



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

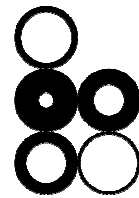
15-06-2011
Sagsnr. 11/1043
Annette Budtz-
Jørgensen
Tel.: 3529 8263
E-mail: abj@regioner.dk

Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 23-06-2011 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, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøller Pedersen

Afbud:

Mødested: Danske Regioner,
Dampfærgevej 22,
2100 København Ø



Indholdsfortegnelse

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/1043	1
2. Godkendelse af åbent referat af møde 26. maj 2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/1043	3
Bilag: 1. Åbent referat af møde 26-05-2011 i Danske Regioners bestyrelse	
3. Bestyrelsesansvarsforsikring, sagsnr. 10/2562	5
4. Økonomiaftale med KL, sagsnr. 10/2318	7
Bilag: 1. Aftale om kommunernes økonomi for 2012	
Bilag: 2. Aftale om regionernes økonomi for 2012	
5. Reduktion af pladser på de sikrede institutioner, sagsnr. 07/3848	9
Bilag: 1. Statistik om de sikrede institutioner, juni 2011	
Bilag: 2. Fremtidig kapacitet på de sikrede institutioner, juni 2011	
Bilag: 3. Belægning på de sikrede institutioner september 2010 til april 2011	
Bilag: 4. Danske Regioners brev til Socialministeren	
Bilag: 5. Svar fra Socialministeriet	
6. Epilepsihospitalet Filadelfia, sagsnr. 11/609	13
7. Regionernes Telemedicinstrategi, sagsnr. 09/2806	17
Bilag: 1. Regionernes telemedicinstrategi	
8. Udviklingsperspektiver på det telemedicinske område, sagsnr. 09/2806	19

9.	Godkendelse af strategi for digital Patient Empowerment, sagsnr. 10/2352	23
	Bilag: 1. Strategi for patient empowerment	
10.	Pensionspolitisk Konference, sagsnr. 09/1976	27
11.	Rigsrevisionens beslutning om en større undersøgelse af kræftområdet, sagsnr. 11/310	29
	Bilag: 1. Brev samt	
	Bilag: 2. Notat fra Rigsrevisionen om større undersøgelse af kræftområdet	
12.	Anvendelse af sociale klausuler i udbud vedrørende uddannelses- og praktikpladser, sagsnr. 11/1025	33
	Bilag: 1. Maksimal klarhed om anvendelse af sociale klausuler	
13.	Revidering af EU's udbudsregler, sagsnr. 10/1523	35
14.	Sund Vækst initiativer, sagsnr. 10/935	39
	Bilag: 1. Opfølgingsmøde om Sund Vækst og Velfærdsløsninger - Udkast til initiativer som opfølgning på dialogmøder om Sund Vækst og velfærdsløsninger	
15.	Orienteringspunkter, sagsnr. 11/1043	43
16.	Næste møde, sagsnr. 11/1043	51
17.	Eventuelt, sagsnr. 11/1043	53



1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/1043

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

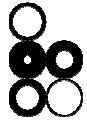
-

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.





2. Godkendelse af åbent referat af møde 26. maj 2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/1043

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

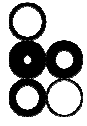
*Det indstilles,
at referatet godkendes.*

Sagsfremstilling

-

Bilag

Åbent referat af møde 26-05-2011 i Danske Regioners bestyrelse.pdf (963456).



3. Bestyrelsesansvarsforsikring, sagsnr. 10/2562

Susanne Hjorth

Resumé

Bestyrelsesansvarsforsikring for Danske Regioners bestyrelse og tilknyttede hverv, hvortil Danske Regioner udpeger medlemmer, kan tegnes hos forsikringsselskabet Nassau til en årlig præmie på 100.000 kroner. Dækningssummen er 25 millioner kroner pr. hændelse/eller i alt pr. år. Forsikringen dækker bestyrelsesmedlemmerne og direktionen samt deres bo mod krav som følge af fejlagtige dispositioner truffet under udførelsen af det omhandlede hverv.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioner tegner bestyrelsesansvarsforsikring hos forsikringsselskabet Nassau.

Sagsfremstilling

Forsikringsmæglerfirmaet Willis I/S har på vegne af Danske Regioner udbudt tegning af bestyrelsesansvarsforsikring hos fem forsikringsselskaber: Nassau, Chubb, Chartis, Codan og Gjensidige. Det er alene Nassau, der har villet tegne forsikring for medlemskab af pensionskasserne.

Nassaus tilbud omfatter samtlige hverv, hvortil Danske Regioner har foretaget udpegning ved konstitueringen i 2010, og hvor der ikke er tegnet forsikring i forvejen. Der kan ikke tegnes forsikring for ATP og AMGROS. AMGROS har selv tegnet forsikring. Nytilkomne hverv vil kunne tilføjes efter nærmere aftale med Nassau. Den årlige forsikringspræmie lyder på 100.000 kroner. Tegning af forsikring, hvor medlemmerne af pensionskasserne under PKA og Pen-Sam undtages, udgør 93.529 kroner.

Pen-Sam har selv tegnet bestyrelsesansvarsforsikring for Pen-Sam koncernen, herunder de tre pensionskasser. Den samlede forsikringssum er 100 millioner kroner, og dækker alle juridiske enheder, opdelt i forskellige undersummer. Genforhandling sker ca. hvert 3. år, genforhandling finder sted i uge 25/2011.

PKA A/S har på møde den 27. maj 2011 besluttet, at der ikke skal tegnes forsikring for bestyrelsesansvar i PKA pensionskasserne. Dette vil blive meldt ud til medlemmerne af PKA pensionskassernes bestyrelser.



Tilbuddet fra forsikringsselskabet Nassau dækker Danske Regioners bestyrelse og hvert, som bestyrelsen har udpeget medlemmer til. Forsikringen dækker de udpegede medlemmer og medlemmer af direktionen samt deres bo m.v. mod krav som følge af deres eventuelle fejlagtige dispositioner i hvervene.

Forsikringen dækker efter bonus pater princippet, dvs. dækker kun såfremt medlemmet har handlet fornuftigt i en given situation. Handles der skødesløst, uagtsomt eller med forsæt, pådrager man sig erstatningsansvar. Bestyrelsesansvar er normalt kollektivt. Det kræver en nedlæggelse af hvervet, hvis man vil undgå at pådrage sig bestyrelsesansvar. Forsikringen dækker fejl og undladelser, som begås i forsikringstiden, og som anmeldes i forsikringstiden. Der er ret til at efteranmelde i en periode på 12 måneder, efter at en fejl er opdaget. Fra-trædende bestyrelsesmedlemmer dækkes i 72 måneder efter deres ophør i en bestyrelse. Det er en forudsætning, at forsikringen er tegnet, når forsikringshændelsen anmeldes.

Det kan oplyses, at forsikringen ikke dækker efter, at en virksomhed er erklæret konkurs, dog vil en eventuel ansvarspådragende konkursbegæring være dækket.

Forsikringen tegnes med en sum på 25 millioner kroner pr. krav og i alt pr. år. I tillæg hertil er der advokatdækning på op til 6,25 millioner kroner.

Man skal være opmærksom på, at ansvar i en bestyrelse i en virksomhed bedømmes stærkere end ansvar i et politisk valgt organ. Det er derfor vigtigt, at forsikringsselskabet underrettes, så snart man er opmærksom på kravet eller formodningen om et krav.

Bilag

Ingen.

4. Økonomiaftale med KL, sagsnr. 10/2318

Andrea Grandelag

Resumé

Lørdag den 4. juni indgik KL aftale med regeringen om kommunernes rammer for økonomien 2012. Der er som i regionernes aftale fokus på en stram økonomi.

Der er mange fælles temaer i de to aftaler, men generelt er KL's aftale mere detaljeret, hvor regionernes er overordnet på mange områder.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen drøfter aftalen med KL.

Sagsfremstilling

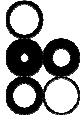
Lørdag den 4. juni indgik KL aftale med regeringen om kommunernes rammer for økonomien 2012. KL's aftale indledes som vores aftale med rammerne for økonomien, som er genopretningsaftalen og 2020-planen, men med endnu mere fokus på en stram økonomi.

Der er flere fælles temaer i de to aftaler. Begge har et afsnit om økonomistyring, som er omtrent ens, og som indeholder et analysearbejde med fokus på økonomistyring. Yderligere er der i begge aftaler stort fokus på bedre ressourceudnyttelse. Blandt de fælles emner er indkøb, bedre administration, konkurrenceudsættelse. På alle områderne er KL's aftale mere omfangsrig. Eksempelvis er der på indkøbsområdet i KL's aftale langt flere detaljer med blandt andet konkrete krav til hvor mange kommuner, der deltager i diverse aktiviteter. Modsat er der i regionernes aftale fokus på det arbejde, som regionerne selv har sat i gang.

I Danske Regioners aftale er der til gengæld et afsnit om sygefravær, som ikke findes i KL's aftale.

I forhold til sundhedsområdet er der en lang tekst om den øgede kommunale medfinansiering og de øgede incitamentter til forebyggelse, som lovændringen giver.

Der bliver også lagt vægt på, at der i kommunerne er forskelle i medfinansieringsudgifter pr. indbygger. Og at der derigennem er et potentiale ved at styrke



forebyggelsen for eksempel i forhold til kronikere, så antallet af sygehusindlæggelser nedbringes.

Af KL-aftalen fremgår det på sundhedsområdet, at der igangsættes et arbejde, hvor KL, Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Finansministeriet er med. Formålet med arbejdet er ”at identificere potentialer for en mere effektiv forebyggelsesindsats i forhold til blandt andet at nedbringe sygehusindlæggelser og genindlæggelser”. Der skal blandt andet ses på konkrete modeller, der kan styrke samarbejdet mellem kommuner og regioner.

Bilag

Aftale om kommunernes økonomi for 2012.pdf (962541).

Aftale om regionernes økonomi for 2012 (962363).



5. Reduktion af pladser på de sikrede institutioner, sagsnr. 07/3848

Laura Toftegaard Peder-
sen

Resumé

Der er i dag 155 pladser på de sikrede døgninstitutioner for børn og unge, hvoraf to pladser i Københavns Kommune er sat i bero. På baggrund af en høj belægning og mange afvisninger på de sikrede institutioner har regionerne planlagt en gradvis udvidelse af kapaciteten til 177 pladser, som forventes fuldført i starten af 2012. Men siden efteråret 2010 er der set en dalende belægningsprocent på de sikrede institutioner, og i april 2011 var belægningen nede på 70 procent.

Derfor har socialdirektørerne foreslået at nedlægge pladser på de sikrede institutioner svarende til en samlet kapacitet på 142 pladser efter nedlæggelsen. Såfremt belægningen fortsat er lav efter en halvårlig monitoreringsperiode, bør yderligere pladser nedlægges.

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen drøfter sagen.*

Sagsfremstilling

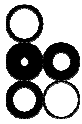
Regionerne har koordineringsforpligtelsen på de sikrede døgninstitutioner for børn og unge. På nuværende tidspunkt er der 155 sikrede og særligt sikrede pladser på landsplan fordelt på syv institutioner. Pt. er to pladser dog sat i bero i Københavns Kommune, dvs. at der er reelt 153 fungerende pladser.

Regionerne har planlagt en udvidelse af pladserne svarende til en samlet kapacitet på 177 i 2012. Planen er lavet på baggrund af:

- Regionernes ønske om at nedbringe ventelisterne til de sikrede institutioner og skabe en akutfunktion.
- Henvendelse fra Socialministeren om udvidelse med 26 pladser som følge af nedsættelsen af den kriminelle lavalder i 2010.

Lav belægning på de sikrede institutioner

Siden efteråret 2010 er der sket et fald i belægningen på de sikrede institutioner. I foråret 2011 er belægningen på de sikrede institutioner faldet fra 84 procent i anden halvdel af 2010 til 68 procent i maj 2011. Belægningen har ligget stabilt på dette niveau siden årsskiftet. Der ses især en lav belægning på de sær-



ligt sikrede pladser, hvor belægningen siden september 2010 gennemsnitligt har været 57 procent. Til sammenligning har der i samme tidsperiode været en gennemsnitlig belægning på 78 procent på de sikrede pladser særskilt.

Den faldende belægningsprocent kan muligvis tillægges et fald i antallet af anbringelser og opholdsdage på de sikrede institutioner. I 2010 var der 20 færre anbringelser af børn og unge på de sikrede institutioner sammenlignet med 2009 og antallet af opholdsdage faldt i samme periode med 2496. Derudover kan det skyldes, at den forventede virkning af nedsættelsen af den kriminelle lavalder i form af et øget behov for pladser indtil videre er udeblevet. Samtidig er der sket en stigning i antallet af pladser i 2010 fra 121 til 145.

Reduktion af pladser

Det er beregnet, at kapaciteten på de sikrede institutioner skal reduceres til 129 pladser, hvis belægningen skal være på 85 procent, forudsat at belægningen er stabil.

Der er dog en række usikkerheder i forhold til at forudsige den fremtidige belægning på de sikrede institutioner:

- Den fulde effekt af nedsættelsen af den kriminelle lavalder er muligvis ikke slået igennem endnu.
- Kommunernes henvisningsmønster efter ændringen i finansieringen af de sikrede institutioner kendes ikke fuldt ud endnu.
- Politiets aktivitet i forhold til sigtelser af 14-17-årige ændres muligvis.

Derfor har socialdirektørerne foreslået, at der ikke i første omgang nedjusteres til 129, men til ca. 142 pladser. Efter en monitoreringsperiode på et halvt år, bør antallet af pladser reduceres yderligere, hvis belægningen fortsat er lav.

