne opgave- og ansvarsfordeling understreges af, at alle amternes midler til alkohol- og stofmisbrugsbehandling blev overført til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen.

Udvalgsrapport om Kvalitet og sikkerhed i retspsykiatrien

I forbindelse med udvalgsarbejdet om retspsykiatri viste en tværsnitsundersøgelse, at:

- Halvdelen af alle retspsykiatriske patienter har et diagnosticeret misbrug.
- Heraf er kun hver fjerde i behandling for sit misbrug
- 80 procent af alle retspsykiatriske patienter bliver behandlet ambulantly.

Det kan således konstateres, at der finder en markant underbehandling af psykisk syge misbrugere sted, og at ansvaret herfor helt overvejende er kommunernes, eftersom fire ud af fem retspsykiatriske patienter ikke er indlagte.

En effektiv misbrugsbehandling er afgørende i forhold til at forebygge ny kriminalitet og udvalget fandt, at der særligt overfor retspsykiatriske patienter påhviler et særligt ansvar for at sikre en effektiv misbrugsbehandling. Udvalget tillagde betydningen af sammenhæng og kontinuitet i de retspsykiatriske behandlingsforløb og misbrugsbehandlingsforløbene særlig vægt. Med undtagelse af KL anbefaler udvalget derfor, at ansvaret for misbrugsbehandling af udskrevne retspsykiatriske patienter samles i regionerne.

Danske Regioners bestyrelse har tilsluttet sig denne anbefaling.

Ministerens svar

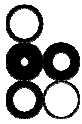
Ministeren har i brev af 16. marts 2011 svaret KL. I brevet understreger ministeren følgende:

- Psykisk syge misbrugere skal sikres behandling for begge lidelser.
 - Loven er klar:
 - Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandling.
 - Regionerne har ansvaret for psykiatrisk behandling.
 - Påbegyndes misbrugsbehandling under indlæggelse, har kommunen ansvaret for at videreføre behandlingen efter udskrivelse.
 - Regioner og kommuner skal samarbejde om at sikre kontinuitet i behandlingsforløbene. Samarbejdet skal aftales i sundhedsaftalerne.
-

***Bilag***

Skrivelse fra KL vedr. "Manglende udredning og behandling af misbrugere med psykiske lidelser" - CaseNo01-343_#947034_v1_formandspost Skrivelse fra KL vedr. Manglende udredning og behandling af misbr (946837).

Ministersvar til KL- Kopi af brev fra indenrigs- og sundhedsministeren til KLs formand Jan Trøjborg vedr. udredning og behandling af misbrugere med sindslidelser - Scan001 (2).pdf (948431).



4. Resultater fra Borgertopmøderne i kort form , sagsnr. 09/2069

Eva Margrethe Weinreich-Jensen

Resumé

Teknologirådets analyse af resultaterne fra borgertopmøderne samler borgernes pointer i 10 budskaber. Budskaberne omhandler blandt andet effekten af behandling, krav til patienterne og lighed i sundhed.

Det er hensigten at sende notatet med budskaberne bredt ud til Folketing, kommunalpolitikere, faglige organisationer og patientorganisationer. Regionsrådene får notatet med en opfordring til at drøfte borgertopmøderne, resultaterne og opfølgning.

Indstilling

*Demokratiudvalget indstiller,
at bestyrelsen godkender notatet.*

Sagsfremstilling

Demokratiudvalget har bedt Teknologirådet komme med deres tolkning af resultaterne på borgertopmøderne i samarbejde med sekretariatet i Danske Regioner. I analysen indgår både borgernes udsagn, deres valg af ønskekort og de konkrete afstemninger. Teknologirådet har i et notat samlet borgernes pointer i 10 budskaber:

1. Der skal være forventning om effekt, før man giver behandling
2. Ventetidsgaranti, men kun for alvorlige lidelser
3. Opbakning til specialisering på tværs af regioner
4. Brugerbetaling – men som adfærdsregulerende middel
5. Stil krav til patienterne
6. Borgerne vil gerne påvirkes til sundere adfærd
7. Lighed skal fortsat være det bærende princip
8. En værdig død fremfor udsigtsløs behandling
9. Sundhedsvæsenets udgifter skal stagnere
10. Forebyggelse har høj prioritet hos borgerne

Demokratiudvalget behandler punktet på et møde umiddelbart inden bestyrelsens møde. Udvalgets kommentarer vil blive fremlagt på mødet.

***Kommunikation***

Notatet med de 10 budskaber sendes til Folketing, kommunalpolitikere, faglige organisationer og patientorganisationer.

Regionsrådene får tilsendt notatet sammen med slutrapporten med de samlede resultater med en opfordring til at drøfte borgertopmøderne, resultaterne og opfølgningen regionalt.

Bilag

10 budskaber fra borgertopmøderne (952818).

5. Opsamling på regionernes effektiviseringsplan - Mindre spild, mere sundhed, sagsnr. 10/1027

Louise Broe

Resumé

Det er en stadig større udfordring for regionerne at nå de årlige produktivetskrav på 2 procent, som regeringen stiller krav om ved økonomiforhandlingerne. For at imødekomme en del af dette krav har regionerne vedtaget en effektiviseringsplan. Med planen forpligter regionerne hinanden på at effektivisere for 370 millioner kroner i 2011 og 840 millioner kroner i 2012. Fra 2011 til 2013 vil regionernes fælles initiativer bidrage til over 2½ milliarder kroner i effektiviseringer. Det betyder mindre spild og mere sundhed for pengene.

De første tilbagemeldinger fra regionerne viser, at det første mål om 370 millioner kroner i 2011 bliver nået. Der er desuden meget positive forventninger til yderligere effektiviseringer i 2012, så også målet om 840 millioner kroner i effektiviseringer nås.

Indstilling

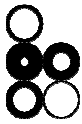
*Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.*

Sagsfremstilling

Fælles udbud af billigere medicin, smartere indkøb, bedre logistik, forbedrede arbejdsgange, benchmarking, mindre administration og ny teknologi. Det er bare nogle af de fronter, som regioner sætter ind på for at effektivisere driften i sundhedsvæsenet.

Det er en stadig større udfordring for regionerne at nå de årlige produktivetskrav på 2 procent, som regeringen stiller krav om ved økonomiforhandlingerne. For at imødekomme en del af dette krav har regionerne vedtaget en effektiviseringsplan. Med planen forpligter regionerne hinanden på at effektivisere for 370 millioner kroner i 2011 og 840 millioner kroner i 2012. Fra 2011 til 2013 vil regionernes fælles initiativer bidrage til over 2½ milliarder kroner i effektiviseringer. Det betyder mindre spild og mere sundhed for pengene.

De første tilbagemeldinger fra regionerne viser, at det første mål om 370 millioner kroner i 2011 bliver nået. Der er desuden meget positive forventninger til



yderligere effektiviseringer i 2012, så også målet om 840 millioner kroner i effektiviseringer nås.

Regionerne har allerede hentet en del effektiviseringer hjem i 2010. Det fremgår blandt andet af den redegørelse for effektiviseringer, som regionerne udarbejdede i 2010 om initiativer på indkøbsområdet, sygefravær og administration. Redegørelsen illustrerer store reduktioner i administrationen og effektiviseringer for millioner på indkøbsområdet.

Resultatet kan ses i det forventede regnskab for 2010, som viser en faldende realvækst i forhold til 2009. Men udfordringerne er store. Den økonomiske situation og lave vækst i den offentlige sektor sætter økonomien i sundhedsvæsenet under pres. Samtidig kommer der stadig flere patienter, og der er et konstant behov for flere og nye behandlinger. For at imødekomme dette pres er det nødvendigt at se på, hvor ressourceanvendelsen kan optimeres, og hvor spild kan reduceres.

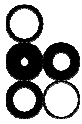
Med fem store og stærke regioner er der grundlag for at organisere sundhedsområdet mere effektivt. Regionerne driver i dag et sundhedsvæsen, som allerede er blandt de mest effektive i verden. Men der er potentiale for at gøre det endnu bedre.

Derfor har regionerne vedtaget en fælles effektiviseringsplan – *Mindre spild, mere sundhed* og opstillet mål for effektiviseringer på fem udvalgte områder. Det gælder indkøbsområdet, sygehusmedicin, IT, benchmarking og administration.

Fælles strategi for indkøb og logistik

Regionerne skal være lige så gode som de største danske private virksomheder på indkøbs- og logistikområdet. Derfor har regionerne vedtaget en fælles strategi for indkøb og logistik. Strategien omfatter mål for mere konkurrenceudsættelse, flere fælles udbud, fuld elektronisk handel og bedre logistik.