Socialdirektørerne har endvidere peget på to forskellige modeller for, hvordan reduktionen af pladser kan fordeles på regionerne. Der er ikke opnået enighed om, hvilken model der skal anvendes. Københavns Kommune er dog indforståede med at stoppe udbygningen af yderligere otte pladser, hvoraf de har allerede sat to pladser i bero. Nedenstående modeller opererer dog fortsat med 18 pladser i Københavns Kommune, da det var antallet da modellen blev udarbejdet.

Model 1

Model 1 har følgende forudsætninger:

- Belægningsprocenten skal være 85 procent.
- Al udbygning og nybyggeri stoppes med øjeblikkelig virkning.
- Reduktion i resterende pladser fordeles ligeligt på institutionerne

Tabel 1: Model 1

Region/ Kommune	Institution	Nuværende pladser	Pladser inkl. ud- bygning	Fremtidige pladser v. belægning på 85%	Reduktion af pladser v. model 1	Fremtidige pladser v. model 1
Københavns Kommune	<i>Sønderbro</i>	18	26	18	-8	18
Region Ho- vedstaden	<i>Sølager</i>	28	28	23	-2	26
Region Sjæl- land	<i>Bakkegården</i>	29	49	39	-7	42
	<i>Stevnsfortet</i>	20				
Region Syd- danmark	<i>Egely</i>	25	30	25	-3	27
Region Midt- jylland	<i>Grenen</i>	25	34	24	-5	29
	<i>Koglen</i>	10				
Nordjylland	-	0	10	0	-10	0
I alt		155	177	129	-35	142

Modellen indebærer, at de tre regioner med to institutioner skal reducere mest, og at der ikke etableres en institution i Region Nordjylland.

Model 2

Model 2 har følgende forudsætninger:

- Belægningsprocenten skal være 85 procent
- Reduktionen sker i de regioner, hvor der senest er planlagt udvidelse af pladser, dvs. at der skal ske en tilbagerulning af planlagte pladser og etablerede pladser.

Tabel 2: Model 2

Region/ Kommune	Institution	Nuværende pladser	Pladser inkl. ud- bygning	Fremtidige pladser ved be- lægning på 85%	Tilbagerulning af pladser v. model 2	Fremtidige pladser v. model 2
Københavns Kommune	<i>Sønderbro</i>	18	26	16	-8	18
Region Ho- vedstaden	<i>Sølager</i>	28	28	26	-2	26
Region Sjæl- land	<i>Bakkegården</i>	29	49	34	-10	39
	<i>Stevnsfortet</i>	20				

Region Syd- danmark	<i>Egely</i>	25	30	20	-10	20
Region Midt- jylland	<i>Grenen</i>	25	34	25	-5	29
	<i>Koglen</i>	10				
Nordjylland	-	0	10	8	0	10
I alt		155	177	129	-35	142

I denne model reduceres pladserne efter, hvornår de er blevet planlagt. Dvs. at der fortsat etableres en institution i Region Nordjylland, og at der dermed skal nedlægges flere eksisterende pladser end i model 1.

Socialdirektørerne i Region Sjælland og Region Hovedstaden har tidligere peget på model 1 og socialdirektørerne i Region Nordjylland og Midtjylland på model 2. Der er ikke peget på en bestemt model fra Region Syddanmarks side.

Regionsdirektørerne har endvidere drøftet sagen, og der var enighed om, at der i en model lægges vægt på nærhed.

Sagen har endelig været berammet, men ikke drøftet på regionsformandsmødet den 26. maj, men blev ikke drøftet. Der er berammet et møde med socialministeren den 23. juni 2011.

Bilag

Statistik om de sikrede institutioner, juni 2011 (962563).

Fremtidig kapacitet på de sikrede institutioner, juni 2011 (962567).

Belægning på de sikrede institutioner september 2010 til maj 2011 (947898).

Danske Regioners brev til Socialministeren (962582).

Svar fra Socialministeriet.doc (962580).

6. Epilepsihospitalet Filadelfia, sagsnr. 11/609

Helene Skude Jensen

Resumé

Region Sjælland har gennem et langt forløb forhandlet med Epilepsihospitalet Filadelfia om en ny driftsoverenskomst. Forhandlingerne er endnu ikke afsluttede. Filadelfia har brugt pressen aktivt og beskrevet, at hospitalet er luknings-truet, medmindre der findes en løsning, der sikrer Filadelfia økonomiske vilkår, der ikke er væsentligt forringede ift. 2010. Regeringens Sundhedspakke adresserer også Filadelfias trængte økonomi med opfordring til, at der findes en holdbar løsning.

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen drøfter sagen*

Sagsfremstilling

Epilepsihospitalet Filadelfia er indskrevet i Sundhedsloven som et foreningsejet specialsygehus med en økonomisk fritvalsramme. Rammen er på 75,4 millioner kroner. Region Sjælland skal som beliggenhedsregion forhandle en driftsoverenskomst med Epilepsihospitalet. Regionen har siden februar 2010 været i forhandlinger med Epilepsihospitalet om en ny driftsoverenskomst uden at nå i land.

En række forskellige faktorer betyder, at forhandlingerne er vanskelige herunder bl.a. :

- Et regionalt ønske om at modernisere driftsoverenskomsten, hvilket indebærer præcisering af hvilke ydelser, der kan ligge i rammen, revision af taksterne mv.
- En diskussion af hvordan langliggerne (30 langtidsindlagte patienter under ikke-sygehuslignende forhold) skal afregnes.
- Det faktum, at regionernes køb af ydelser hos Epilepsihospitalet i en år-række har ligget væsentligt over fritvalsrammen (i 2010 over 170 millioner kroner incl. fritvalsramme og betaling for langliggerne) samtidigt med, at regionerne generelt ikke har ytret ønske om at købe ydelser i nær samme omfang. Hidtil har regionerne afregnet med Epilepsihospitalet uden nærmere skelen til fritvalsramme mv.

Epilepsihospitalet har derfor gjort gældende – blandt andet i medierne samt ved henvendelser til Indenrigs- og Sundhedsministeren og diverse folketingspolitikere – at hospitalet er i overhængende risiko for at gå konkurs.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet gået ind i sagen, og der har været afholdt embedsmandsmøder mellem ministeriet, Epilepsihospitalets ledelse, Region Sjælland og Danske Regioner.

Der er et stort politisk pres for at finde en løsning.

Der kan identificeres følgende elementer, der kunne indgå heri:

- Indgåelse af driftsoverenskomst, hvor fokus især er på højt specialiserede ydelser
- Afregning af langtidsindlagte patienter uden for fritvalsrammen
- Indgåelse af bilaterale aftaler mellem de enkelte regioner og Epilepsihospitalet
- Indgåelse af aftaler om udvidet frit valg mellem Danske Regioner og Epilepsihospitalet

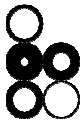
Der er også brug for nogle klokkeklare udmeldinger til Epilepsihospitalet om, at de effektivitets- og produktivitetskrav, der stilles til moderne sygehusdrift, også gælder for dem. Og deri en forventning om, at omkostningsniveauet kan bringes ned.

Problematikken omkring de langtidsindlagte patienter rummer nogle særlige aspekter og beskrives derfor lidt mere indgående nedenfor.

De langtidsindlagte

Kolonien Filadelfia var tidligere en særfororgsinstitution. Institutionen ydede i et vist omfang ikke-sygehuslignende ydelser til en særlig gruppe patienter, der pga. epilepsi havde behov for pleje og omsorg. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 1980 en rapport om Koloniens placering i epilepsibehandlingen. I rapporten fremgår det, at patientgruppen skulle have lov til at blive boende på Kolonien, såfremt de ønskede det. Der var tale om en patientgruppe, som havde opholdt sig i mange år på institutionen. Amterne opponerede ikke mod dette synspunkt i deres høringssvar til rapporten. Ved særfororgens udlægning var der ca. 150 langtidsindlagte patienter. I takt med tiden er gruppen blevet mindre.

I forbindelse med særfororgens udlægning blev det besluttet, at de langtidsindlagte patienter på Epilepsihospitalet fortsat skulle have lov at blive boende på



Epilepsihospitalet. Finansieringen skulle forestås ved det oprindelige ”bopæl-samt”. I dag betaler hver region for de langtidsindlagte patienter, som oprindeligt havde bopæl i regionen.

Epilepsihospitalet huser fortsat 29 langtidsindlagte patienter under ikke-sygehuslignende forhold, hvoraf nogle har boet på institutionen, siden de var børn. Sekretariatet har fået oplyst, at de fordeler sig som følger: Region Hovedstaden – 15, Region Sjælland – 5, Region Syddanmark – 3, Region Midtjylland – 5, Region Nordjylland – 1.

De 29 har alle epilepsi og bor fordelt på tre botilbud, afhængig af graden af deres sygdom/handicap. Nogle beboere deltager i aktiviteter og er fuldt mobile, andre bruger kørestol og en gruppe har behov for hjælp i døgnets 24 timer.

Epilepsihospitalets takst for en langtidsindlagt patient er ca. 1,2 millioner kroner per år. Dvs. regionerne betaler ca. 36 millioner kroner årligt til de langtidsindlagte patienter.

En særlig problematik omkring de langtidsindlagte svarer til den bopælsproblematik, der er omkring Sikringen, nemlig at patienterne er registreret som havende bopæl i Region Sjælland.

Regeringens Sundhedspakke

Problemstillingen er behandlet i Regeringen med fleres sundhedspakke af maj 2011. Heri hedder det:

”Aftaleparterne er opmærksomme på, at Epilepsihospitalet Filadelfia i Dianalund er i en vanskelig økonomisk situation. Der er for tiden drøftelser mellem hospitalet og regionerne med Indenrigs- og Sundhedsministeriets deltagelse med henblik på at finde en holdbar løsning for hospitalets fremtidige drift.

Aftaleparterne opfordrer til, at disse bestræbelser hurtigst muligt føres til ende på en måde, der sikrer, at hospitalets særlige position i dansk epilepsibehandling kan opretholdes”.

Bilag

Ingen.



7. Regionernes Telemedicinstrategi, sagsnr. 09/2806

Signe Vind

Resumé

Regionernes Telemedicinstrategi er nu færdig. Udarbejdelsen af strategien er et af pejlemærkerne for Regionernes Sundheds-it (RSI). I strategien peges på, hvordan telemedicin kan optimere hospitalsdriften inden for indsatsområderne: Præhospitalt, intrahospitalt/interhospitalt, internationalt, mellem hospital og patientens hjem samt i psykiatrien. Med udgangspunkt i disse indsatsområder, har strategien 11 generelle anbefalinger og 13 specifikke anbefalinger. Strategiens formål er at fastlægge regionernes udviklingsvej på det telemedicinske område for at sikre sammenhæng og koordinering mellem regionerne og inden for de enkelte regioner. Strategien er afgrænset til at omfatte hospitalsdrift.

Indstilling

*Sundhedsudvalget indstiller,
at bestyrelsen godkender Regionernes Telemedicinstrategi.*

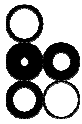
Sagsfremstilling

Formålet med strategien er at fastlægge regionernes overordnede udviklingsvej på det telemedicinske område og skabe et grundlag for sammenhæng og koordinering regionerne imellem og inden for de enkelte regioner. Strategien er et af pejlemærkerne for Regionernes Sundheds-it (RSI).

Strategien kan være et middel til at optimere hospitalsdrift, og i strategien peges der på, hvordan telemedicin kan anvendes inden for indsatsområderne: Præhospitalt, intrahospitalt/interhospitalt, internationalt, mellem hospital og patientens hjem samt i psykiatrien. Strategien ser ikke på det tværsektorielle samarbejde og koordinering. Dog kan strategien ses som et vigtigt element i forbindelse med udarbejdelsen af den nationale telemedicinstrategi i samarbejde med staten og KL.

Strategien indeholder 11 generelle anbefalinger og 13 specifikke anbefalinger inden for de fem ovennævnte indsatsområder. Anbefalingerne er prioriteret i forhold til kompleksitet og tidsperspektiv.

De generelle anbefalinger er bl.a., at der tages afsæt i eksisterende telemedicinske løsninger, hvor regionerne samtænker og integrerer eksisterende telemedicinske løsninger (anbefaling 1). Samtidig anbefales det, at regionerne bruger



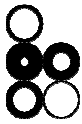
såkaldte ”implementeringspakker”, når der skal indføres nye telemedicinske løsninger. Implementeringspakkerne skal indeholde klare beskrivelser af bl.a. ansvarsdeling, uddannelsesvejledninger, kommunikationsveje, arbejdsgangsanalyser og evaluering (anbefaling 7). Strategien indeholder endvidere en generel anbefaling om sikring af effektiv it-infrastruktur ved fremtidigt sygehusbyggeri. Det er bl.a. for at sikre en løbende tilpasning af hospitalerne i forhold til den teknologiske udvikling (anbefaling 10).

Af væsentlige specifikke anbefalinger kan nævnes, at det gøres muligt at sende data/videobilleder fra ambulance og helikopter til akut-modtagelser og til eksperter på specialafdelinger (anbefaling 13). Samtidig er der en anbefaling om at vurdere mulighederne for at driftsoptimere ved at bruge telemedicin til udnyttelse af specialistkompetencer, både mellem hospitaler og på det enkelte hospital (anbefaling 16). Det anbefales endvidere, at anvendelse af telemedicin skal fokuseres på de store patientgrupper med kroniske lidelser og hyppige hospitalsbesøg (anbefaling 22), og at telemedicin bruges til at understøtte accelererede patientforløb og rehabilitering (anbefaling 23).

Strategien er godkendt af RSI's styregruppe og sundhedsudvalget. Efter politisk godkendelse skal strategien sendes til orientering og videre drøftelse i de fem regionsråd. RSI-styregruppen har anmodet den nuværende projektorganisation om at gennemgå strategiens anbefalinger i forhold til status for den enkelte region, herunder om der er basis for fællesregionalt samarbejde. Det forventes, at denne oversigt ligger klar primo oktober 2011.