For eksempel tager Region Hovedstaden i 2011 et nyt fælles indkøbssystem (SAP) i brug samt et samlet fælles lager for alle regionens hospitaler, psykiatriske centre og øvrige institutioner. Konceptet indebærer, at leverandørerne kan levere i større partier og alle varer et sted. Derudover betyder det fælles indkøbssystem øget digitalisering af varedata og naturligvis fortsat af e-fakturaer. Baggrunden for investeringen er dels god økonomi, dels et løft af arbejdsmiljø, hygiejne på flere hospitaler og effektivisering af lagerdriften. Med



rationaliseringen af området forventes besparelser på op til 25 til 30 millioner kroner.

Et andet eksempel er vareforsyning til praksislæger i Region Midtjylland. Regionen har samordnet vareleverancerne til praksissektoren, og ydelsen er samtidigt outsourcet til en logistikpartner via et regionalt udbud. Ud over en væsentlig forbedring af den fysiske forsyningslogistik er de administrative processer i samarbejdet mellem praksislæger, Regionen og logistikpartneren samtidigt effektiviseret via en digitalisering i et samspil mellem regionens eHandels-system, logistikpartnerens webkatalog og Sundhed.dk. Løsningen har udover høj kundetilfredshed blandt praksislægerne givet regionen en millionbesparelse.

Der er et stort potentiale for effektiviseringer på indkøbs- og logistikområdet. Derfor har regionerne forpligtet hinanden på at hente 100 millioner kroner på indkøbs- og logistikområdet i 2011, og potentiale forventes at vokse yderligere de kommende år.

Effektiv it understøttelse af sygehusene

It er et andet vigtigt område, hvor regionerne sætter ind. Via fælles initiativer forventer regionerne også at hente 100 millioner på it-området fra 2011. Med øgede investeringer forventes potentialet at vokse de kommende par år.

It fylder stadig mere i hverdagen i sundhedsvæsenet, og udgifterne til it er stigende. Investeringer i it kan ofte på selv kort sigt medføre mere effektive arbejdsgange. Lægernes og sygeplejerskernes arbejde bliver for eksempel nemmere med lettere adgang til elektroniske patientinformationer. Det giver også mere tid til at behandle patienter og øget kvalitet i behandlingen.

Samtidig har regionerne skabt den fælles organisation for Regional Sundheds It, RSI, og vedtaget fælles pejlemærker, der skal guide arbejdet med sundheds-it i regionerne.

RSI arbejder blandt andet med at gøre det lettere at udveksle billeder, for eksempel røntgenbilleder, mellem sygehusene. Det skal mindske antallet af unødvendige gentagelser af undersøgelser og den tid, der bruges på at finde tidligere undersøgelser frem. På den måde sparer sygeplejersker m.v. tid og tidspresset på personalet mindskes. Afgørende er det dog også, at kvalitet i behandlingen forbedres og tiden til omsorg for patienten øges.

Forstærket indsats vedrørende udgifter til sygehusmedicin

Gennem en årrække har regionerne oplevet stærkt stigende udgifter til sygehusmedicin. For at imødekomme det pres har regionerne nedsat rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin, RADS.

På nuværende tidspunkt analyserer RADS 11 udvalgte medicinområder, herunder medicin til behandling af HIV/AIDS behandling, sklerose, forskellige cancerområder, gigt m.v. RADS har godkendt nye behandlingsvejledninger og rekommandationsliste på tre områder, hvor der er holdt udbud.

De tre udbud, der er afholdt af Amgros (regionernes indkøbsfællesskab), er afsluttet med et meget positivt resultat. For lægemiddelgrupperne hepatitis, sklerose og hiv/aids er der opnået en ekstra gennemsnitlig prisrabat på henholdsvis 28,5 procent, 2 procent og 9 procent, svarende til en besparelse på knap 50 millioner kroner.

Allerede i 2011 forventer regionerne derfor i fællesskab at kunne spare 100 millioner på sygehusmedicin. Samtidig forventes potentialet at stige i de kommende år.

Mindre administration og benchmarking

Udover ovennævnte fælles regionale initiativer gennemfører alle regioner effektiviseringer og tilpasninger af den administrative organisation, både centralt på regionsgården og ude på sygehusene. Det betyder op til 10 procent færre ansatte i administrationen i nogle regioner.

Region Nordjylland har for eksempel gennemført et servicetjek på det administrative område, som har bidraget til en reduktion på 8 procent eller 60 stillinger i det administrative personale. I Region Sjælland er tre sygehuse sammenlagt til to, og der er dannet én organisation af psykiatrien for at effektivisere administrationen.

It anvendes til at automatisere arbejdsgange og i Region Midtjylland har man taget skridt til at danne en fælles it-afdeling. Det er ligeledes tilfældet i Region Syddanmark, hvor administrationen i stigende omfang understøttes af fælles it-systemer, og manuelle arbejdsgange digitaliseres.

I flere regioner anvendes Lean som ledelsesværktøj, det er blandt andet tilfældet i Region Sjælland. Flere regioner har vedtaget en strategi for arbejdet med lean til at forbedre arbejdsgangene på sygehusene og til at bidrage til mindre administration.



Men der sker også en styrkelse af administrationen på udvalgte områder for eksempel omkring de nye store sygehusbyggerier, den danske kvalitetsmodel og forløbsprogrammer for kronikere m.v. Øget fokus på effektiviseringer og bedre økonomistyring kan i sig selv medføre behov for mere administration, for eksempel til bedre indkøb, bedre rapportering m.v.

Herudover foretaget Danske Regioner en større benchmarkinganalyse af administrationen i regionerne. Analysen sammenligner ressourceforbruget på det administrative område i regionerne ved hjælp af en række mål.

Regionerne er således ikke bange for at sammenligne sig med hinanden i benchmarkinganalyser for at synliggøre god praksis og sprede viden på tværs af regionerne. Derfor har regionerne vedtaget benchmarkingprojektet, *De Bedste Løsninger*.

Projektet ser ikke alene på regionernes administration, men på en hel række regionale områder. Det er små og store analyser, der belyser praksis, bidrager til at sprede viden og understøtter yderligere drøftelser af praksis.

For eksempel har regionerne gennemført en benchmarking af anvendelsen af CT-scannere. Analysen viste et stort potentiale ved bedre tilrettelæggelse af arbejdsgangene. Der er desuden foretaget en omfattende benchmarking af det psykiatriske område og mindre analyser af udvalgte behandlingsområder på det somatiske område.

Bilag
Ingen.





6. Næste møde, sagsnr. 11/658

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

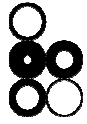
at næste møde i Danske Regioners bestyrelse holdes torsdag den 12. maj 2011.

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.





7. Eventuelt, sagsnr. 11/658

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

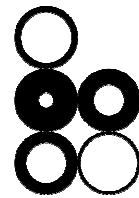
-

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

05-04-2011
Sagsnr. 11/524
Annette Budtz-
Jørgensen
Tel.: 3529 8263
E-mail: abj@regioner.dk

**Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse
torsdag den 31-03-2011 kl. 11:00**

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, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøller Pedersen

Afbud: Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen,

Regionsdirektører Helle Ulrichsen, Per Christiansen, Jens Andersen, Bo Johansen, Mikkel Hemmingsen

Deltagere fra sekretariatet: (referent) POK, LC, GIB, KHE, LE, OLJ, JSA, MHK, LHM, JWI, IH

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/524

Bestyrelsen tog meddelelserne til efterretning.

Resumé

Bestyrelsesmøde den 29. september 2011

Bestyrelsen besluttede at afholde bestyrelsesmødet den 29. september 2011 i Århus kl. 11.00 til kl. 13.00.

Møde med sundhedsministeren 11. marts 2011 om visitationskriterier

Formandskabet orienterede om mødet.

Invitation fra indenrigs- og sundhedsministeren og økonomi- og erhvervsministeren til dialogmøder om Sund Vækst og velfærdsteknologi

Carl Holst og Bent Hansen er indbudt af indenrigs- og sundhedsministeren og økonomi- og erhvervsministeren til at tale på to møder henholdsvis den 28. april og den 9. maj 2011. Overskriften for det første møde er "Sund Vækst og velfærdsteknologi". I dette møde deltager socialministeren også. Overskriften for det andet møde er "Eksport og markedsføring af danske velfærdsløsninger". I dette møde deltager udenrigsministeren også.

Standardiseret økonomiopfølgning 2010, 5. kvartal 2010 (15. marts 2011).

Notat om standardiseret økonomiopfølgning 2010 på baggrund af 5. kvartal 2010 (15. marts 2011) blev omdelt.