Bilag

Regionernes telemedicinstrategi_ version 1.0_ 12 05-2011 (960195).



8. Udviklingsperspektiver på det telemedicinske område, sagsnr. 09/2806

Signe Vind

Resumé

Det telemedicinske område er i hastig udvikling. Regionerne har gjort mange erfaringer fra gennemførte pilotprojekter, men for at udnytte de store potentialer ved telemedicin, sættes der andre krav til implementering og organisering. Samtidig ses et øget politisk fokus på telemedicin og en stigende efterspørgsel efter tværsektorielt samarbejde. Denne udvikling gør det nødvendigt, at regionerne lægger an til et kursskifte, der går mod øget samarbejde med andre sektorer, videndeling, prioritering og satsning på storskalaprojekter på det telemedicinske område.

Indstilling

Sundhedsudvalget indstiller,
at bestyrelsen drøfter udviklingsperspektiverne for telemedicin i regionerne.

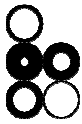
Sagsfremstilling

Alle regioner har i de senere år gennemført en række telemedicinske projekter, og der er pt. flere igangværende initiativer. Det er f.eks. Patientkufferten, telemedicinsk sårvurdering og teletolkning. Fælles for projekterne er, at det ofte kun er en afdeling eller et sygehus i en eller flere regioner, der deltager. Samtidig er det karakteristisk for projekterne, at de gennemføres på særlige vilkår, der ikke kræver større ændringer i sygehusenes driftsorganisation, og at de telemedicinske teknologier anvendes uden integration til øvrige it-systemer.

Både politikere, fagpersoner og patienter er positive og efterspørger flere telemedicinske løsninger, bl.a. pga. de økonomiske og kvalitetsmæssige potentialer. Samtidig efterspørges en national koordinering og samarbejde med kommuner og praksissektor, der bl.a. skal sikre sammenhængende patientforløb.

Udviklingen på det telemedicinske område giver behov for en politisk drøftelse af de regionale perspektiver på telemedicin. I regi af Regionernes Sundheds-it (RSI) er der netop udarbejdet en regional telemedicinstrategi (jf. andet punkt på dagsordenen). Strategien omfatter anvendelse af telemedicin i hospitalsdriften og er således afgrænset fra at have et tværsektorielt sigte.

Formålet med dette dagsordenspunkt er derfor at pege på de overordnede udviklingsperspektiver, der skal danne rammen for regionernes tilgang og arbejde



med telemedicin, set i et perspektiv, der omfatter hele sundhedsvæsenet. Det drejer sig om 1) Tværsektorielt samarbejde; 2) Tværregionalt samarbejde; 3) Videndeling og prioritering; 4) Storskalaprojekter; 5) Marked og 6) Standardisering.

1. Tværsektorielt samarbejde

Telemedicin kan medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb ved at involvere flere sektorer i behandlingen. F.eks. i telemedicinsk sårbehandling, hvor sygehuse og kommunal hjemmepleje samarbejder om behandlingen.

Telemedicinsk behandling bør tilrettelægges ud fra en vurdering af, hvilken sundhedsfaglig indsats den pågældende patient kræver, så arbejdsfordelingen blandt de forskellige sektorer sker ud fra en faglig vurdering. Bl.a. for at sikre, at der ikke anvendes specialistressurser til en behandling, der egentlig kan klares i almen praksis eller i hjemmeplejen.

I tilrettelæggelsen og implementeringen af fremtidige telemedicinske indsatser i regionerne bør der etableres et samarbejde med andre sektorer i det omfang, det er relevant.

2. Tværregionalt samarbejde

Regionerne bør indgå i et forpligtende tværregionalt samarbejde omkring telemedicin. Med et forpligtende samarbejde menes, at regionerne som udgangspunkt skal deltage i fællesregionale tiltag og fælles koordinering, med mindre der er væsentlige årsager til, at en region ikke kan deltage.

Det gælder f.eks. koordinering af indkøb af telemedicinsk udstyr. Det giver både mulighed for at opnå økonomiske besparelser ved bestilling af større ordrer og er med til at sikre, at regionerne anvender ens telemedicinske udstyr, så patienterne tilbydes den samme behandling over hele landet. Ved at samarbejde og koordinere kan det samtidigt undgås, at tilsvarende løsninger implementeres uafhængigt af hinanden, eller at samme forskning sker i flere regioner. I stedet kan videndeling mellem regionerne øge udviklingen og reducere udgifterne.

3. Videndeling og prioritering

Regionerne har mange gode erfaringer på specifikke kronikerområder, det gælder især telemedicinsk behandling af KOL-patienter. Her ligger et stort potentiale for at overføre gode erfaringer og best practice til andre patientgrupper.

Denne videndeling er vigtig, idet godt 1,7 mio. danskere lever med en eller flere kroniske sygdomme. Fælles for disse patienter er, at de har hyppig kontakt med sundhedsvæsenet. Telemedicin vil øge livskvaliteten for disse patienter



med langt færre sygehusbesøg og mindre transporttid. Prioriteringen af indsatsområderne bør ske ved en vurdering af, hvor det største udbytte ved at indføre telemedicin kan opnås. Det er bl.a. ud fra kriterier om, at den telemedicinske behandling skal skabe øget kvalitet for patienten og øge eller som minimum fastholde den faglige kvalitet, og at der skal være en økonomisk fordel ved at overgå til telemedicinsk behandling.

4. Storskala-projekter

På trods af de mange positive erfaringer fra de telemedicinske projekter har vi endnu ikke et grundlag for at vurdere den reelle gevinst ved at indføre telemedicin. Det skyldes, at alle projekter, der er gennemført indtil nu, er pilotprojekter. Fælles for disse projekter er, at de er udført i lille skala, hvor kun en enkelt afdeling eller sygehus i en eller flere regioner deltager. Samtidig er det karakteristisk for pilotprojekterne, at de gennemføres på særlige vilkår, der eksempelvis ikke kræver en større omlægning i sygehusenes driftsorganisation, samtidig med at de telemedicinske teknologier bliver anvendt uden integration til øvrige it-systemer i sundhedsvæsenet. For at kunne estimere den reelle gevinst – og ikke mindst for at udløse potentialet ved telemedicin, er det nødvendigt at implementere og anvende telemedicin i daglig praksis.

5. Marked

Regionernes satsning på telemedicin skal understøtte en markedsdrevet innovativ udvikling, som også kommer virksomheder til gode, frem for store centrale løsninger, der låser markedet og innovationen. Ved at styrke det offentlig-private samarbejde og virksomhedernes eksportmuligheder er der store samfundsøkonomiske potentialer ved telemedicin.

Danmark skal forsat være med fremme i udviklingen af medico-udstyr. Det kommer også regionerne til gode, da et samarbejde med industrien sikrer lettere adgang til det nyeste teknologiske udstyr og mulighed for at deltage i udviklingsprocesserne, så udstyret er tilpasset konkrete behov.

6. Standardisering

Udviklingen af telemedicinske løsninger og samarbejde på tværs af sektorer skal ske inden for rammerne af internationale standarder. Systemerne skal kunne tale sammen på tværs af sektorer. Samtidig skal standardiseringen sikre, at gode telemedicinske løsninger, produceret i Danmark, kan komme ud på et globalt marked og at udenlandske løsninger kan anvendes i Danmark.



Det videre arbejde

Regeringen har netop vedtaget, at der skal udarbejdes en handlingsplan for telemedicin. Der er øremærket 50 millioner kroner i ABT-fonden til at understøtte handlingsplanen, bl.a. til udbredelse af egnede telemedicinske løsninger. Det giver regionerne mulighed for at realisere udviklingsperspektiverne. Det samme gælder den nationale telemedicinstrategi, hvor regionerne deltager i udarbejdelsen.

Bilag

Ingen.

**9. Godkendelse af strategi for digital Patient Empowerment, sagsnr.
10/2352**

Kristoffer Lange

Resumé

Regionernes Sundheds-it har udarbejdet en strategi for, hvordan regionerne giver gode muligheder for at være en aktiv patient - it-understøttet "patient empowerment". Strategien giver anbefalinger til fire projekter. Blandt andet etablering af et digitalt rum til dialog mellem sundhedsvæsnet, patienter og pårørende. Strategien er et af regionernes 24 pejlemærker for sundheds-it. Det næste skridt er, at strategien i juni og august sendes til politisk behandling i regionsrådene.

Indstilling

*Sundhedsudvalget indstiller,
at bestyrelsen godkender strategi for it-understøttet patient empowerment.*

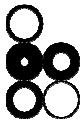
Sagsfremstilling

Regionerne har 24 pejlemærker for sundheds-it. Et af pejlemærkerne er, at de fem regioner i foråret 2011 udarbejder en fælles strategi for it-understøttelse af patient empowerment med fokus på fælles indsatser. Region Hovedstaden har haft projektledelsen. Strategien er nu klar til politisk godkendelse efter at have været sendt i en bred høring. Strategien er godkendt i Sundhedsudvalget 9. juni 2011.

Afsættet for strategien er, at regionerne med it-understøttet patient empowerment ønsker at gøre det muligt at være tilfredse, trygge og aktive patienter i hele sundhedsvæsnet. Sundhedsvæsnet skal inddrage patienter og pårørende, og se dem som aktive medspillere for at opnå høj sikkerhed, kvalitet og effektiv drift.

I strategien er der seks strategiske principper, for at realisere potentialet i patient empowerment. Der sondres mellem principper på det organisatoriske niveau og det operationelle niveau. På det organisatoriske niveau er principperne:

- Empowerment gennem deling af viden: Deling af viden mellem patient og sundhedsprofessionel kan styrke patientens empowerment. Princippet gælder begge veje, dvs. at den sundhedsprofessionelle deler viden med patienten, og omvendt.



-
- Skab en kultur med aktiv deltagelse: Patienter skal gennem patientuddannelse klædes på til at mestre muligheder for aktiv deltagelse i eget sygdomsforløb. Sundhedsprofessionelle skal se patienter og pårørende som en ressource.

På det operationelle niveau er der fire strategiske principper:

- Udnyt elektroniske muligheder for kontakt: Sundhedsvæsnet skal i højere grad bruge elektronisk kommunikation til at gøre patienten til en aktiv deltager i eget sygdomsforløb, fx gennem SMS-tjenester, e-mail samt patient- og sundhedsportaler. Der bør være en indgang for patienten, som naturligt kunne være sundhed.dk.
- Præsenter data og forløb i kontekst: Data skal præsenteres for patienterne i en kontekst, som giver mening i forhold patientens forløb. Det giver patienten større mulighed for at spille en aktiv rolle.
- Understøt platforme og netværk: Når nye sundheds-it projekter igangsættes, eller eksisterende løsninger udvides, skal integration til relevante platforme og netværk for patienter og deres pårørende medtænkes.
- Afsøg teknologisk muligheder: Tilgængelige teknologiske løsninger, som kan medvirke til, at realisere de øvrige principper skal søges.

Med afsæt i principperne gives anbefalinger til at igangsætte fællesregionale projekter. Et projekt er etablering af ”Patientens område” på sundhed.dk. Projektet skal etablere et digitalt rum til dialog mellem sundhedsvæsnet, patienter og pårørende. Patienter og pårørende skal kunne oprette, gemme og dele informationer med hinanden og deres behandlere.

Et andet projekt handler om evaluering af elektronisk tidsbestilling, og det vedrører en evaluering af aktuelle regionale projekter og indsatser på området. Evalueringen bør medtænke det fællesregionale samarbejde vedrørende udbud på bookingsystem til sygehusene.

Videre proces

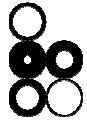
Det er planen, at strategien sendes til politisk behandling i de fem regionsråd i juni og august 2011.

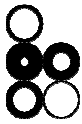


Det videre arbejde med at beskrive strategiens projekter nærmere forankres i Regionernes Sundheds-it.

Bilag

Strategi for patient empowerment_samlet (961655).





10. Pensionspolitisk Konference, sagsnr. 09/1976

Louise Bøllingtoft

Resumé

Løn- og Personalepolitisk Udvalg foreslår, at Danske Regioner i samarbejde med KL afholder en pensionspolitisk konference i efteråret 2011. Konferencen vil finde sted fredag den 25. november 2011 som et heldagsarrangement (ca. 9.30-16) i Danske Regioner.

På konferencen drøftes udfordringer og muligheder for fremtidens pensionsystem. Der lægges op til et program, hvor pensionssystemet generelt introduceres og foldes ud, og hvor arbejdsgivernes og disses repræsentanternes rolle i pensionskasserne behandles. Dagen vil dels bestå af en fælles del med input fra eksterne oplægsholdere, dels af separate drøftelser og udarbejdelse af henholdsvis Danske Regioners og KL's pensionspolitikker. Til konferencen inviteres Danske Regioner og KL's bestyrelser, de Løn- og Personalepolitiske Udvalg samt medlemmer af pensionskassernes bestyrelser, der er udpeget af de to organisationer.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tilslutter sig, at Danske Regioner i samarbejde med KL afholder en pensionspolitisk konference som beskrevet.

Sagsfremstilling

Løn- og Personalepolitisk Udvalg foreslår, at Danske Regioner tager initiativ til at holde en pensionspolitisk konference i samarbejde med KL fredag den 25. november 2011.

Formålet med konferencen vil dels være at opnå en fælles forståelse af den pensionspolitiske dagsorden, dels i separate fora at diskutere Danske Regioners henholdsvis KL's fremtidige pensionspolitikker. Formiddagen afsættes til at fokusere på pensionssystemet generelt og dets udfordringer og muligheder. Pensionskasser, som regioner og kommuner indbetaler medarbejdernes pensioner til, inviteres til at fortælle om aktuelle temaer og eksterne eksperter giver en prognose for fremtiden på pensionsområdet. Om eftermiddagen sættes der fokus på arbejdsgivernes rolle i pensionssystemet, herunder hvilket ansvar et medlem af en pensionskasses bestyrelse har. Der vil blive afsat tid til separate drøftelser af henholdsvis Danske Regioners og KL's konkrete pensionspolitikker.



Til konferencen inviteres Danske Regioners og KL's bestyrelser, Løn- og Personalepolitiske Udvalg samt medlemmer af pensionskassernes bestyrelser, der er udpeget af Danske Regioner og KL. Derudover deltager repræsentanter for sekretariatene i Danske Regioner og KL og repræsentanter for pensionsselskaberne.

Danske Regioner vil være vært ved konferencen, der forventes at afholdes i Regionernes Hus. Officiel invitation og program for dagen er under udarbejdelse og udsendes direkte til de inviterede deltagere snarest muligt.

Økonomi

Konferencen kan afholdes indenfor det allerede eksisterende budget.

Bilag

Ingen.



11. Rigsrevisionens beslutning om en større undersøgelse af kræftområdet, sagsnr. 11/310

Josefina Krausing-
Vinther

Resumé

Rigsrevisionens forundersøgelse af styringen af kræftbehandlingen er afsluttet. De har besluttet at gennemføre en større undersøgelse, der afrapporteres i en beretning til Statsrevisorerne.

Det overordnede formål med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har sikret en effektiv behandlingsindsats mod kræft. Og om regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fulgt udviklingen på kræftområdet indenfor områderne kvalitet, ventetid og prognose for overlevelse.

Danske Regioner har afholdt møde med Rigsrevisionen med henblik på at drøfte undersøgelsens indhold, proces, tidsramme, kilder m.m.

Indstilling

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

Sagsfremstilling

Rigsrevisionen meddelte i februar 2011, at de ville gennemføre en forundersøgelse af pakkeforløb på kræftområdet. Formålet var at samle tilstrækkelig information om området til at beslutte, om der var grundlag for at gennemføre en større undersøgelse. I den forbindelse afholdt Danske Regioner møde med Rigsrevisionen om kræftområdet. Endvidere har Rigsrevisionen haft møder med sygehuspersonale, Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl.

Der igangsættes nu en større undersøgelse af styringen af kræftbehandlingen. I orienteringen fra Rigsrevisionen oplistes en række problemområder eksempelvis:

- At registrering i de kliniske databaser ikke er fuldstændig.
- At kræftområdet igennem en årrække har fået tilført mange penge, men det er uklart, hvad pengene er gået til.
- At det er uklart hvorvidt den øgede aktivitet bevirker, at ventetiderne nedbringes.



- At Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne formoder, at indsatsen på kræftområdet - herunder kræftpakkerne - har forbedret prognosen for overlevelse, men at der endnu ikke er data på området, der viser prognosen over en længere årrække.

Det overordnede formål med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har sikret en effektiv behandlingsindsats mod kræft, og om regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fulgt udviklingen på kræftområdet. Dette undersøges ved to delmål:

1. Har regionerne/sygehusene sikret kræftpatienterne bedre forløb og behandling, og følger regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet udviklingen i kvalitet, ventetid og prognose for overlevelse?
2. Har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne afsat penge til kræftbehandling, og er der sket en udbygning af kræftbehandlingen på sygehusniveau?

I delmål 1 undersøges, om kræftpatienter får bedre forløb og behandling. Det vurderes ved, at man ser på ventetiden for patienterne, den faglige kvalitet i behandlingen (målopfyldelse for kvalitetsmål, der er beskrevet i pakkeforløbene og i de kliniske databaser), og prognosen for overlevelse. Indenrigs- og Sundhedsministeriets og regionernes procedurer for opfølgning og benchmarking på behandlingskvaliteten og på ventetiderne undersøges også.

I delmål 2 undersøger man, hvor mange penge der fra politisk side er afsat til kræftbehandlingen. Udgangspunktet er så vidt muligt at følge pengene fra økonomiaftalerne mellem regeringen og regionerne over regionernes fordeling til sygehusene. Herefter undersøger man, om pengene er tilgået afdelinger, der udfører kræftbehandling, og hvorvidt det har medført en udbygning af både behandlingskapaciteten og behandlingsaktiviteten på sygehusene.

Undersøgelsens metode

For at besvare de to delformål anvendes en række forskellige metoder blandt andet interviews, dokumentgennemgang, redegørelser for status på ventetider, benchmark, prognoser for patienternes overlevelse og årsrapporter fra kliniske databaser.

Undersøgelsens afgrænsning

Undersøgelsen omfatter tre kræftformer, som er lungekræft, tyktarmskræft og kræft i æggestokkene. De er udvalgt efter drøftelser med Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Kræftens Bekæmpelse.

Undersøgelsen vil inddrage sygehuse og afdelinger indenfor alle tre kræftformer, og ét sygehus i hver region vil blive besøgt. Foreløbig er følgende sygehuse udvalgt: Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Roskilde Sygehus og Herlev Hospital.

Undersøgelsen er afgrænset til perioden 2007-2010. Perioden er valgt for at vurdere, om regionerne har sikret en fremdrift i udviklingen og udvidelsen af kræftbehandlingen i Danmark.

Opfølgende møde med Rigsrevisionen

Danske Regioner har afholdt endnu et møde med Rigsrevisionen. Denne gang vedr. den større undersøgelse, hvor undersøgelsens indhold, proces, tidsramme, evt. kilder m.m. blev drøftet. I den forbindelse deltog en af regionernes sundhedsdirektører.

På mødet orienterede Rigsrevisionen om nedenstående tidsramme for undersøgelsen:

- Uge 24-25 besøger Rigsrevisionen de udvalgte sygehuse/afdelinger
- I medio september sendes revisionsnotater i høring
- Ultimo oktober foreligger beretningsudkast, som også sendes i høring. Her kan der evt. være møde om konklusionen i Danske Regioner med evt. deltagelse af sundhedsdirektører og Rigsrevisionen
- Statsrevisormøde i december, hvor beretningen forelægges

Som det fremgår, er der indtænkt høring af resultater af undersøgelsen.

Bilag

Brev samt notat fra Rigsrevisionen om større undersøgelse af kræftområdet (957737).



12. Anvendelse af sociale klausuler i udbud vedrørende uddannelses- og praktikpladser, sagsnr. 11/1025

Jens Peter Bjerg

Resumé

Flere regioner har ønsket en afklaring vedrørende mulighederne for at anvende sociale klausuler om ansættelse af erhvervsuddannelseselever i forbindelse med udbud, der er omfattet af EU's udbudsregler.

Undervisningsministeren har i juni 2011 opfordret offentlige institutioner til at stille krav om praktikpladser ved udbud af større projekter.

Undervisningsministeriet har i et notat kortlagt myndighedernes muligheder for at anvende sociale klausuler af elever.

Indstilling

Det indstilles,

at de enkelte regioner overvejer muligheden for at stille krav om praktikpladser i forbindelse med udbud af større projekter.

Sagsfremstilling

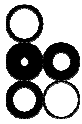
Offentlige myndigheder skal ved indgåelse af aftaler for indkøb af varer, tjenesteydelser og bygge- og anlægskontrakter følge EU's udbudsregler. Udbudsreglerne giver mulighed for at tage hensyn til sociale aspekter i vilkårene for opgavens udførelse. Sådanne krav betegnes som sociale klausuler.

Et eksempel på sociale klausuler kunne være et krav om, at den vindende virksomhed skal ansætte et vist antal personer i praktikpladser.

Flere regioner har ønsket en afklaring vedrørende mulighederne for at anvende sociale klausuler om ansættelse af erhvervsuddannelseselever i forbindelse med offentlige udbud, der er omfattet af EU's udbudsregler. Region Syddanmark har allerede stillet sådanne krav i forbindelse med et udbud.

Undervisningsministeren har i juni 2011 opfordret offentlige institutioner til at stille krav om praktikpladser ved udbud af større projekter.

Undervisningsministeriet har kortlagt myndighedernes muligheder for at anvende sociale klausuler af elever i notatet: "Maksimal klarhed om anvendelse af sociale klausuler."



Princippet om ikke-diskrimination i udbudsreglerne indebærer en udfordring, hvis hensigten er at tilvejebringe flere praktikpladser til ungdommen i Danmark. Dette skyldes – ud over at tilbudsgiveren frit skal kunne vælge medarbejdere uanset nationalitet – at erhvervsuddannelsesloven foreskriver, at en praktikvirksomhed skal være godkendt.

Der foreligger desuden ingen praksis fra Klagenævnet for Udbud eller domstolene vedrørende ordregivers mulighed for at anvende sociale klausuler om ansættelse af elever i uddannelsesstillinger. Det er samtidig ikke muligt at opstille udtømmende retningslinjer for, hvordan sådanne klausuler kan være foreneligt med EU's udbudsregler.

Notatet konkluderer derfor bl.a., at det ikke er muligt generelt at angive, i hvilket omfang det er foreneligt med EU's udbudsregler og andre retskilder at anvende sociale klausuler vedrørende uddannelses- og praktikaftaler. Det vil derfor bero på en konkret vurdering af en række elementer i hver enkelt udbudssituation.

Bilag

Maksimal klarhed om anvendelse af sociale klausuler (962210).

13. Revidering af EU's udbudsregler, sagsnr. 10/1523

Marie Bodenhoff

Resumé

EU's udbudsdirektiv er implementeret i dansk lov, og gælder for udbud over en tærskelværdi på ca. 1,4 millioner kroner. EU-Kommissionen har besluttet at igangsætte en revidering af EU's udbudsdirektiv.

Danske Regioner er positive over for fordelene ved konkurrenceudsættelse efter udbud, der bl.a. sikres gennem EU's udbudsregler og tilbudsloven. Reglerne har dog også medført en række ulemper, så som øgede administrative omkostninger og unødvendigt bureaukrati.

Som en del af regionernes målsætninger for indkøb og logistik har bestyrelsen i 2010 vedtaget, at regionerne skal have tid til at gennemføre flere udbud, bl.a. som resultat af en reduktion i unødigt bureaukrati.

Omkostningerne kan nedbringes ved at forenkle og modernisere udbudsreglerne samt skabe mere fleksibilitet i processen. I forbindelse med den kommende revision af EU's udbudsregler vil Danske Regioner derfor arbejde for en række mærkesager på området.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioner hilser en revidering af EU's udbudsregler velkommen.

at Danske Regioner i forbindelse med en revidering af EU's udbudsregler arbejder for de skitserede punkter.

Sagsfremstilling

Regionerne køber årligt varer og tjenesteydelser for ca. 36 milliarder kroner. Regionernes indkøb reguleres af både EU's udbudsdirektiv og den nationale tilbudslov. Europa-Kommissionen har besluttet at igangsætte en revidering af EU's udbudsdirektiv.

EU's udbudsdirektiv er implementeret i dansk lov, og gælder for udbud over en tærskelværdi på ca. 1,4 millioner kroner. Derudover gælder den nationale tilbudslov for alle indkøb over 500.000 kroner, med mindre området udbydes som EU-udbud. Tilbudsloven er mere smidig at anvende og stiller færre formalistiske krav til processen.

Danske Regioner er positive over for fordelene ved konkurrenceudsættelse efter udbud, der bl.a. sikres gennem EU's udbudsregler og tilbudsloven. Reglerne har dog også medført en række ulemper, så som øgede administrative omkostninger og unødvendigt bureaukrati.

Som konsekvens bruger regionerne væsentlige ressourcer på bl.a. juridisk bistand, meget detaljerede udbudsmaterialer, kvalitetssikring og ubegrundede klagesager. Konsekvenser der samtidig gør det meget omkostningstungt for leverandørerne at byde ind på regionernes udbud. EU's udbudsregler har i deres nuværende form for stort et fokus på juridiske detaljer og formalistiske petiteser og for lidt fokus på at fremme kommercielle forhold. Ovennævnte forhold er uhensigtsmæssigt og har aldrig været formålet med udbudsreglerne.

Som en del af regionernes målsætninger for indkøb og logistik har bestyrelsen i 2010 vedtaget at regionerne skal have tid til at gennemføre flere udbud, bl.a. som resultat af en reduktion i unødigt bureaukrati.

Omkostningerne kan nedbringes ved at forenkle og modernisere udbudsreglerne samt skabe mere fleksibilitet i processen. I forbindelse med den kommende revision af EU's udbudsregler vil Danske Regioner derfor bl.a. arbejde for:

1. Højere tærskelværdier for hvornår man skal udbyde efter EU's udbudsregler
2. Mulighed for mere fleksible udvælgelses- og tildelingskriterier,
3. Revision af opdelingen mellem "bilag A- og B-ydelser"
4. Større mulighed for forhandling i forbindelse med udbud, herunder bedre mulighed for at anvende konkurrencepræget dialog
5. Reelle muligheder for at anvende udbud til innovation
6. Klare muligheder for at anvende sociale klausuler i forbindelse med EU-udbud

1. Højere tærskelværdier for hvornår man skal udbyde efter EU's udbudsregler

Der er behov for at hæve tærskelværdierne for, hvornår et EU-udbud skal gennemføres. Det nuværende niveau er ca. 1,4 millioner kroner for varekøb og tjenesteydelser og 36 millioner kroner for bygge- og anlægsopgaver. EU's tærskelværdier bør hæves til et niveau, hvor grænseoverskridende handel er rentabelt for leverandørerne. Danske Regioner mener, at tærskelværdierne bør hæves til minimum 1 million euro for varer og tjenesteydelser. Hvis tærskelværdien bliver hævet, vil en opgave stadig blive udbudt efter tilbudsloven, der er mere fleksibel og kommerciel anvendelig.