Landssamarbejdsudvalget for fysioterapeuter – Udvalget for rideterapi – Udvalget for forskning og uddannelse

Regionsrådsmedlem Tina Boel (SF) udtræder af de tre nævnte udvalg. I stedet indtræder regionsrådsmedlem Jørn Christensen (SF).

Ny overenskomst for psykologhjælp

Fredag den 11. marts 2011 indgik RLTN og Dansk Psykolog Forening aftale om en ny 3-årig overenskomst. Hovedindholdet i aftalen er:

- Ingen honorarstigninger eller nye honorarer
- Stram udgiftsstyring
- Den økonomiske ramme for aftalen 220 mio. kr. (2010-niveau)

- Aftalen er udvidet med angstområdet, og dermed bliver de afsatte satspuljemidler udmøntet den 1. maj 2011. Antallet af ydernumre udvides med 50 (ultimo 2011).
- Øgede beføjelser vedr. kapacitetsplanlægning og -styring til regionerne.
- Der er aftalt et fælles moderniseringsprojekt om henvisningen til psykologbehandling.

Brev fra KL om manglende udredning og behandling af misbrugere med psykiske lidelser (dobbeltdiagnoser)

KL har bedt Danske Regioner tilkendegive, hvordan misbrugere med psykiske lidelser kan sikres psykiatrisk udredning og behandling. Brevet er sendt i kopi til Sundhedsministeren.

Ministeren har svaret KL, at ansvarsfordelingen i lovgivningen er klar. Det vil sige, at kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandling, og regionerne har ansvaret for psykiatrisk behandling.

Sagen forventes behandlet i Social- og Psykiatriudvalget.

Aftale med FAPS (Praktiserende speciallæger)

Danske Regioner har indgået aftale med FAPS. Jens Stenbæk orienterede om aftalen. Bestyrelsen vil senere få lejlighed til at drøfte indholdet af aftalerne med FAPS, Psykologerne og Fodterapeuterne.

Privatbanekriteriet bliver tilsyneladende ikke revideret

Indenrigsministeriet har indstillet til Folketingets Kommunaludvalg ikke at fremsætte lovforslag om ændring af regionernes bloktilskudskriterier for regional udvikling. Regeringen vil dog fortsat følge udviklingen på bl.a. privatbaneområdet som led i at sikre en hensigtsmæssig og effektiv opgavevaretagelse på trafikområdet i regionerne.

Henvendelse fra Jyllandsposten

Danske Regioner har besvaret en henvendelse fra Jyllandsposten om honorering af foreningens medlemmer af Regionsudvalget.

Omdelt materiale

På mødet blev omdelt følgende:

Med kvalitet som ledestjerne (notat)

Depotrådets Redegørelse om jordforurening 2009

2. Godkendelse af åbent referat af møde 03-03-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/524

Bestyrelsen godkendte referatet.

Carl Holst bad sekretariatet om at undersøge, om der er fulgt op på beslutningen om at sende brev til regionerne om at påbegynde meroptaget vedr. praktikpladser.

Resumé

-

3. Forslag til generalforsamlingen, sagsnr. 11/194

Bestyrelsen tiltrådte, at formanden på generalforsamlingen søger tilslutning til at forkaste forslaget.

Poul Müller, Anne V. Kristensen og Per Tærsebøl gjorde opmærksom på, at de vil stemme imod formandens indstilling på generalforsamlingen.

Resumé

Et regionsrådsmedlem har fremsendt et forslag til afstemning på generalforsamlingen om Danske Regioners deltagelse i det analysearbejde, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet i brev af d. 21. januar har forelagt Danske Regioner om fordelingen af bloktilskuddet.

Det foreslås, at håndteringen af sagen på generalforsamlingen tager afsæt i bestyrelsens beslutning om, at Danske Regioner som organisation ikke finder, at der for nærværende er behov for at igangsætte den forslåede analyse og dermed forkaster forslaget d. 27. januar 2011.

4. Udpegning af medlem til repræsentantskabet for Arbejdsmarkedets Tillægspension, sagsnr. 01/3906, j.nr. 510

Bestyrelsen valgte Steen Bach Nielsen til repræsentantskabet for ATP for perioden 1. april 2011 – 31. marts 2014.

Resumé

Danske Regioner skal udpege et medlem til repræsentantskabet for Arbejdsmarkedets Tillægspension (ATP) for funktionsperioden 1. april 2011 til den 31. marts 2014.

Ved konstitueringen efter regionsrådsvalget udpegede Danske Regioners bestyrelse regionsrådsformand Steen Bach Nielsen til hvervet for den resterende del af valgperioden 1. april 2008 – 31. marts 2011.

5. Fusion af pensionskasser i PKA, sagsnr. 10/568

Bestyrelsen godkendte, at Danske Regioner støtter en fusion mellem pensionskasserne for henholdsvis Ergoterapeuter og Fysioterapeuter, Kost- og Ernæringsfaglige, Bioanalytikere og Jordemødre.

Resumé

Der er stillet forslag om en fusion mellem de fire PKA pensionskasser for henholdsvis Ergoterapeuter og Fysioterapeuter, Kost- og Ernæringsfaglige, Bioanalytikere og Jordemødre. En fusion af pensionskasserne vil betyde, at de pågældende grupper fremover vil være samlet i én pensionskasse ved navn Pensionskassen for Sundhedsfaglige. Fusionen foreslås bl.a. gennemført for at imødegå fremtidige udfordring i forhold til alderssammensætning, levetid og garantier.

Bestyrelsen for den fusionerede pensionskasse vil bestå af 15 medlemmer. Danske Regioner udpeger tre medlemmer, KL udpeger ét medlem, organisationerne udpeger fem medlemmer, generalforsamlingen udpeger fem medlemmer og der udpeges ét uafhængigt medlem med regnskabs- eller revisionskvalifikationer.

6. EU-formandskabsmøder foråret 2012, sagsnr. 10/1530

Bestyrelsen bevilgede 300.000 kroner fra bestyrelsens pulje til gennemførelse af det ekstraordinære præsidiemøde.

Resumé

Regionsudvalget planlægger et ekstraordinært præsidiemøde og et topmøde for byer og regioner under det danske formandskab foråret 2012.

Københavns Kommune og Region Hovedstaden har hver bevilget 750.000 kroner til topmødet, Danske Regioner og KL forventes at bidrage til det ekstraordinære præsidiemøde med 300.000 kroner hver.

Regionsudvalget forventes at dække øvrige udgifter til arrangementerne.

7. Fortsat sagsbehandling af den bagudrettede betaling af Sikringen, sagsnr. 10/1976

Bestyrelsen besluttede at udsætte drøftelsen, til høringen er afsluttet og den endelige bekendtgørelse ligger fast.

Resumé

D. 27. januar drøftede bestyrelsen den bagudrettede betaling af Sikringen på foranledning af et brev fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Det blev besluttet at afvente drøftelsen til ministeriets udmelding, som nu er kommet. Der er høringsfrist d. 31. marts, hvorefter den endelige bekendtgørelse foreligger.

8. Opfølgning på økonomiaftalen for 2011, sagsnr. 10/1310

Bestyrelsen drøftede opfølgningen på aftalen.

Resumé

Oversigten over opfølgningen på økonomiaftalen for 2011 er blevet opdateret, og der er sket fremdrift på en række områder, blandt andet budgetoverholdelse, afbureaukratisering og visitation.

9. Høringssvar over forslag til ændring af lov om regionernes finansiering (ændret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet), sagsnr. 07/513

Bestyrelsen godkendte høringssvaret vedr. forslag til ændring af lov om regionernes finansiering og bad sekretariatet udarbejde et oplæg til en model for anvendelsen af de kommunale midler.

Resumé

Lovforslaget om ændring af kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet indebærer, at det kommunale grundbidrag konverteres til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering.

Danske Regioner påpeger blandt andet i høringssvaret, at der mangler systematisk viden om effekten af den kommunale forebyggelse, at incitamentet for kommunerne bør aftales mellem KL og regeringen, at den øgede aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering ikke understøtter regionernes kvalitetsstrategi og at der med ændringen er risiko for konflikter mellem kommunerne og regionerne.

10. Fordeling af ekstra praktikpladser i 2011, sagsnr. 09/2464

Bestyrelsen besluttede, at fordele det samlede antal praktikpladser i 2011 mellem regionerne efter bloktilskudsnøglen.

Resumé

I forlængelse af Danske Regioners bestyrelses overvejelser omkring at indgå Aftale om flere praktikpladser i 2011 med regeringen, skal det besluttes, hvordan de ekstra praktikpladser, der skal oprettes i 2011, skal fordeles mellem regionerne.