2. Mulighed for mere fleksible udvælgelses- og tildelingskriterier

Procedurerne er komplekse for både ordregivere og leverandører. Danske Regioner anbefaler at udvælgelses- og tildelingskriterierne gøres mere fleksible og mindre formalistiske, og at der bliver bedre mulighed for forhandling med potentielle leverandører. Sidstnævnte er muligt under tilbudsloven, men bør indarbejdes i EU-reglerne. Det vil muliggøre en mindre detaljeret kravspecifikation og befordre brugen af funktionsudbud. Funktionsudbud kendetegnes ved, at der stilles krav til de funktionelle egenskaber, og at det i højere grad påhviler leverandøren at vælge metoder og materialer.

3. Revision af opdelingen mellem ”bilag A- og B-ydelser”

Det nuværende direktiv indeholder en opdeling mellem bilag A- og B-tjenesteydelser. Bilag B-ydelserne skal ikke i udbud. Denne kategori indeholder bl.a. traditionelle velfærdsydelser som sundhedsydelser og socialtjenester. Bilag B indeholder desuden ydelser, som ikke skønnes at have grænseoverskridende karakter. Sidstnævnte gælder ligeledes for visse bilag A-ydelser. Der bør ske en revision af hvilke tjenester, der ikke umiddelbart har grænseoverskridende karakter. Områder, der ikke umiddelbart har grænseoverskridende karakter, bør alene være omfattet af tilbudsloven med mulighed for en smidigere afvikling. De traditionelle velfærdsydelser bør også fortsat være i bilag B.

4. Større mulighed for forhandling i forbindelse med udbud, herunder bedre mulighed for at anvende konkurrencepræget dialog

Regionerne har behov for mere fleksibilitet i forhold til mulighederne for forhandling med potentielle leverandører, som det er muligt efter tilbudsloven. Yderligere bør der arbejdes for en udvidet adgang til at benytte den såkaldte ”konkurrenceprægede dialog”. Denne udbudsform er beregnet til mere komplicerede udbud, men benyttes kun i meget begrænset grad i Danmark bl.a. på grund af en meget striks tolkning af EU’s udbudsdirektiv.

5. Reelle muligheder for at anvende udbud til innovation

I dag er det ikke attraktivt for hverken ordregiver eller tilbudsgiver at indgå et samarbejde om innovation efter en udbudsrunde. Det skyldes bl.a., at det udviklede produkt efterfølgende skal sendes i udbud. Det betyder, at hverken tilbudsgiver eller ordregiver kan være sikre på, at de ressourcer, der lægges i udviklingsprojektet realiseres i et færdigt produkt. Danske Regioner vil arbejde for en lempelse af EU direktivet på dette område. Eksempelvis vil en højere tærskelværdi give bedre muligheder for en tættere dialog med leverandøren, hvilket kan skabe mere innovative løsninger.



6. Klare muligheder for at anvende sociale klausuler i forbindelse med EU-udbud

Danske Regioner er forbeholden overfor lovgivning på EU-niveau vedrørende brug af offentlige indkøb til at sikre sociale og miljømæssige hensyn. En revision af udbudsreglerne bør dog sikre, at der er mulighed for at stille sådanne krav, hvis den enkelte region beslutter det.

Bilag
Ingen.

14. Sund Vækst initiativer, sagsnr. 10/935

Anne Mette Bæk Jesper-
sen

Resumé

Sundhedsministeriet og Økonomi- og Erhvervsministeriet har netop fremlagt et ”Udkast til initiativer som opfølgning på dialogmøder om Sund vækst og velfærdsløsninger”.

Initiativerne er udfærdiget på baggrund af drøftelser på to afholdte dialogmøder inviteret af Bertel Haarder og Brian Mikkelsen om Sund Vækst med deltagelse af offentlige og private interessenter. Danske Regioner har været præsenteret ved formandskabet.

Udkastet, som blev præsenteret og drøftet på et tredje dialogmøde fredag den 3. juni 2011, præsenterer en række initiativer, der vil styrke rammerne for offentlig-privat samarbejde, skabe grundlag for en øget eksport samt løfte markedsføringsindsatsen på sundheds- og velfærdsområdet.

Fra Danske Regioners side er indsendt konkrete bidrag til debatoplægget. Flere af de fremsatte forslag er medtaget og ligger i direkte forlængelse af den dagsorden, som Danske Regioners Udvalg for Sundhedsinnovation og Erhvervs-samarbejde har drøftet og bestyrelsen har vedtaget.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har etableret et velfungerende samarbejde med Sundhedsministeriet og Økonomi- og Erhvervsministeriet om sundhedsinnovation og erhvervs-samarbejde.

De to ministre har, med udgangspunkt i Sund Vækst dagsordenen, inviteret til dialogmøderne ”Sund Vækst og velfærdsløsninger” den 28. april 2011 og ”Eksport og markedsføring af sundheds- og velfærdsløsninger” d. 9. maj 2011 for en indbudt kreds af 30 offentlige og private interessenter, herunder en række virksomheder inden for lægemiddelområdet og medico-branchen. Danske Regioner har været præsenteret ved formandskabet.

På baggrund af drøftelserne og input modtaget til de to første dialogmøder har ministerierne i fællesskab udarbejdet et idekatalog/udkast til initiativer (vedlagt), som blev præsenteret og drøftet på et tredje dialogmøde fredag den 3. juni 2011.

Debatoplægget præsenterer en række initiativer indenfor fem temaområder, som regeringen vil iværksætte. Der er samlet tale om en bred vifte af initiativer, der vil styrke rammerne for offentlig-privat samarbejde, skabe grundlag for en øget eksport samt løfte markedsføringsindsatsen på sundheds- og velfærdsområdet.

Indsatsområder og forslag til initiativer:

1. Styrkelse af rammerne for den kliniske forskning
 - Revideret lov for de videnskabetiske komitéer
 - En elektronisk indberetning af lægemiddelforsøg
 - One-stop-shops for forskerstøtte
 - Fast-track for godkendelse af kliniske fase 1 forsøg
 - Fokus på Sund Vækst i EU-formandskabet
 - Bedre anvendelse af offentlige sundhedsdata til forskning
2. Udnyttelse af erhvervspotentialer i de kommende sygehusinvesteringer
 - Partnerskab for sundheds- og sygehusinnovation
 - Bedre videndeling og erfaringsopsamling
 - Bedre mulighed for sundhedsinnovation i fremtidens sygehusvæsen
 - Handlingsplan for telemedicin
3. Øget anvendelse og ibrugtagning af innovative velfærds løsninger
 - Styrket indsats for standardisering på sundheds- og velfærdsområdet
 - Øget offentligt indkøb af prækommercielle løsninger
 - Skatte kreditter til forsknings- og udviklingsaktiviteter
 - Ny udbudslov, smidigere udbudsregler og forenkling af EU-udbudsdirektiverne som prioritet under dansk EU-formandskab
 - Ny Fond for Velfærdsteknologi
 - Værktøjskasse til velfærdsinnovation
4. Øget eksport af sundheds- og velfærds løsninger
 - Bekæmpelse af tekniske handelshindringer og styrket vejledning om EU-regler
 - ”Building China Health” – virksomhedsnetværk om Kinas sundheds- og velfærdsprojekter



- Born Global Konference i oktober 2011 om sundheds- og velfærds løsninger

5. Styrket markedsføring og tiltrækning af udenlandske investeringer på sundheds- og velfærdsområdet

- Etablering af offentlig-privat konsortium om markedsføring af danske velfærds løsninger
- Udarbejdelse af et fælles informationsmateriale om Danmark som Sund Vækst laboratorium
- Styrket indsats for tiltrækning, fastholdelse og integration af udenlandsk, højtuddannet arbejdskraft og internationale studerende
- Markedsførings- og investeringsaktiviteter i forbindelse med e-health week 2012
- Afholdelse af World of Health IT – konference i København.

Fra Danske Regioners side er indsendt konkrete bidrag til debatoplægget, og det er positivt, at flere af de fremsatte forslag er blandt de foreslåede initiativer. Flere af de foreslåede initiativer ligger således i direkte forlængelse af den dagsorden, som Danske Regioners Udvalg for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde har drøftet og bestyrelsen har vedtaget.

Danmark som Vækstnation

Det bemærkes, at flere af initiativerne indgår i aftalen om Danmark som Vækstnation. Det drejer sig om forslagene om One-stop-shops for forskerstøtte, fast tracks for godkendelse af kliniske fase I forsøg, etablering af et Partnerskab for sygehus- og sundhedsinnovation, en ny Fond for Velfærdsteknologi samt etablering af et offentlig-privat markedsføringskonsortium, der skal øge kendskabet til Danmarks styrker og kompetencer inden for sundheds- og velfærds løsninger.

Økonomiaftalen for 2012

Tre konkrete initiativer er desuden indeholdt i Økonomiaftalen for 2012 mellem regeringen og Danske Regioner:

- One-stop-shops, hvor alle regioner vil etablere en enkel og effektiv indgang for industrien til at indgå aftaler om kliniske forsøg. Regionerne vil derudover standardisere samarbejdskontrakter og processer på tværs af regionerne, så det bliver lettere og hurtigere at etablere kliniske forsøg.
- En øget erhvervsmæssig anvendelse af danske sundhedsdata med henblik på at styrke forskningen, hvor der nedsættes en arbejdsgruppe med



deltagelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand) og Danske Regioner m.fl., der inden udgangen af 2011 skal komme med anbefalinger til løsninger.

- Etablering af et Partnerskab for sygehus- og sundhedsinnovation i regi af Forsyningsfonden og med deltagelse af regionerne, der kan fremme udvikling, standardisering og markedsmodning af moderne danske sygehus- og sundhedsløsninger.

I tillæg til de konkrete initiativer har der i øvrigt i forbindelse med tredje dialogmøde været fokus på de forestående sygehusbyggerier, og hvordan regionerne sikrer videndeling og innovation i forbindelse hermed. Fra formandskabet side blev henvist til de konkrete initiativer, som er iværksat med henblik på at sikre videndeling i forbindelse med byggeprocessen, såsom etableringen af de 11 pejlemærker for regionernes fælles indsatser om sygehusbyggeri, etablering af hjemmesiden godtsygehusbyggeri.dk mm.

I forhold til den videre proces for initiativerne vil Sundhedsministeriet og Økonomi- og Erhvervsministeriet nu tilrette debatoplægget på baggrund af drøftelserne på 3. dialogmøde, hvorefter oplægget vil blive offentliggjort inden sommerferien.

Bilag

VS: Opfølgingsmøde om Sund Vækst og Velfærdsløsninger - Udkast til initiativer som opfølgning på dialogmøder om Sund Vækst og velfærdsløsninger.pdf (962271).

15. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/1043

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

Forelægges bestyrelsen til godkendelse.

Sagsfremstilling

Udpegning til Udviklingspolitisk Forum, Nicolaj Krogh Jensen

Ved overenskomstforhandlingerne i 2011 blev parterne på det regionale område enige om at nedsætte et Udviklingspolitisk Forum bestående af politikere udpeget af Danske Regioner, KTO (herunder AC og FOA) samt Sundhedskartellet. Udviklingspolitisk Forum erstatter både det tidligere Personalepolitiske Forum på KTO's område og Dialogforum på Sundhedskartellets område, der samtidig nedlægges. Dermed udtræder også de tre regionale medlemmer af Personalepolitisk Forum (Jens Stenbæk, Tina Boel samt Poul Sækmose, der alle blev udpeget til Personalepolitisk Forum ved konstitueringen efter generalforsamlingen i Danske Regioner 2010). I Dialogforum på Sundhedskartellets område blev Jens Stenbæk og Leila Lindén udpeget i forbindelse med konstitueringen i 2010.

Udviklingspolitisk Forum er i henhold til aftalen ”et forum for dialog og udvikling mellem parterne på det personalepolitiske område. Med udgangspunkt i aktuelle udfordringer og forandringer i opgavevaretagelsen på de regionale arbejdspladser, har forum til formål at skabe en fælles platform for personalepolitisk viden og udvikling med henblik på en fortsat fornyelse af de regionale arbejdspladser.”

Danske Regioner råder over 4 pladser i Udviklingspolitisk Forum. Fra Danske Regioner er udpeget Jens Stenbæk (V), John Lohff (C), Anders Kühnau (A) samt Marianne Stendell (A), alle medlemmer af Løn- og Personalepolitisk Udvalg.

Den offentlige rejsesygesikring, Birgitte Bidstrup Stocholm

Der blev ved økonomiforhandlingen ikke taget stilling til en afskaffelse af den offentlige rejsesygesikring.

Den offentlige rejsesygesikring fortsætter derfor uændret og bliver sendt i udbud snarlig.

Retssag vedr. kontrolstatistik på tandlægeområdet (praksissektoren), Tine Torslev From

Landsamarbejdsudvalget for tandlægehjælp (RLTN og Tandlægeforeningen) blev den 26. januar 2010 indstævnet af en tandlæge på grundlag af, at Landsamarbejdsudvalget (LSU) havde anmodet tandlægen om at ændret sit ydelsesforbrug, som uden saglig årsag afveg betydeligt fra regionens andre tandlæger. Sagen har for LSU været ført af Advokat Elsebeth Aas Jørgensen (Norbom Vinding) og den har en principiel karakter, da den stiller spørgsmålstejn ved muligheden for kontrolforanstaltninger på praksisområdet.

Københavns Byret har behandlet sagen ved hovedforhandling den 22. og 23. marts 2011 og ved domsafsigelse den 3. maj 2011. Byretten har givet LSU medhold, og dommen var klar. Der blev ikke fundet grundlag for at tilsidesætte den vurdering, LSU havde foretaget. Byretten lagde i den forbindelse vægt på, at der netop i udvalgene var tandlægefaglig ekspertise, og at afgørelserne var truffet i enstemmighed. Tandlægen har efterfølgende valgt at anke sagen til Østre Landsret.

Når parterne modtager Østre Landsrets kvittering for modtagelse af sagen, vil den herefter blive berammet og LSU's advokat forventer hovedforhandling i sagen om ca. et år.

Aftalen "Danmark som Vækstnation", Anne Mette Bæk Jespersen

Mandag den 6. juni blev udsendt et notat til Bestyrelsen, Udvalget for Regional Udvikling og Udvalget for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde vedrørende aftalen "Danmark som Vækstnation", indgået mellem Regeringen, Dansk Folkeparti og Pia Christmas-Møller fredag den 27. maj 2011.

Notatet gennemgår og kommenterer de elementer af aftalen, der er af særlig regional interesse. Det vedrører såvel forskning som offentlig-privat samarbejde, de sundhedsfaglige erhvervsuddannelser og en række tiltag i forhold til private virksomheder jf. nedenstående.

1. Styrket offentlig-privat samarbejde

- Fonden for Velfærdsteknologi
- Omlægning af ABT Fond
- Sund vækst og velfærdsteknologi
- Oprettelse af One-Stop-Shops
- Fast track for godkendelse af kliniske forsøg
- Øget erhvervsmæssig anvendelse af danske sundhedsdata

-
- Partnerskab for sygehus- og sundhedsinnovation Offensiv global markedsføring af Danmark Danmark som grøn vækstøkonomi
 - 2. Mere eksport til vækstmarkeder
 - 3. Tiltrække flere investeringer og virksomheder
 - 4. Uddannelse – mere vækst for pengene
- Eftersyn af de erhvervsrettede grunduddannelser

BSSSC er et politisk samarbejde mellem regioner i landene i Østersøområdet: Tyskland, Danmark, Finland, Sverige, Norge, Polen, Estland, Letland, Litauen og Rusland.

Bestyrelsen består af to repræsentanter fra hvert land. Fra dansk side er Danske Regioner repræsenteret ved regionsrådsmedlem Knud Andersen, Region Hovedstaden, og regionsrådsmedlem Louis Hansen, Region Sjælland.

BSSSC har til formål at styrke det regionale samarbejde omkring Østersøen og fremme regionale interesser i forhold til centrale beslutningstagere, såsom regeringer og EU. BSSSC arbejder tæt sammen med andre organisationer i Østersøområdet og på europæisk plan.

Der afholdes normalt fire bestyrelsesmøder årligt.

I 2011 er der afholdt bestyrelsesmøde den 18. maj i Gdansk og den 15. marts i Oslo, hvor en del af mødet blev afholdt i det norske udenrigsministerium i fællesskab med Østersørådet (samarbejde på regeringsniveau).

BSSSC aktiviteter, Anne Mette Bæk Jespersen

BSSSC har i sit arbejdsprogram defineret en række emner for regionalt samarbejde, herunder EU's budget og samhørighedspolitik, EU's Østersøstrategi, ungdomspolitik, maritim politik, klima- og energipolitik, forskning og uddannelse, offentlig sundhed, samarbejdsrelationer med Rusland og den nordlige dimension. Ansvar for emnerne er fordelt mellem BSSSC regionerne og Danske Regioners repræsentant Louis Hansen forventes at indtræde som ordfører på ungdomspolitik.

Følgende kan fremhæves:

EU's fremtidige budget og samhørighedspolitik

Danske Regioner v. Knud Andersen er BSSSC' ordfører på EU's fremtidige budget og samhørighedspolitik på basis af mandat fra Danske Regioners besty-

relse. Med Danske Regioner som koordinator og pennefører blev der i efteråret udarbejdet et BSSSC holdningspapir, som blev støttet af to andre organisationer: UBS (Union of Baltic Cities) og Ø-sammenslutningen B7. Papiret blev formidlet til en bred kreds af interessenter, herunder Europaparlamentarikere, EU-kommissærer og nationale repræsentanter.

Når Europa-Kommissionens forslag til EU's fremtidige samhørighedspolitik fremlægges medio 2011 vil holdningspapiret blive revideret og anvendt til formidling af de regionale synspunkter samt i forbindelse med det danske EU-formandskab.

Østersøstrategien

Danske Regioner v. Knud Andersen har ligeledes repræsenteret BSSSC i spørgsmål vedrørende EU's Østersøstrategi, hvor organisationen siden 2008 har ført en aktiv linje. Østersøstrategien var således hovedtemaet for den årlige BSSSC konference 2010, som blev holdt i Talinn sidste oktober med 300 deltagere i et fælles arrangement med Europa-Kommissionens første årlige stakeholder-konference om Østersøstrategien.

På mødet i Oslo præsenterede Knud Andersen BSSSC's synspunkter i forhold til Østersøstrategien for Østersørådet.

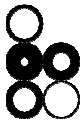
BSSSC sekretariatet er i øjeblikket i tæt samarbejde med BSSSC-regionerne i færd med at udarbejde et BSSSC holdningspapir om den regionale erfaring med implementeringen af Østersøstrategien og anbefalinger hertil.

BSSSC Konference oktober 2011

Temaet for den årlige BSSSC konference, som afholdes i Szczecin, Polen, 5.-7. oktober 2011 vil være Østersøstrategien og samhørighedspolitikens betydning for den regionale udvikling i Østersøområdet.

Der forventes 150-200 deltagere og Danske Regioner er arrangør af en session "EU Strategy for the Baltic Sea Region – On the Road to Growth and Prosperity", hvor der sættes fokus på Østersøstrategien som en medvirkende faktor til at skabe vækst og udvikling. Regionrådsformand Steen Bach Nielsen vil være en af oplægsholderne på denne session.

Knud Andersen vil være oplægsholder på sessionen "Cohesion Policy for Europe – Cohesion Policy for the Baltic Sea Region – needs, expectations, reality".



Aktuelle regionale emner på EU dagsordenen, Pia Rønnov Jensen, sagsnr. 09/1908

Følgende er en status på aktuelle emner, der er omfattet i bestyrelsens prioriteringer for foreningens europapolitiske arbejde.

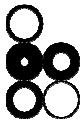
EU's præsident krediterer Regionsudvalgets arbejde og bekræfter igen behovet for regional involvering

EU's præsident Herman van Rompuy understregede på Regionsudvalgets plenarforsamling den 11. maj, at det er afgørende at inddrage regionale og lokale myndigheder, hvis EU's medlemsstater skal nå Europa 2020-strategiens vækstmål. Dette primære budskab fra EU-præsidentens tale benyttede Danske Regioner sig for nylig af i en pressemeddelelse på sin hjemmeside til at sætte fokus på regionernes rolle i Europa 2020-strategien gennem den danske vækstmodel. I Danmark er de regionale og lokale myndigheder nemlig med til at skabe vækst og beskæftigelse gennem den danske vækstmodel, som forbinder regionale, nationale og EU's vækststrategier, men påfaldende nok fremgår den danske vækstmodel eller de regionale og lokale myndigheders initiativer ikke af Danmarks reformprogram.

Opfordring til de danske MEPer om at stemme imod en mellemliggende kategori i samhørighedspolitikken

Forrige torsdag blev der i Europa-Parlamentets udvalg for regional udvikling (REGI) stemt om betænkningen om den femte samhørighedsrapport. Den socialdemokratiske gruppe havde kun kort tid inden afstemningen, stik imod ordførerens oprindelige forslag til betænkning, fremsat et kompromisforslag, der anbefaler en mellemliggende kategori i samhørighedspolitikken. Den foreslåede mellemliggende kategori skal erstatte det nuværende system med ind- og udfasning af midler for regioner med et gennemsnitligt BNP på 75 procent til 90 procent af EU's gennemsnit. Ændringsforslaget, som blev stemt igennem og nu skal skrives ind i betænkningen, kan med mandat fra bestyrelsen ikke støttes af Danske Regioner. En mellemliggende kategori vil reducere midlerne til de mere velstående regioner som de danske.

Sekretariatet er af disse årsager i færd med at udarbejde et brev til de danske medlemmer af Europa-Parlamentet, hvoraf ingen er med i REGI, som forklarer konsekvenserne af en mellemliggende kategori. En sådan kategori vil ikke kun begrænse midlerne til erhvervsudvikling og innovation i de danske regioner. Den vil også have betydning for EU's samlede konkurrenceevne, da det er de mest udviklede regioner, som lige nu og for fremtiden skal trække Europa i innovationskapløbet mod USA og Kina. Betænkningen er på til en såkaldt mini-plenar den 22. og 23. juni.



Arbejdstidsdirektivet

Arbejdsmarkedets parter på europæisk plan har alle overraskende tilkendegivet, at de er villige til at forsøge at forhandle en revision af arbejdstidsdirektivet. Parterne står dog meget langt fra hinanden og med meget afvigende mandater. Den europæiske organisation for offentlige arbejdsgivere, European Centre of Employers and Entreprises providing Public services (CEEP), er indstillet på at forhandle en bred revision af direktivet og fokuserer særligt på problematikkerne omkring kompenserende hviletid og rådighedsvagter. CEEP forventer at godkende sit forhandlingsmandat før sommerferien 2011.

Sekretariatet deltager i mandatforberedelsen og den danske sektion af CEEP vil deltage i forhandlingsdelegationen. De private arbejdsgivere i Business Europe og arbejdstagerne i European Trade Union Confederation (ETUC) forventes begge at have nogle meget snævre og modsatrettede mandater, hvorfor forhandlingsforløbet ser meget vanskeligt ud. Forhandlingerne forventes igangsat i efteråret 2011, hvorefter parterne har ni måneder til at opnå en aftale. Opnår parterne en aftale, vil det muligvis ske under det danske EU-formandskab i første halvdel af 2012. Mens forhandlingerne pågår, sætter Europa-Kommissionen den øvrige lovgivningsproces i stå.

Regionsudvalgets intergruppe på sundhed godt fra start

Danske Regioner har været initiativtager til etableringen af en såkaldt intergruppe på sundhedsområdet i Regionsudvalget. Gruppen består af omkring 35 medlemmer af Regionsudvalget, og mødes op til seks gange årligt for at drøfte sundhedspolitik i EU. Danske Regioner har en næstformandspost ved Karsten Uno Petersen fra Region Syddanmark. Hensigterne med intergruppen er:

- At fungere som direkte politisk dialogpartner til Europa-Kommissionen, som har efterspurgt en uformel dialog med decentrale politikere på sundhedsområdet.
- At skabe en parallel til Europa-Parlamentets arbejdsgruppe på sundhed for derigennem at øge regionernes synlighed på den europæiske sundhedsdagsorden.
- At skabe en regional EU-politisk platform, som Danske Regioner kan bruge til at præge EU-initiativer på sundhedsområdet.

Intergruppen har indtil videre holdt to møder og har formået at skabe den ønskede opmærksomhed hos Europa-Kommissionen. Således arbejdes der på at få Europa-Kommissionens generaldirektorat for sundhed (DG Sanco) til at stå i spidsen for et fælles seminar mellem Regionsudvalgets sundhedsgruppe, Euro-



pa-Parlamentets tilsvarende gruppe og Europa-Kommissionen. Arrangementet skal gerne ligge i oktober 2011 under "Open Days", hvor Regionsudvalget og Europa-Kommissionen i fællesskab samler 5000-6000 deltagere i Bruxelles. Det vil give en pæn anerkendelse af regionernes position i EU på sundhedsområdet. Temaet skal fastlægges i samarbejde med DG Sanco, men bud kunne være implementering af sundhedsdirektivet eller e-sundhed.

Council of European Municipalities (CEMR) aflyser Policy Committee møde pga. Spaniens finansielle krise

For første gang i årtier har CEMR aflyst et Policy Committee møde. Årsagen er, at den spanske kommuneforening (FEMB), som skulle have været vært for mødet, måtte trække sig med kort varsel pga. den økonomiske krise i Spanien og deraf væsentlige budgetreduktioner hos de offentlige myndigheder og deres organisationer.

Policy Committee er CEMR's øverste myndighed og samler to gange årligt de 167 repræsentanter fra CEMR's over 50 medlemsorganisationer. Danmark har fire pladser.

Det aflyste Policy Committee møde skulle have fundet sted den 20.-21. juni og på dagsordenen var bl.a. en væsentlig beslutning om CEMR's fremtidige målsætninger og struktur. Gennem godt ét år har CEMR arbejdet hen imod et beslutningsgrundlag for en ny struktur, som tager bedst muligt hensyn til medlemmernes interesser, både EU-medlemslande og lande udenfor EU.

Fra dansk side har man fastholdt at CEMR's væsentligste funktion er at fungere som EU-lobbyorganisation på de områder, hvor medlemmerne har fælles interesse. Andre lande, specielt lande udenfor EU, har lagt vægt på erfaringsudveksling og spredning af bedste praksis. Hertil kom forskellige prioriteringer hvad angik organisationsstrukturen, hvor Danmark sammen med en række andre lande fastholdt, at der ikke er brug for nye strukturer/udvalg, men derimod om en opstramning og effektivisering af de nuværende fora.

Det var håbet, at Policy Committee kunne have truffet en beslutning den 20.-21. juni og dermed have lagt retningen fast, hvilket er specielt vigtigt, når også CEMR står overfor sparekrav. De nødvendige reformer af CEMR må nu vente, til der findes en anden mulighed for at afholde Policy Committee mødet.

Bilag

Ingen.





16. Næste møde, sagsnr. 11/1043

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at næste møde holdes torsdag den 25. august kl. 11.00.*

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.





17. Eventuelt, sagsnr. 11/1043

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

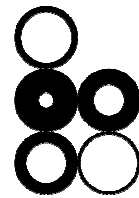
-

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

31-05-2011
Sagsnr. 11/872
Annette Budtz-
Jørgensen
Tel.: 3529 8263
E-mail: abj@regioner.dk

Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 26-05-2011 kl. 11:00

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

Afbud: Poul Erik Svendsen, Knud Andersen,

Regions-Direktører Bo Johansen, Helle Ulrichsen, Per Christiansen, Jens Andersen, Mogens Sehested

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

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/872

Bestyrelsen tog meddelelserne til efterretning.