Indgår Danske Regioner aftalen om ekstra praktikpladser i 2011, betyder det, at regionerne ifølge aftalen skal oprette 390 ekstra praktikpladser i forhold til niveauet i 2009. Dette er en forøgelse på 60 pladser i forhold til det aftalte niveau for 2010.

Danske Regioner peger på tre forskellige modeller for, hvordan de ekstra praktikpladser kan fordeles.

11. Fælles regionale principper for læring af patientklager, sagsnr. 10/2124

Bestyrelsen godkendte principperne.

Resumé

En tværregional arbejdsgruppe har udformet 20 principper for systematisk læring af patienters klager. Principperne skal udgøre regionernes grundregler for arbejdet med at lære fra patientklager, og de er kategoriseret i fem temaer: Perspektiv på læring af patientklager, Organisation og ansvar for læring, Læring fra dialog med klager, Dokumentation og monitorering samt Tværgående læring af patientklager.

12. Høringssvar vedr. ændring af regler for apoteker og lægemiddelgrossister, sagsnr. 11/207

Bestyrelsen godkendte høringssvaret, herunder at Danske Regioner anmoder Indenrigs- og Sundhedsministeriet om snarest at fremsende et skøn over regionernes merudgifter ved forslaget.

Bestyrelsen bad sekretariatet om at udarbejde et notat om området.

Resumé

Danske Regioner har fået forslag til ændring af regler for apoteker og lægemiddelgrossister. Indenrigs- og Sundhedsministeriet foreslår bl.a., at apotekernes mulighed for returnering og priskreditering begrænses, da den nuværende praksis ikke fungerer tilfredsstillende. Sekretariatet har på baggrund af høring i regionerne udarbejdet høringssvar, hvor det bl.a. fremgår, at ministeriet anmodes om at fremsende et skøn over regionernes merudgifter ved forslaget.

13. Opfølgning på borgertopmøder, sagsnr. 09/2069

Bestyrelsen godkendte, at der udarbejdes et kort notat med de vigtigste resultater fra borgertopmøderne til forelæggelse for bestyrelsen, at notatet sendes til Folketinget, kommunalpolitikerne samt faglige organisationer og patientorganisationer, at notatet og slutrapporten sendes til regionsrådene med opfordring til, at de drøfter borgertopmøderne, resultaterne og opfølgning samt at Danske Regioners bestyrelse efterfølgende drøfter behovet for yderligere opfølgning eller udspil.

Resumé

Borgertopmøderne, som blev holdt den 5. marts 2011, var en succes med godt 1100 deltagere og stor interesse fra mediernes side.

For at sikre en god opfølgning udarbejdes et notat om de vigtigste resultater. Notatet sendes til regionsrådene med opfordring om, at borgernes indsats og input bliver bearbejdet og brugt i det videre arbejde. Tilbagemeldinger fra regionsrådene til Danske Regioners bestyrelse kan føre til, at foreningen iværksætter yderligere initiativer.

14. Politisk aftale om udarbejdelse af visitationsretningslinjer, sagsnr. 10/1719

Bestyrelsen tog orienteringen tages til efterretning.

Resumé

Regeringen og Danske Regioner har indgået aftale om den videre proces for udarbejdelse af visitationsretningslinjer. Knæ- og skulderkirurgi bliver de næste områder, hvor der udarbejdes retningslinjer. Der etableres et fælles sekretariat mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner, og det er aftalt, at Sundhedsstyrelsen igangsætter arbejdet.

15. Høring over bekendtgørelse om tolkebistand og opkrævning af gebyr, sagsnr. 11/417

Bestyrelsen godkendte høringssvaret.

Henrik Thorup (O) var imod høringssvaret.

Resumé

I et udkast til ny bekendtgørelse om tolkebistand fastlægges det, at regionerne skal opkræve et gebyr på 150 kroner for tolkebistand til personer, der har haft bopæl i Danmark i mere end syv år.

Danske Regioner påpeger i høringssvaret, at forslaget vil medføre et betydeligt administrativt merarbejde og deraf følgende udgifter. På baggrund heraf fremsættes et krav om DUT-kompensation. Danske Regioner finder herudover, at bekendtgørelsen er ganske kortfattet og derfor efterlader et ganske stort behov for præciseringer og afgrænsninger, der snarest skal afklares, da den nye bekendtgørelse træder i kraft den 1. juni 2011.

16. Høringssvar til Lovforslag vedr. adgang til elektroniske journaler og offentlige registre, sagsnr. 11/369

Bestyrelsen godkendte høringssvaret.

Resumé

Regeringen har fremsat forslag om at ændre Sundhedsloven. Det nye lovforslag handler mest om adgang til elektroniske journaler og offentlige registre. Forslaget er et skridt i retning af at give de relevante faggrupper adgang til at hente data om patienten. Men forslaget giver også anledning til bekymring. F.eks. lægges op til, at kommunerne får adgang til data fra sygehuse på individniveau. I høringssvaret, som er sendt inden fristen 24. februar 2011, er der taget forbehold for politisk behandling.

17. Lancering af vis.dk - forum for sundhedsfaglig videnspredning, sagsnr. 07/2591

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Mandag den 28. marts 2011 går regionernes nye portal til sundhedsfaglig videnudbredning i luften. Formålet med vis.dk er at gøre det nemmere og mere attraktivt for medarbejdere i sundhedsvæsenet at efterspørge, udbyde og finde viden på tværs i sygehussektoren. Regionernes medejerskab for vis.dk er af stor betydning for, om portalen bliver en succes.

18. Høringssvar til vandplanerne, sagsnr. 08/3328

Bestyrelsen godkendte, at det i høringssvaret påpeges, at ansvaret for vedligeholdelse af grundvandskortlægningen og af indvindingsoplande bør fastlægges. Regionerne kan bidrage til opgaven med såvel data som ekspertise, at der tages forbehold for krav om kompensation for nye finansieringsbehov som følge af krav til jordforureningsindsatsen i vandplanerne, og at det er u hensigtsmæssigt, at store dele af arbejdet med vandplanerne er unddraget den offentlige høeringsproces.

Resumé

Vandplanerne er i seks måneders offentlig høring. Det foreslås at påpege, at grundvandskortlægningen bør vedligeholdes efter 2015, og at ansvaret for fastlæggelse af indvindingsoplande bør placeres. Danske Regioner har tidligere gjort opmærksom på, at opdateret viden om grundvandsforhold er afgørende for jordforureningsarbejdet. Det foreslås endvidere at tage forbehold for kompensation af merudgifter til jordforurening. Vandplanerne kan udløse et nyt finansieringsbehov. Det foreslås endelig, at høringssvaret påpeger det u hensigtsmæssige i, at store dele af arbejdet med vandplanerne har været unddraget den offentlige høeringsproces. Regionernes prioritering af indsatsen på jordforureningsområdet er forkert beskrevet, og regionerne har ikke været tilstrækkeligt inddraget i forhold til mulige omlægninger af vandindvindingen.

19. Høringssvar til pesticidanalyser af drikkevand, sagsnr. 11/246

Bestyrelsen godkendte høringssvaret.

Resumé

Naturstyrelsen har sendt en revideret liste i høring over pesticider, som vandværkerne skal analysere for ved kontrol af drikkevand. Miljøstyrelsen og to

regioner har gennemført et teknologiudviklingsprojekt, der viser, at flere af de stoffer, der foreslås fjernet fra listen, er fundet i grundvandet ved fem konkrete undersøgelser. I sekretariatets foreløbige høringssvar tages der forbehold for, om der kan udledes generel viden på baggrund af det begrænsede antal undersøgelser. Omvendt er boringskontrollen den eneste tidlige varslings- og overfor pesticidforurening af vandforsyningen. Der opfordres til, at varslingsaspektet og erfaringerne fra teknologiudviklingsprojektet medtages i styrelsens vurdering af den endelige liste over pesticider.

20. Nye regionale erhvervsudviklingsstrategier, sagsnr. 07/3999

Bestyrelsen godkendte,

at Danske Regioner fortsat anser væksthuse som en vigtig regional erhvervs-serviceoperatør, men at det enkelte vækstforum i hvert enkelt tilfælde bør vælge den operatør, der er bedst kvalificeret til at udføre opgaven, at Danske Regioner bidrager til fortsat fokus på videndeling og erfaringsudveksling mellem regionerne og i den forbindelse kortlægger det tværregionale samarbejde sammen med regionerne, og at Danske Regioner indsamler regionernes erfaringer med erhvervsfremmelsen.

Resumé

De regionale vækstfora har udarbejdet nye erhvervsudviklingsstrategier. De nye strategier tager udgangspunkt i centrale vækstudfordringer, er fokuserede på regionale styrkepositioner og får overvejende en positiv bedømmelse i en vurdering, der er udarbejdet til Danmarks Vækstråd.