Resumé

Møde 25. maj 2011 i Finansministeriet om økonomiforhandlingerne (sættømøde)

Formanden orienterede om mødet. Der er møde igen den 1. juni og afslutning formentlig den 3.-4. juni 2011.

Brev af 25. maj 2011 sendt til indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder og erhvervs- og økonomiminister Brian Mikkelsen vedr. frigivelse af pulje for sundheds-it for 2011

Brevet blev omdelt til bestyrelsen til orientering.

Brev af 23. maj 2011 sendt til indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder og erhvervs- og økonomiminister Brian Mikkelsen vedr. regionernes vidensdeling om sygehusbyggeri (one stop shop)

Brevet blev omdelt til bestyrelsen til orientering.

Sygefraværet falder i regionerne

- Sygefraværet i regionerne er faldet for tredje år i træk.
- Fra 12,5 fraværsdage i gennemsnit pr. medarbejder i 2009 til 12,0 fraværsdage i 2010.
- Det betyder at hver enkelt af de 120.000 fuldtidsansatte i gennemsnit er syge en halv dag mindre end året før. Det svarer til, at der er 223 fuldtidsansatte mere på arbejde hver dag året rundt.
- Siden 2007 er sygefraværet faldet med næsten en hel arbejdsdag – 0,9 fraværsdag per fuldtidsansat.

Samarbejdsprojektet under STS

Danske Regioner har siden regionernes dannelse været fast deltager i STS (Styregruppen for Tværoffentlige samarbejde) sammen med KL, Finansministeriet og de relevante fagministerier.

Samarbejdsprojektet udløber aftalemæssigt med udgangen af 2011, men i forbindelse med økonomiaftalen for 2012 lægges der op til en fortsat eksistens af dette forum i perioden 2012-14 under ny former.

Bestyrelsen støttede et fortsat medlemskab.

Befordring og befordringsgodtgørelse i forbindelse med sygehusbehandling

Notat om befordring og befordringsgodtgørelse i forbindelse med sygehusbehandling blev omdelt til bestyrelsen til orientering.

2. Godkendelse af åbent referat af møde 12. maj 2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/872

Bestyrelsen godkendte referatet.

Resumé

-

3. Evaluering af Danske Regioners generalforsamling 2011, sagsnr. 09/2500

Bestyrelsen drøftede indhold og rammer for den afholdte generalforsamling 2011 med henblik på tilrettelæggelse af den kommende generalforsamling den 12. april 2012 i Nyborg og lagde vægt på følgende elementer:

- At generalforsamlingen holdes på én dag
- At der kun skal være ét eksternt oplæg, og
- At debatten tilrettelægges mere aktivt

Resumé

Danske Regioners generalforsamling blev afholdt i Aalborg Kongres og Kulturcenter den 14. april 2011. Blandt de faste elementer på dagsordenen var formandens beretning og regeringens hilsen. Temaet for eftermiddagens debat var den økonomiske krise og kvalitet i sundhed. Der blev endvidere gennemført et gæsteprogram.

4. Fokusområder op til, under og efter det danske EU-formandskab for år 2012, sagsnr. 10/2502

Bestyrelsen godkendte strategioplægget.

Resumé

Danske Regioners dialog med regionerne og eksterne aktører op mod og under det danske EU-formandskab foråret 2012 foreslås i strategiplægget forankret i den europæiske vækststrategi EU2020 og forhandlingerne om EU's finansielle ramme 2014-2020.

5. Danmarks Nationale Reformprogram, sagsnr. 11/4

Bestyrelsen godkendte,

at Danske Regioner fortsat arbejder for at synliggøre, hvordan regionerne kan bidrage til at indfri målene i Europa 2020-strategien bl.a. gennem de regionale erhvervsudviklingsstrategier, de regionale partnerskabsaftaler og de regionale udviklingsplaner.

Resumé

Danmark har sendt sit Nationale Reformprogram til EU-Kommissionen. Reformprogrammet beskriver de tiltag, regeringen har taget og vil tage for at bidrage til at opfylde Europa 2020 strategiens fem overordnede mål og identificerer flaskehalse for vækst. Desuden præsenteres den overordnede økonomiske ramme for dansk økonomi.

Regionale og lokale myndigheders bidrag til at nå de fastsatte nationale mål fremgår på ingen måde af reformprogrammet, og høringsfristen har været så kort, at der må sættes spørgsmålstegn ved den reelle høring.

6. Konference om overvægt og fedme, sagsnr. 10/138

Bestyrelsen godkendte forslag om afholdelse af en konference om overvægt og fedme i efteråret 2011 og pointerede vigtigheden af at præcisere risiciene.

Resumé

KL og Sund By Netværket inviterer Danske Regioner til at samarbejde om afholdelse af en fælles konference om overvægt og fedme i efteråret 2011.

Temagruppen om kronisk sygdom har drøftet henvendelsen og vurderet, at det er relevant for regionerne at tage del i konferencen og at samarbejde med KL og Sund By Netværket herom.

7. Samarbejde med Danske Patienter om uddannelse af patientrepræsentanter, sagsnr. 07/3655

Bestyrelsen godkendte udkast til Patientrepræsentanthåndbogen.

Resumé

Håndbog for patientrepræsentanter i sundhedsvæsenet er udarbejdet som led i udviklingen af en kort uddannelse for patientrepræsentanter. Den er lavet i samarbejde med Danske Patienter.

Håndbogen vil indgå i de en-dags kurser, som uddannelsen består af. Den beskriver generelt forskellige problemstillinger, som det kan være nyttigt for en patientrepræsentant at kende til. Eksempelvis en beskrivelse af sundhedsvæsenet og særligt regionernes rolle.

8. Obama-administrationens Partnership for Patients, sagsnr. 11/411

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Præsident Barack Obamas administration har netop lanceret initiativet ”Partnership for Patients: Better Care. Lower Costs”. Formålet er, at alle amerikanere skal have råd til sikre sundhedsydelser af høj kvalitet. Det nye initiativ minder på flere punkter om den kvalitetsdagsorden, som regionerne har lanceret i Danmark. Initiativet minder også om den skotske kvalitetsstrategi samt de initiativer, som man tager i England netop nu for at højne kvaliteten af sundhedsydelser og samtidig indhøste besparelser.

9. Lovforslag om registrering af og tilsyn med private sygehuse, klinikker og praksis, sagsnr. 11/590

Bestyrelsen godkendte høringssvaret suppleret med en bemærkning om lovforslagets sammenhæng med det aftalte kvalitetsarbejde på speciallægeområdet, men fandt, at almenpraksisområdet ikke bør inddrages, og at foreningen bør henvise til den akkreditering under den danske kvalitetsmodel, som indgår i overenskomsten om speciallægehjælp.

Resumé

Et lovforslag om ændring af sundhedsloven betyder, at private sygehuse, klinikker og praksis, der udfører lægelig behandling, skal registreres i Sundhedsstyrelsen. Styrelsen skal på baggrund af registreringen foretage tilsyn.

Danske Regioner skriver blandt andet i sit foreløbige hørings svar, at registrering og tilsynet også bør omfatte almen praksis. Sekretariatet ønsker i den endelige tilbagemelding til ministeriet at tilføje, at dobbeltkontrol bør undgås i forhold til det allerede aftalte kvalitetsarbejde i speciallægepraksis.

10. Kortlægning af de regionale fødevareinitiativer, sagsnr. 10/1463

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Danske Regioner har sammen med regionernes vækstforumsekretariater udarbejdet en kortlægning af de regionale fødevareinitiativer i 2009-2010. Kortlægningen viser, at fødevareområdet fortsat er højt prioriteret i regionerne. Det har ført til særlige satsninger inden for bl.a. produktudvikling, innovation og kompetenceudvikling i fødevareerhvervet. De regionale projekter løftes i et bredt samarbejde med virksomheder, vidensinstitutioner, kommuner og andre organisationer. Samlet set har de regionale vækstfora investeret 234 millioner kroner i fødevareinitiativer i 2009-2010.

11. Rapport om flere buspassagerer, sagsnr. 10/1129

Bestyrelsen godkendte,

at Danske Regioner fortsat arbejder for at få yderligere midler til den kollektive bustrafik, med henblik på at medvirke til realisering af trafikforligets målsætninger for den kollektive trafik,

at Danske Regioner fortsat arbejder for at sikre større sammenhæng mellem statslig, regional og kommunal planlægning af mobilitet og transport – og i denne forbindelse konkret, at transportministeren koordinerer en samlet plan omfattende hele den kollektive transport for at realisere trafikforligets målsætning om kollektiv trafik samt trafikområdets klimamål,

at Danske Regioner arbejder for, at alle relevante virkemidler i trafikselskaber og regioner, der kan have effekt på antallet af buspassagerer i regionale busser, tages i anvendelse,

at regionerne fortsat arbejder sammen med kommuner og trafikselskaber om at øge antallet af buspassagerer samt,

at regionerne fortsat arbejder for at styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner og trafikselskaber i den konkrete planlægning af kollektiv bustrafik.

Resumé

Danske Regioner, KL og Trafikselskaberne i Danmark har den 4. maj 2011 offentliggjort en rapport, der belyser, hvad der skal til for at få flere passagerer

i den kollektive bustrafik. Rapporten konkluderer, at det er muligt at nærme sig opfyldelse af trafikforligets målsætninger for vækst i den kollektive bustrafik. Det kræver, at hele paletten af virkemidler tages i brug – samt at der tilføres omkring 1,5 milliarder kroner ekstra årligt, navnlig til øget drift. Samtidig skal det grundliggende busprodukt være i orden og bussernes fremkommelighed prioriteres.

I et interview i forbindelse med offentliggørelsen udtalte Transportminister Hans Christian Schmidt, at han ville holde et møde med Danske Regioner, KL og Trafikselskaberne i Danmark om rapporten.

12. Regionernes prioritering af jordforureningsarbejdet, sagsnr. 10/2381
Bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Resumé

Videncenter for Jordforurening har sendt et notat til Miljøstyrelsen om regionernes prioritering af jordforureningsarbejdet. Baggrunden er et forslag på et samråd med Miljøministeren om at opprioritere oprydningsindsatsen i forhold til borgerservice eller kortlægning.

Notatet bygger på notater fra regionerne. Det viser sammenhænge i jordforureningsindsatsen, som man må tage hensyn til, når der skal prioriteres. Forskelle i regionernes prioriteringer i 2009 begrundes. Udfordringer i opgaveløsningen og faste krav, der binder ressourcer, beskrives. Endelig beskriver notatet den forventelige udvikling i de kommende år.

Notatet viser dels, at Folketingets indtryk af forholdet mellem ”administration” og ”oprydning” hvilede på et forkert grundlag, dels at det ikke er nemt at opprioritere oprydningen, da det vil få indflydelse på en række andre bindinger og sammenhænge på jordforureningsområdet.

13. Undervisningsmateriale til gymnasiet, sagsnr. 08/3524
Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Videncenter for Jordforurening har udarbejdet undervisningsmateriale om jordforurening til gymnasiet og HF. Materialet viser ved hjælp af cases, hvordan man kan bruge teori i praksis. Det bliver på den måde vedkommende for eleverne. Formålet er at øge kendskabet til jordforurening og fremme interessen for de uddannelser, som er relateret til området.

14. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/872

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

-

15. Næste møde, sagsnr. 11/872

Bestyrelsen besluttede, at et ekstraordinært bestyrelsesmøde holdes den 1. juni 2011 kl. 18.30, og at mødet den 9. juni aflyses.

Resumé

-

16. Eventuelt, sagsnr. 11/872

-

Resumé

-

Aftale om kommunernes økonomi for 2012

4. juni 2011

1. Regeringens aftaler om Reformpakken 2020

Dansk økonomi står over for betydelige udfordringer i de kommende år. Tidligere års store overskud på de offentlige finanser er vendt til et underskud, som forventes at blive på ca. 74 mia. kr. i 2011. Det medfører stigende offentlig gæld og øgede rentebetalinger. Samtidig bliver der færre i den arbejdsdygtige alder, og antallet af ældre vil være stigende.

De offentlige finanser skal styrkes for at sikre overholdelse af regeringens mål om balance mellem udgifter og indtægter i 2020. Med *Genopretningsaftalen* fra 2010 har regeringen og Dansk Folkeparti indledt en flerårig indsats, som styrker de offentlige finanser med 24 mia. kr. Regeringen, Dansk Folkeparti og Det Radikale Venstre har indgået *Aftale om senere tilbagetrækning*, og regeringen, Dansk Folkeparti og Pia Christmas-Møller har indgået aftale om *To streger under facit*. Aftalerne øger arbejdsudbuddet og sikrer balance på de offentlige finanser i 2020.

Rammen for de kommunale serviceudgifter frem til 2013 blev fastlagt med *Genopretningsaftalen*. Kommunernes udgifter til borgernære velfærdsområder fastholdes således uændret frem til 2013. Dermed kan kommunerne videreføre udgiftsniveauet i kommunernes budgetter for 2010.

Regeringen har i *To streger under facit* tilkendegivet, at der fremsættes lovforslag, som viderefører den delvist individuelle regnskabssanktion fra 2011. En eventuel sanktion ved overskridelse af de aftalte rammer i budgetterne er som udgangspunkt kollektiv, men udformningen fastlægges først endeligt efter kommunernes budgetvedtagelse.

2. Omstilling og nytænkning inden for de nuværende rammer

Der er i mange kommuner gjort en stor indsats og foretaget svære prioriteringer for at få styr på økonomien. Kommunerne bidrager dermed til genopretningen af den offentlige økonomi og påtager sig et medansvar for at sikre holdbare offentlige finanser.

KL har noteret sig regeringens udgiftspolitiske mål. I forlængelse heraf er det centralt for de kommende års genopretning af den offentlige økonomi, at de af regeringen fastsatte rammer overholdes.