I bedømmelsen bliver der bl.a. peget på, at fire ud af seks strategier ikke fuldt ud adresserer anbefalingen om, at væksthuse bør anvendes som operatør for relevante regionale erhvervsudviklingsprogrammer, samt at mange af vækstforums interesser lægger stor vægt på, at der sker videndeling, erfaringsudveksling og samarbejde på tværs af regionerne.

Rammevilkårene for det videre arbejde er afgørende for fortsat vækst og beskæftigelse. Derfor er tidspunktet kommet til at samle regionernes erfaringer med rammevilkårene samt eventuelle forslag til justering heraf.

21. Evaluering af de regionale partnerskabsaftaler, sagsnr. 06/4184

Bestyrelsen godkendte,

at Danske Regioner fortsat bakker op om partnerskabsaftalerne som et godt instrument til at sikre sammenhæng mellem vækstindsatsen på nationalt og regionalt niveau,
 at Danske Regioner anbefaler, at der i forbindelse med kommende partnerskabsaftaler i endnu højere grad arbejdes med fyrtårnsprojekter,
 at Danske Regioner opfordrer de regionale vækstfora til løbende og så tidligt som muligt at spille ind med regionale ønsker til de næste partnerskabsaftaler, og
 at Danske Regioner tager initiativ til drøftelser af forslaget om partnerskabskontrakter i relation til Europa 2020 med henblik på at sikre en god sammenhæng til den danske vækstmodel.

Resumé

Regeringen og de regionale vækstfora har indgået nye regionale partnerskabsaftaler. Aftalerne indeholder bl.a. regionale fyrtårnsprojekter, som der er enighed om at have særligt fokus på, f.eks. inden for uddannelse. Som et nyt element er parterne enige om at tage et fælles initiativ, der skal bidrage til ny viden om output og effekter af vækstforumprojekternes bidrag til vækst og erhvervsudvikling.

På grund af det kommende folketingsvalg kan forhandlingsprocessen forventes at blive relativt kort i 2011. Derfor bør alle vækstfora i så god tid som muligt arbejde med at formulere regionale ønsker og muligheder i forbindelse med de kommende aftaler.

Partnerskabsaftalerne er inspireret af det partnerskabsprincip, som har præget EU's arbejde med at skabe samhørighed og udvikling i Europa.

22. Status for strukturfondsarbejdet, sagsnr. 07/1179

Bestyrelsen godkendte,

at Danske Regioner løbende og i særlig grad under det danske formandskab for EU fokuserer på at fremme de regionale synspunkter i relevante politiske og administrative fora, herunder ministerier, EU-institutioner og interesseorganisationer, og
 at Danske Regioner til stadighed skal synliggøre resultaterne af den regionale vækstindsats.

Henrik Thorup var imod indstillingen.

Resumé

Debatten om EU's strukturfonde efter 2013 kører på fuldt blus. EU-Kommissionen har i november præsenteret et udspil i den 5. Samhørighedsrapport, og medlemsstaterne fastlægger deres positioner og forhandlingsmandater i 1. halvår 2011.

Overordnet set er det tilfredsstillende, at EU-Kommissionen lægger op til, at strukturfondsindsatsen koncentrerer om vækststrategien Europa 2020's mål og målsætninger, som alle lande og regioner skal bidrage til. Det betyder, at alle regioner bliver støtteberettigede.

Danske Regioner fokuserer løbende på at fremme de regionale synspunkter i alle relevante politiske og administrative fora, herunder ministerier, EU-institutioner og interesseorganisationer.

23. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/524

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

-

24. Næste møde, sagsnr. 11/524

Bestyrelsen godkendte, at næste møde holdes onsdag den 13. april 2011 kl.16.00 (dagen før generalforsamlingen).

Resumé

-

25. Eventuelt, sagsnr. 11/524

-

Resumé

-



Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø
Att.: Formand Bent Hansen

Manglende udredning og behandling af misbrugere med psykiske lidelser

Kære Bent Hansen

Kommunerne oplever meget store vanskeligheder med at få udredt og behandlet misbrugere med psykiske lidelser i det regionale behandlingssystem.

KL har foretaget en rundspørge til lederne på de kommunale misbrugscentre over hele landet, og de bekræfter alle tendensen til, at misbrugere og især stofmisbrugere med psykiske lidelser afvises i det regionale behandlingssystem.

Resultatet af KL's nylige forespørgsel svarer til konklusionen i SFI's kortlægning af den sociale stofmisbrugsbehandling fra 2009, hvor der stod følgende om problemstillingen:

”Et særligt problem er samarbejdet med psykiatrien, der fremhæves som en af de væsentligste udfordringer i misbrugsbehandlingen. På trods af at der i psykiatriaftalen fra 2003 blev truffet beslutning om, at ansvaret for behandlingen af de psykisk syge misbrugere påhviler det psykiatriske system, peger resultaterne på, at der er mange barrierer forbundet med at sikre, at de psykisk syge misbrugere får den behandling, de har brug for. Her peger interviewpersonerne både på problemer med mangel på specialiserede tilbud, ventetider i det psykiatriske behandlingssystem, og at en del misbrugere afvises i det psykiatriske system med henvisning til deres misbrug. Manglen på psykiatrisk udredning betyder, at der ikke sker en afklaring af, om der er tale om egentlig psykisk sygdom eller om problemstillinger, der kan håndteres i fx misbrugsbehandlingen eller socialpsykiatrien.”

Kommunerne har i de senere år i stigende grad sat fokus på at screene misbrugerne for psykiske lidelser i de kommunale misbrugscentre, fordi der er evidens for, at misbrugere med psykiske lidelser kun kan komme ud af misbruget, hvis både deres afhængighed og psykiske lidelse behandles sam-

Den 07 MRS. 2011

Jnr 09.08.06 001
Sagsid 000146385

Ref RAF
raf@kl.dk@kl.dk
Dir 3370 3486

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3371

www.kl.dk

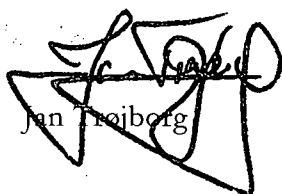
1/2

tidigt. Kommunerne kan imidlertid ikke iværksætte en psykiatrisk behandling. Det er en opgave, som påhviler regionerne.

KL vil derfor bede Danske Regioner om at tilkendegive, hvordan det sikres, at også misbrugere med en psykisk lidelse kan få den nødvendige psykiatriske udredning og behandling i den regionale behandlingspsykiatri.

KL har også sendt et brev til sundhedsminister Bertel Haarder, om problemstillingen.

Med venlig hilsen



Jan Friisborg



Peter Gorm Hansen

Indenrigs- og sundhedsministeren

KL
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S
Att.: Formand Jan Trøjborg

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M im@im.dk
W www.im.dk

København, den **16 MRS. 2011**
Sags nr.: 1102729
Dok. nr.: 458460

Kære Jan Trøjborg

Du har ved brev af 7. marts 2011 skrevet til mig om, at kommunerne oplever store vanskeligheder ved at få udredt og behandlet misbrugere med sindslidelser i det regionale behandlingssystem. Du peger i brevet bl.a. på, at misbrugere afvises i det regionale behandlingssystem med henvisning til deres misbrug.

Jeg vil gerne indledningsvist understrege, at det er uacceptabelt, hvis de såkaldte dobbeltdiagnosticerede, altså personer med både en sindslidelse og et stof- og/eller alkoholmisbrug, ikke modtager den behandling, de har behov for. En del af de dobbeltdiagnosticerede har vanskeligt ved at profitere af almindelige behandlingstilbud indenfor såvel psykiatrien som misbrugsområdet. Deres tilstand kan svinge, og den dobbeltdiagnosticeredes motivation for at modtage behandling er ikke altid til stede. Forudsætningen for en succesfuld indsats overfor denne patientgruppe er, at de modtager behandling for såvel deres sindslidelse som deres misbrug.

Ansvarsfordelingen mellem kommunerne og regionerne er efter sundhedsloven i udgangspunktet klar og entydig. Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen, og regionerne har ansvaret for behandling af den psykiatriske lidelse.

Kommunernes ansvar for behandling af alkoholmisbrugere følger af sundhedslovens § 141. Heraf fremgår, at kommunerne har pligt til at tilbyde alkoholbehandling senest 14 dage efter, at misbrugeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling. Yderligere skal kommunerne tilbyde lægelig behandling med euforiserende stoffer (substitutionsbehandling) til stofmisbrugere.

Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på alkohol- og misbrugsområdet. Kommunen har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region/en anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud. Kommunen skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper - herunder tilbud, som særligt retter sig mod sindslidende misbrugere.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens publikation "Kvalitet i alkoholbehandlingen" fra 2008, at det er væsentligt, at døgninstitutioner på alkoholområdet råder over de særlige behandlingsmiljøer og behandlingsmetoder, der kan håndtere dobbeltbelastede.

I Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling er der bl.a. fastsat retningslinjer for udredning af psykisk sygdom hos stofmisbrugere i substitutionsbehandling, jf. vejledningens kapitel 7 med tilhørende bilag. Heraf fremgår bl.a., hvordan læger, der behandler stofmisbrugere i kommunalt regi, skal forholde sig, herunder i forhold til vurdering af den eventuelle forekomst af psykisk sygdom hos alle stofmisbrugere i behandling.

Regionen har efter sundhedsloven ansvaret for behandling i sygehusvæsenet og i praksissektoren. Det gælder naturligvis også patienter med misbrug. Det regionale behandlingssystem må derfor ikke afvise at udrede eller behandle personer med en behandlingskrævende lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug.

Hvis en person med et misbrug har en sindslidelse, som kræver indlæggelse på sygehus, skal sygehuset under indlæggelse behandle patientens misbrug. Behandling af misbruget vil ofte være en forudsætning for, at patienter kan profitere af den psykiatriske behandling.

Påbegyndes behandling for misbruget under indlæggelse på sygehus, skal der med misbrugerens samtykke etableres forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivning fra sygehus, såfremt misbrugeren måtte ønske det. Det gælder også i de tilfælde, hvor patienten efter udskrivning fortsætter behandling for sin sindslidelse i fx ambulatorium, distriktpsychiatrien eller hos egen læge.

Netop samarbejdet om at sikre sammenhæng og kontinuitet i patientforløbet er helt afgørende for denne patientgruppe. Derfor er det obligatorisk for regioner og kommuner at indgå sundhedsaftaler om indsatsen overfor mennesker med en kendt sindslidelse, som tillige har et misbrug.

For at opfylde formålet skal sundhedsaftalen medvirke til at sikre klarhed over de enkelte aktørers rolle og opgaver og de samarbejdsflader, der findes mellem de regionale aktører i sygehusvæsenet og praksissektoren samt de kommunale aktører i de forskellige forvaltningsområder. I forbindelse med dette skal aftalen i forhold til sindslidende med samtidigt misbrug medvirke til at sikre samarbejdet mellem den regionale psykiatriske behandling og den kommunale misbrugsbehandling.

Ligeledes skal aftalen medvirke til at sikre, at indsatsen overfor det sindslidende menneske på ethvert tidspunkt i et forløb er tilstrækkeligt koordineret, blandt andet med henblik på at undgå uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Og at relevante aktører, herunder den sindslidende selv og dennes pårørende, ved, hvem der har ansvaret for at varetage koordineringen. I forbindelse med dette skal aftalen medvirke til at sikre, at relevante aktører har de informationer, der er nødvendige for den fortsatte opgavevaretagelse, herunder at den sindslidende og de pårørende ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om sygdomsforløbet og det videre forløb.

Derudover skal aftalen medvirke til at sikre, at der foretages en kortlægning og identificering af patienternes behov i forbindelse med udskrivning fra sygehus,

samt at tidspunktet for udskrivningen er koordineret mellem parterne, således at der sikres en sammenhængende indsats efter udskrivning. I forbindelse med dette vil det være hensigtsmæssigt at aftale brugen af udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i forhold til de patienter, som har behov for dette.

Endelig skal aftalen medvirke til at sikre koordination af kapaciteten, så mennesker med sindslidelser, der har behov for forskellige indsatser, kan få disse uden unødigt ventetid både i forbindelse med behandling og indlæggelse og i forbindelse med udskrivning til andre tilbud.

Jeg mener således, at reglerne og rammerne for en god og koordineret indsats over de dobbeltdiagnosticerede er til stede. Nu må regioner og kommuner hver især løfte deres ansvar overfor denne patientgruppe og medvirke til at sikre, at de modtager den nødvendige behandling for såvel deres sindslidelse som deres misbrug. Heldigvis sker dette allerede i dag mange steder, og jeg ved, at der fortsat arbejdes på at indfri intentionerne med sundhedsaftalerne om at sikre klarhed over de enkelte aktørers rolle og opgaver i forhold til at sikre en sammenhængende og effektiv indsats overfor den enkelte patient.

Med venlig hilsen



Bertel Haarder

Kopi sendt til formand for Danske Regioner Bent Hansen.

10 budskaber fra borgertopmøderne

Regionerne har et stort ønske om, at tage nye demokratiske arbejdsformer i brug og være med til at udvikle en tættere dialog med borgerne. Det var én af grundene til, at vi den 5. marts 2011 inviterede godt 1000 borgere til topmøde om sundhedsvæsenets værdier og udfordringer. De knoklede alle fra kl. 10 formiddag til kl. 17 aften. Og gav deres bud på, hvad de synes er vigtigst i sundhedsvæsenet. Hvad de synes skal prioriteres. Hvordan sundhedsvæsenets udfordringer kan løses.

Alle data er samlet i slutrapporten. Men vi synes også, at det store arbejde fortjener en nærmere tolkning, som kan bruges som udgangspunkt for diskussionen om, hvad der så skal ske på baggrund af borgertopmøderne.

Denne koncentrerede udgave af resultaterne samler borgenes pointer i 10 budskaber, formuleret til direkte videre brug i den politiske debat.

Borgertopmøderne blev gennemført i samarbejde med de enkelte regioner og med Teknologirådet som ansvarlig for udvikling, planlægning og gennemførelse. Teknologirådet er nedsat af Folketinget og er et rådgivende organ for folkevalgte politikere. Vi har derfor bedt Teknologirådet – i samarbejde med sekretariatet i Danske Regioner - om deres tolkning af resultaterne: Hvad sagde borgerne egentlig – kort fortalt?

Venlig hilsen

Steen Bach Nielsen
Formand for Demokratiudvalget

Hvad er et borgertopmøde?

Der kan være fra hundrede til flere tusinde deltagere. De samles en hel dag, hvor de debatterer og stemmer på nogle spørgsmål. De sidder i en stor sal ved 8-10 personers borde, som hvert ledes af en bordformand – ofte en politiker eller en embedsmand - som skal sørge for, at alle kommer til orde i debatten. Slagets gang ledes af en Topmødeguide, som sørger for at alle ved, hvad de skal gøre og at man når det hele i rette tid.

Inden mødet er deltagerne blevet inviteret repræsentativt gennem et udtræk fra personregistret. Blandt de, der ønsker at deltage, sammensættes der en deltagerliste, som så godt som muligt repræsenterer befolkningen. Deltagerne modtager inden mødet et skriftligt oplæg, som giver en nuanceret baggrund for at deltage i debatten.

Programmet for dagen er opdelt i temaer. I hvert tema ser man først en video, som slår temaet an. Derefter debatteres der ved bordene. Og som afslutning på hvert tema stemmer deltagerne om en række spørgsmål med på forhånd fastlagte svarmuligheder. Der er altid mulighed for at udfylde et såkaldt postkort. Så hvis man synes, at der mangler en svarmulighed, kan man skrive sin holdning på et postkort, som senere vil indgå i rapporten.

Der er typisk også et tema, hvori deltagerne selv skriver deres svar – det kan være i form af visioner, vigtige pointer eller anbefalinger.

Borgertopmødet den 5. marts 2011 havde følgende elementer

- 5 samtidige borgertopmøder – et i hver region
- Godt 200 deltagere ved hvert møde – altså godt 1000 borgere i alt
- Programmet begyndte med et ”visionsspil”, hvori deltagerne udvalgte nogle ”ønskekort” til fremtidens sundhedsvæsen og selv formulerede nogle ”pejlinger” for, hvornår de ønskede mål er nået.
- Derefter var der 3 tematiske debatter med afstemninger
- I alt stemte deltagerne om 18 spørgsmål.

[foto/collage fra møderne]

[Faktaboks – hvem var det, der var der.]

Hovedbudskabet

Borgertopmøderne den 5. marts 2011 efterlader nogle klare overordnede konklusioner.

Ligheden skal bevares – der må ikke være skævhed i adgangen til sundhed og behandling. Det er en konklusion, der træder frem af svarene på mange af spørgsmålene, i de ønsker borgerne valgte og de pejlinger, de selv formulerede.

Men vi kan i Danmark godt begynde at bruge nogle mekanismer, som begrænser trækket på sundhedsvæsenet – med hensyn til for eksempel meget dyre behandlinger, det store antal besøg hos eksempelvis praktiserende læger og skadestuer, og i situationer, hvor behandling kan betragtes som nytteløs. Kodeordene her er adfærdsregulering, en vis brugerbetaling og prioritering i forhold til effekten af behandlingerne.

Borgernes 10 budskaber (nummereringen er ikke udtryk for en prioritering).

1. Der skal være forventning om effekt, før man giver behandling

Man bør fravælge behandling, når den er udsigtsløs og brug af de dyreste behandlinger skal være baseret på en lægefaglig forventning om effekt. Behandling må ikke betragtes som en rettinghed, hvis den ikke vurderes at få effekt.

Observationer

- Knap 80% svarede, at der skal være 'stor sandsynlighed for helbredelse' eller 'begrænset sandsynlighed for helbredelse eller væsentlig livsforlængelse' for at lægen skal give behandling
- Til, hvorvidt patienter skal have ret til den nyeste og dyreste medicin og behandling, svarer godt 73% af borgerne nej.
 - 13% af disse mener, at billigste effektive behandling skal vælges.
 - 60% mener, at dyr behandling kan vælges, når den giver betydeligt bedre behandling.
- 1,3% mener, at 'vi skal gøre alt for at forlænge livet' hos gamle svækkede patienter uden udsigt til helbredelse.

Vurdering

73% valgte de svarmuligheder, der peger i retning af evidens-baseret valg af dyr medicin. Dermed fravalgte de dels at give Danmark en rolle som økonomisk motor for den medicinske udvikling (16% valgte dette), dels at give plads for selvbetalte dyre behandlinger (10%).

Borgerne skar igennem i de svære etiske valg omkring behandling, når den egentlig må vurderes som udsigtsløs. Et stort flertal fravalgte svarene om at give behandling for at opnå kort livsforlængelse eller af hensyn til patientens livshåb.

Det er et svar, der passer fint med svarene i forhold til regional og international specialisering (se s. 4) - borgerne ønsker effektivitet, effekt og evidens. Og de er parate til at ofre noget på den konto.

2. Ventetidsgaranti, men kun for alvorlige lidelser

Ventetidsgarantien bør afspejle en prioritering, så der skelnes mellem alvorlige lidelser, der udløser garanti, og de lettere lidelser, som ikke dækkes af garantien.

[graf med landsresultatet for spørgsmål 4 indsættes]

Observationer

- 67% siger, at 'nogle ting skal dækkes – andre ikke'
- Der differentieres tydeligt mellem de alvorlige lidelser og de mindre alvorlige – der ses en graduering fra 85% (livstruende) ned til 4,5% (kosmetisk)
- Denne tendens er skærpet i forhold til et tilsvarende spørgsmål ved borgertopmøderne i 2008.

Vurdering

Borgere har sagt, at der ikke skal være ventetidsgaranti på alt. Informationsmaterialet beskriver ventetidsgarantien som den nuværende 1-månedes garanti. Borgerne er således ikke blevet spurgt, om det så betyder, at der slet ikke skal være ventetidsgaranti på de lettere lidelser, eller om det evt. blot skulle være indenfor en længere ventetid. Svarende efterlader det altså som et åbent spørgsmål, hvordan en differentiering skal udformes – men at borgerne ønsker differentiering, er der ikke tvivl om.

3. Opbakning til specialisering på tværs af regioner

Det er ikke et krav fra borgerne, at alle regioner skal udbyde alle behandlinger.

[citat fra pejlinger indsættes]

Observationer

- Kun 7,5% siger, at man 'bør i udgangspunktet kunne behandles for alle typer lidelser på sygehuse i sin egen region'
- At skulle til en anden region for at få visse typer behandling er acceptabelt for 57%
- At skulle til et andet land for at få visse typer af behandling accepteres af 35%

Vurdering

Det klare fravalg af, at alle regioner skal udbyde alt, må tolkes som, at der er forståelse for, at kvalitet og økonomi taler for en vis specialisering – både på tværs af landet og i forhold til udlandet.

Det er vigtigt, at dette svar ikke kan tages til indtægt for, at nærhed er ligegyldigt. Borgerne har kun svaret i forhold til "visse typer af behandlinger". Der kan sagtens stå et ønske tilbage om nærhed, når det ikke drejer sig om sådanne særtilfælde.

4. Brugerbetaling – men som adfærdsregulerende middel

En vis brugerbetaling på flere områder end i dag ses som acceptabelt og ikke i konflikt med ønskerne om lighed i sundhed.

Observationer

- 41% mener, at 'der skal indføres mere brugerbetaling, dvs. på flere behandlinger end i dag'.
- 29% svarer, at 'der skal være samme niveau for brugerbetaling som i dag'
- Et lille flertal (53% mod 45%) finder, at "den svenske model" for brugerbetaling hos egen læge er en god ide (fx 150 kr. pr. besøg og max 900 kr. pr. år).
- **Henvisning til graf for spørgsmål 8**
- 'Ønskekortet', der kom på 4.pladsen hedder "Jeg ønsker, at al behandling er gratis for alle, og der ikke anvendes brugerbetaling".
- 34 'pejlinger' (24% af bordene) handler om brugerbetaling, med overvægt på adfærdsregulering.

[graf med landsresultatet for spørgsmål 8 indsættes]

Vurdering

Svarmuligheden 'mere brugerbetaling end i dag' får flest stemmer, men kun fra 4 ud af 10 borgere. På spørgsmålet om, på hvilke områder, der kan indføres "delvis brugerbetaling", gives der generelt større tilslutning. Således støtter 44-64% delvis brugerbetaling for læge, vagtlæge, medicin, psykolog, tandlæge og briller, hvorimod kun to områder kommer under de 41% generel tilslutning (mad på sygehus 32%, speciallæge 30%).

Samlet giver disse forskellige meldinger om brugerbetaling en klar indikation af, at ordet "delvis" fylder meget.

Tager man også de meget klare indikationer om lighed i sundhed og behandling i betragtning (se s. 7), er følgende tankerække nærliggende:

- 1) Kun et mindretal af borgerne ønsker brugerbetaling som en måde at give privilegeret adgang til sundhedsvæsenet.
- 2) Både ønskekortet og indholdet i de mange pejlinger underbygger dette.
- 3) Et klart flertal peger på, at der skal være lige adgang og lighed i sundhed.
- 4) Der er derimod et flertal af borgerne, der finder delvis brugerbetaling acceptabelt.
- 5) Hvilket samlet peger på, at borgerne kan se en vis brugerbetaling, og på flere områder end i dag, som et acceptabelt redskab for at begrænse evt. storforbrug af sundhedsvæsenet.

5. Stil krav til patienterne

Et stort flertal fandt, at der kan stilles krav til patienterne om selv at spille positivt med, hvis de vil have behandling.

Observationer

- 89% af deltagerne svarede, at "Det er i orden, hvis sundhedsvæsenet kræver, at patienten laver ændringer i sit liv, så behandlingen får størst mulig effekt".
- Hvis patienten ikke lever op til kravene, fandt 40%, at konsekvensen skulle være "Ingen behandling før patienten lever op til kravene".
- 29% fandt, at konsekvensen skulle være økonomisk i form af delvis brugerbetaling.
- Svarmulighederne "Der skal ikke stilles krav" og "Ingen konsekvenser" blev sammenlagt valgt af 18%.

Vurdering

Spørgsmålene om at stille krav blev stillet indenfor den ramme, at det kun gælder patienter, som er i stand til at leve op til kravene.

”Compliance” er ved mange behandlinger meget væsentlig, for at få den ønskede effekt. Det er et gennemgående træk ved topmødernes afstemninger, at borgerne ønsker, at man skal stræbe efter effektiv behandling. Derfor må det tolkes som endnu et udtryk for ønsket om at maksimere behandlingseffekten, når 9 ud af 10 borgere fandt, at det er acceptabelt at stille krav til patienterne.

Men svaret kan også tolkes som et etisk valg: Når fællesskabet er parat til at betale for din behandling, må du også selv være parat til at hjælpe med til at få behandlingen til at virke. Ellers må du selv bære en større del af fællesskabets byrde.

Begge ræsonnementer synes at være på spil. De 40%, der accepterer, at behandlingen stoppes, indtil patienten spiller med, kan tolkes at fokusere på Compliance. De 29%, der finder, at delvis brugerbetaling er den rette konsekvens, fokuserer måske mere på byrdefordelingen.

Men uanset bevæggrundene, så må man konkludere, at borgerne giver politikerne lov til at lade det få konsekvenser, hvis man ikke – når man kan - selv hjælper med til at få effekt ud af behandlingen.

6. Borgerne vil gerne påvirkes til sundere adfærd

Bred accept af at sundhedsvæsenet ”blander sig” i vores sundhed og adfærd.

Observationer

- 55-77% opbakning til afgifter og mærkning på det usunde, at få en handlingsplan fra sin læge, flere kampagner, kræve at ”svage” grupperes børn kommer til børneundersøgelse
- 20-28% opbakning til at læger telefonisk følger op overfor patienten, og til generelt at bruge lovgivning (fx forbud)
- Sammenlagt knap 8% fandt, at samfundet skal ”blende sig udenom – det er en privatsag” eller at ”Ingen af de nævnte redskaber er acceptable”.

Vurdering

Hver svarmulighed kunne teoretisk have fået 100% tilslutning, da opgaven om at ”blende sig” var stillet som en ’multiple choice’, hvor man kunne svare ja til det hele.

De løsninger, der lægger op til frivillig handling får størst opbakning (personlig handlingsplan 77%), og de, der rummer et tvangs-element (bruge lovgivning 28%) ligger lavere i tilslutning.

Dette kan umiddelbart opfattes i modstrid med resultaterne omkring ’compliance’, hvor borgerne accepterede ret skrappe krav til patienterne (se s. 5-6). Den afgørende forskel ligger formentlig i, at sundhed og adfærd ligger ’udenfor’ sundhedsvæsenet. Her er det vores dagligliv, det handler om – og så vil man ikke have samfundet og sundhedsvæsenet for tæt på. Derimod er ’compliance’ en sag ’indenfor’ sundhedsvæsenet – her er man i behandling, og så forventer man, at sundhedsvæsenet stiller krav og derigennem sikrer behandlingens effekt.

7. Lighed skal fortsat være det bærende princip

Borgernes svar om lighed er utvetydige – de ønsker et sundhedsvæsen, hvor alle er lige.

[Søjler med landsresultatet for spørgsmål 14 indsættes]

Observationer

- På et spørgsmål om, hvordan borgere med forskellige ressourcer skal behandles, svarede
 - 50% at alle skal behandles ens (lighed i behandling)
 - 38% at der skal gøres en større indsats for de svagest stillede (lighed i sundhed)
 - 10% at sundhedsvæsenet gerne må afspejle uligheden i samfundet (ulighed er acceptabelt)
- 3 ud af 4 borgere fandt, at man ikke skal kunne købe ekstra ydelser (særlig mad, enestuer m.m.)
- 3 ud af 4 fandt, alle skal kunne få behandling lige hurtigt for den samme lidelse (de, der er i arbejde/jobsøgende skal ikke have fortrinsret)
- 1/10 svarede, at tilkøb af ny dyr medicin kunne være en mulighed
- Det ”ønskekort”, der blev valgt oftest er ”Jeg ønsker, at alle modtager behandling af samme høje kvalitet, uanset hvem man er, hvor man bor og hvad man fejler”.
- 43 ’pejlinger’ (30% af bordene) handler om lighed, domineret af ønsket om lighed i behandling

Vurdering

Borgerne blev både spurgt direkte og indirekte om betydningen af lighed. I et direkte valg mellem principperne lighed i sundhed, lighed i behandling eller accept af ulighed, får de to lighedsprincipper et flertal på hele 88%. Indirekte blev der i flere spørgsmål spurgt til, om mere markedsmæssige mekanismer er acceptable, og dette får tilslutning fra mindretal på 10-25%.

Svarene om lighed er ikke nødvendigvis i modstrid med svarene om øget ’delvis brugerbetaling’ (se s. 4-5). Borgertopmøderne blev gennemført med åben henvisning til den forventede fremtidige stagnering i sundhedsvæsenets økonomi. Indenfor den ramme må der prioriteres, hvilket borgerne gjorde, blandt andet ved at pege på muligheden i at nedsætte presset på sundhedsvæsenet gennem en vis brugerbetaling. Det kan opfattes som et ønske om markedsføring af sundhedsvæsenet, men på baggrund af borgernes svar på spørgsmålene om lighed er det mere nærliggende, at ønsket om en vis brugerbetaling er fremsat netop for at kunne fortsætte et sundhedsvæsen, der baserer sig på lighed.

Det samlede katalog af svar fra borgerne viser, at et stort flertal ønsker, at lighed skal være det bærende princip i sundhedsvæsenet.

8. En værdig død fremfor udsigtsløs behandling

Gamle, svækkede patienter skal tilbydes en god afslutning på livet, fremfor at der fokuseres på kort livsforlængelse.

[alle resultater spørgsmål 16 indsættes]

Observationer

- 97% valgte en af de 3 svarmuligheder, der handlede om at give patienten gode vilkår i den sidste tid før døden.
- 1,3% fandt, at vi skal gøre alt for at forlænge livet

Vurdering

Spørgsmålet om behandling af gamle, svækkede patienter, der ikke har udsigt til helbredelse, satte et etisk spørgsmål op på en konkret måde, ved at fokusere på de alternative 'tilbud', man kan give patienten. På den ene side var der mulighed for at vælge det 'tilbud' at gøre alt for at forlænge livet – kun 1,3% valgte dette. På den anden side var der 3 tilbud, som på hver deres måde gav patienten bedre forhold i tiden op til døden – henholdsvis at fokusere på livskvalitet på sygehuset, at tilbyde hospice eller behandling i hjemmet, eller at hjælpe med at forberede sig til livets afslutning.

Borgerne fravalgte meget entydigt livsforlængelsen, hvilket svarer overens med deres svar på spørgsmålet om ret til behandling (se s. 3), og med de svar, der afspejler ønsket om at fokusere på effekt af behandlingerne.

Borgerne vælger side i den klassiske etiske debat om, hvorvidt lægegerningens opgave er at forlænge livet i enhver situation. Lidt skarpt sat op kan man sige, at borgerne lægger større vægt på omsorg end på lægegerning, når døden alligevel er uafvendelig.

9. Sundhedsvæsenets udgifter skal stagnere

Borgerne så ikke kun stagnation som et vilkår – men også som et ønske. Men sundhedsbudgettet må ikke blive mindre.

Observationer

- 2,1 % fandt, at sundhedsbudgettet skal blive mindre i fremtiden
- 64% fandt, at budgettet skulle være som i dag – heraf fandt 51%, at der derudover kan blive behov for store enkeltinvesteringer.
- 30% fandt, at budgettet skal gøres større.

Vurdering

Denne type spørgsmål må vurderes at være påvirkede af situationen – der vil nok altid være en tendens til, at dagens tema får deltagernes gunst og dermed kommer der et ønske om flere midler til området. I det lys må borgernes svar anses for at være ret klart – der er ikke flertal bag at give sundhedsvæsenet større budgetter.

Der ses dog et lille skred hen imod større uenighed om dette spørgsmål, sammenlignet med et tilsvarende spørgsmål ved borgertopmøderne i 2008. Her valgte knap 74% de to stagnations-svar. De fleste af stemmerne er vandret i retning af at gøre budgettet større.

10. Forebyggelse har høj prioritet hos borgerne

Borgerne formulerer selv mange budskaber om forebyggelse

Observationer

- 'Ønskekortet', som fik andenpladsen, var "Jeg ønsker et sundhedsvæsen, der aktivt forebygger sygdom – og ikke kun behandler".
- 76 af bordene (54% af bordene) skrev en 'pejling', der handler om forebyggelse. Forebyggelse er det hyppigst forekommende tema i pejlingerne.

Vurdering

Visionsspillet gav mulighed for spontane udtryk af ønsker, prioriteringer, visioner m.m. Dermed kunne borgerne formulere budskaber, som de på forhånd fastlagte spørgsmål og ønskekort ikke kunne give plads til. Pejlemærkerne rummer således stor autenticitet.

Det er derfor værd at bide mærke i, at forebyggelse rangerer højest blandt pejlemærkerne.

Ved borgertopmøderne i 2008 var ønsket om styrket forebyggelse en klar hovedkonklusion. Forebyggelse var derfor ikke taget med i spørgsmålene ved de 5 borgertopmøder i 2011. Men borgerne bragte det selv på banen igen.

På borgertopmøderne formulerede hvert bord 3 pejlemærker til politikerne. I alt blev der produceret 405 pejlemærker med borgernes ønsker til udviklingen af sundhedsvæsenet.

Der er nogle temaer, der har optaget rigtig mange borgere. De vigtigste er:

76 pejlemærker om fokus på forebyggelse. (54% af bordene)

54 pejlemærker om mere kommunikation og sammenhængende behandling (39%)

53 pejlemærker om øget brug af it, særligt den elektroniske patientjournal (38%)

43 pejlemærker om lighed i sundhedsvæsenet (30%)

34 pejlemærker om brugerbetaling som adfærdsregulerende middel (24%)