De kommende års begrænsede muligheder for vækst i de offentlige udgifter betyder, at udviklingen af den kommunale service skal ske inden for de nuværende økonomiske rammer. Den demografiske udvikling betyder samtidig, at der vil være flere, der forlader arbejdsmarkedet, end der træder ind på arbejdsmarkedet, hvilket vil reducere arbejdsudbuddet betydeligt. Det stiller samlet set store krav til indretningen af kommunernes opgaveløsning.

Kommunerne har igangsat en omstilling af servicetilbuddene på alle de store opgaveområder. Der gennemføres blandt andet strukturomlægninger og tænkes i nye tilbud og løsninger for borgerne.

Der er enighed om, at kommunerne fortsætter nytænkningen og omstillingen af den kommunale opgaveløsning – både på de borgernære serviceområder og i den kommunale administration. Blandt andet investeringer i moderne velfærdsteknologi, digitalisering af opgaveløsningen og selvbetjeningsløsninger er vigtige veje til, at personaleressourcerne udnyttes bedre, og at der skabes rum til prioritering af den borgernære service. Regeringen vil støtte op om indsatsen i kommunerne ved at arbejde for initiativer, som kan understøtte kommunernes omstilling på de enkelte områder.

3. Kommunernes økonomi for 2012

Rammen for de kommunale serviceudgifter i 2012 tager udgangspunkt i et uændret udgiftsniveau i forhold til aftalen for 2011. Dermed er rammen i overensstemmelse med det spor, der er fastlagt i genopretningsaftalen.

Kommunernes serviceudgifter i 2012 udgør i alt 247,8 mia. kr. Hertil kommer yderligere reguleringer i medfør af DUT-princippet. Kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering af regionernes sundhedsvæsen i 2012 er forudsat til 18,9 mia. kr.

Regeringen og KL er enige om, at der for kommunerne under ét vil være balance i den kommunale økonomi i 2012 med nedenstående forudsætninger.

Tabel 1

Balance for kommunerne i 2012

Mio. kr., 2012-pl	Aftale
Serviceudgifter, netto	247.811
Overførsler	59.628
Udgifter til forsikrede ledige mv.	14.078
Bruttoanlæg (ekskl. ældreboliger)	15.466
Øvrige udgifter	2.922
Udgifter i alt	339.905
Skatteindtægter	-234.697
Bloktilskud mv.	-72.194
Balancetilskud	-12.320
- Heraf betinget balancetilskud	-3.000
Beskæftigelsestilskud	-14.078
Øvrige indtægter	-6.615
Indtægter i alt	-339.905
Balance	0

Med henblik på at sikre balance mellem de samlede kommunale udgifter og indtægter for kommunerne under ét er der fastsat et balancetilskud på 12.320 mio. kr. i 2012. Heraf er 3 mia. kr. betinget af kommunernes aftaleoverholdelse i budget og regnskab.

Udgangspunktet for fastsættelsen af bloktilskuddet til kommunerne i 2012 er en uændret kommunal skattefastsættelse i 2012 for kommunerne under ét.

Kommuner med særlige økonomiske udfordringer

Et mindre antal kommuner står overfor særlige økonomiske udfordringer. Med henblik på at imødekomme disse kommuner er der enighed om, at den ordinære særtilskudspulje forhøjes ekstraordinært til 550 mio. kr. i 2012. Forhøjelsen af særtilskudspuljen finansieres af bloktilskuddet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil i forbindelse med fordelingen af særtilskud nærmere angive de kriterier og hensyn, der lægges til grund ved fordelingen, således at der er klarhed om forudsætningerne for fordelingen.

Efterreguleringen af selvbudgetteringen i 2009 betyder, at 19 kommuner skal tilbagebetale i alt 1,6 mia. kr. i 2012. I lyset af de særlige forhold omkring dette, vil regeringen søge tilslutning til, at efterreguleringen nedjusteres med 300 mio. kr. Samtidig afsættes en lånepulje på 300 mio. kr., der fordeles efter ansøgning blandt kommuner med en ekstraordinær efterregulering sammenholdt med den likviditetsmæssige situation i kommunen.

Regeringen har tilkendegivet, at den i forlængelse af arbejdet i Finansieringsudvalget agter at fremlægge forslag til justering af udligningssystemet med virkning fra 2013. Justeringerne skal blandt andet ses i lyset af omlægningen af beskæftigelsesindsatsen samt den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet.

Anlæg

Som led i den generelle tilpasning af økonomien skal anlægsniveauet i kommunerne i 2012 tilbage på et mere normalt niveau. Regeringen og KL er på den baggrund enige om, at der med aftalen er sikret fuld finansiering til et anlægsniveau på 15,5 mia. kr. eksklusive kommunalt ejede ældreboliger.

Kommunerne har i 2010 i lighed med tidligere år realiseret anlægsindtægter, der ligger væsentligt over det forudsatte niveau ved fastsættelsen af bloktilskuddet for 2010. Der er enighed om fremadrettet at justere det forudsatte niveau for anlægsindtægterne til 5,7 mia. kr., så det i højere grad svarer til de faktisk realiserede indtægter.

I 2012 udmøntes 2 mia. kr. fra Kvalitetsfonden. Kommunernes investeringsniveau på kvalitetsfundsområderne udgør således mindst 7 mia. kr. i 2012. Der afsættes en lånepulje på 600 mio. kr., herunder til kvalitetsfundsprojekter og it-investeringer. Lånepuljen målrettes primært kommuner i en økonomisk og likviditetsmæssig vanskelig situation.

De kommunale regnskaber for 2009 og 2010 viser, at kommunerne ikke har leveret det aftalte løft af investeringerne på kvalitetsfundsområderne. Regeringen og KL tillægger det stor vægt, at kommunerne realiserer det aftalte løft af investeringerne, og der er enighed om, at kommunerne skal prioritere dette.

Regeringen og KL er enige om at drøfte status for kommunernes investeringer på kvalitetsfundsområderne i forbindelse med budgetlægningen for 2012.

Overførsler

Det er forudsat i aftalen, at kommunernes overførselsudgifter vil udgøre 59,6 mia. kr. i 2012, og at kommunernes udgifter til forsørgelse og aktivering af forsikrede ledige mv. vil udgøre 14,1 mia. kr. i 2012.

Regeringen og KL er enige om, at der foretages en midtvejsvurdering af skønnene for udgifterne til indkomstoverførsler i 2012. I tilfælde af væsentlige ændringer i skønnet for udgifterne til indkomstoverførsler sammenholdt med de øvrige forudsætninger for aftalen kan der være behov for at neutralisere dette i den indgåede aftale.

Regeringen og KL er enige om, at kommunernes aktive indsats kan påvirke størrelsen af indkomstoverførslerne.

Styrket økonomistyring

Regeringen har igangsat et tværoffentligt projekt, der skal sikre en bedre økonomistyring i hele den offentlige sektor. En tæt og løbende opfølgning på den økonomiske udvikling er en forudsætning for at identificere eventuelle økonomiske ubalancer, og for at ledelserne i tide kan foretage de nødvendige budgettilpasninger og omprioriteringer. Projektet vil blandt andet fokusere på budgetgrundlag og -processer, controlling og ledelsesrapportering samt kobling mellem finansiel styring samt mål- og resultatstyring, som grundlag for en sammenhængende økonomi- og virksomhedsstyring.

Regeringen og KL er enige om, at der behov for en styrket økonomistyring. På den baggrund er parterne enige om at gennemføre et fælles analysearbejde om økonomistyringen i kommunerne.

Øvrige økonomiske forudsætninger

De øvrige økonomiske forudsætninger for den kommunale økonomi i 2012 fremgår af *boks 1*.

Boks 1

Øvrige økonomiske forudsætninger

Bidrag til regionerne

Udgangspunktet for kommunernes grundbidrag på udviklingsområdet for 2011 var 121 kr. pr. indbygger. For 2012 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for bidragsfastsættelsen vil være et grundbidrag på 123 kr. på udviklingsområdet. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2011-2012 på 1,8 pct. inkl. medicin.

Den kommunale balance i 2012 tager højde for, at der er sammenhæng mellem kommunernes forventede medfinansiering på sundhedsområdet og det aftalte udgiftsniveau for regionerne.

Skatter

Det er ved fastsættelsen af det statsgaranterede udskrivningsgrundlag i kommunerne lagt til grund, at fremskrivningsprocenten for udskrivningsgrundlaget fra det korrigerede beregningsgrundlag for 2009 til 2012 udgør 10,4 pct.

Der er med virkning fra og med 2003 indført et loft over grundlaget for beregning af grundskyld. Det er forudsat, at reguleringsprocenten ved beregning af loftet for 2012 vil blive fastsat til 4,3 pct.

Pris- og lønudvikling

Der anvendes et skøn for pris- og lønudviklingen for kommunerne fra 2011-2012 for de samlede udgifter inkl. overførsler på 2,4 pct. PL-skønnet for serviceudgifter (ekskl. overførsler) er 2,2 pct. fra 2011-2012, og PL-skønnet for anlægsudgifter er 3,0 pct. fra 2011-2012. Der er endvidere forudsat en satsreguleringsprocent for 2012 på 2,9 pct.

Der er i aftalen forudsat konstant realt nettobidrag til AER. Ændringer i denne forudsætning vil blive taget op i forbindelse med drøftelserne om kommunernes økonomi for 2013.

4. Bedre ressourceudnyttelse og udvikling af den kommunale service

Regeringen og KL er enige om, at kommunerne i de kommende år fortsætter indsatsen for at effektivisere den kommunale opgaveløsning og sikre, at ressourcerne udnyttes og prioriteres bedst muligt. Staten bidrager til kommunernes indsats blandt andet i regi af gensidighedsaftalen, via afbureaukratisering, ved forbedrede kommunale styrings- og prioriteringsmuligheder samt ved understøttelse af digitalisering og brug af velfærdsteknologi i den kommunale opgaveløsning.

Samtidig skal kommunerne fortsat udvikle og omstille den kommunale service i lyset af behovet for en bedre udnyttelse af personaleresourcerne og de begrænsede muligheder for vækst i de samlede offentlige udgifter i de kommende år.

Omdrejningspunktet for den fælles indsats mellem regeringen og KL er gensidighedsaftalen, hvor det er aftalt at frigøre ressourcer svarende til 5 mia. kr. i kommunerne fra 2009-2013. Regeringen har forpligtet sig til at fremlægge initiativer, der kan frigøre halvdelen heraf, mens kommunerne skal finde den anden halvdel.

Regeringen har i forlængelse heraf fremlagt en række nye, konkrete initiativer inden for blandt andet afbureaukratisering, digitalisering og indkøb, der i alt frigør 337 mio. kr., *jf. bilag 1*. Hertil kommer sager med stigende profil fra tidligere års aftaler på i alt 156 mio. kr.

Herudover vil regeringen gennemføre en række konkrete initiativer på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, der styrker kommunernes muligheder for at styre og prioritere indsatsen. Der er enighed om, at regeringen dermed har levet op til sine forpligtelser i forhold til gensidighedsaftalen i 2012, ligesom der er aftalt afbureaukratiseringsinitiativer i forhold til henholdsvis beskæftigelses- og folkeskoleområdet.

Regeringen og KL er enige om medio 2012 at gøre status for kommunernes initiativer for bedre ressourceudnyttelse, herunder udbredelsen af gode eksempler i kommunerne. Der er enighed om i regi af KREVI at indsamle og sætte fokus på de gode eksempler på effektiviseringsresultater i kommunerne.

Afbureaukratisering og frikommuner

I forlængelse af den hidtidige afbureaukratiseringsindsats har regeringen gennemført en række nye forenklingsinitiativer på blandt andet beskæftigelses-, miljø-, undervisnings- og socialområdet. Hertil kommer, at der er givet mere end 300 dispensationer fra statslige regler i regi af udfordringsretten. Kommunerne har frem mod 2013 fortsat mulighed for at udfordre statslige krav og regler, som bremser en bedre opgaveløsning. Regeringen og KL er enige om, at kommunernes erfaringer skal opsamles på en smidig og simpel måde med henblik på at vurdere dispensationernes potentiale til at blive udbredt nationalt.

Med finanslovsaftalen blev der aftalt et forsøg med frikommuner fra 1. januar 2012. Regeringen har udvalgt i alt ni frikommuner. Hensigten med forsøget er at give frikommunerne så vide lovgivningsmæssige rammer som muligt til at tilrettelægge den borgernære service på nye måder. Dette skal ske ved at give frihed fra en række statslige regler, proces- og dokumenta-

tionskrav. Parterne er enige om, at forsøget skal bidrage til afbureaukratiseringsindsatsen i de enkelte frikommuner og med sigte på den samlede kommunale sektor.

Regeringen og KL er enige om, at der er mulighed for at forenkle reglerne på folkeskoleområdet. Ved at give kommunerne friere rammer til lokal prioritering kan der frigøres ressourcer fra administrative opgaver, som i stedet kan anvendes til at styrke undervisningen til gavn for eleverne.

Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af Undervisningsministeriet, Finansministeriet og KL med henblik på at forenkle reglerne på folkeskoleområdet. Arbejdsgruppen skal gennemgå alle bekendtgørelser og vejledninger på området for unødigt bureaukrati. Arbejdsgruppen fremlægger konkrete forslag til forenklinger april 2012.

Regeringen har i foråret 2011 indgået aftale med et bredt flertal i Folketinget om 44 initiativer på beskæftigelsesområdet, som forenkler regler og arbejdsgange og frigør ressourcer til kerneopgaven med at få ledige i arbejde.

Regeringen og KL er enige om, at der er muligheder for yderligere forenklinger af rammerne for beskæftigelsesindsatsen og rum for et mere individuelt fokus på den enkelte borger i indsatsen.

Der er enighed om, at Beskæftigelsesministeriet inddrager KL og Finansministeriet i forberedelsen af konkrete forslag til yderligere afbureaukratisering og forenkling af indsatsen. Forslagene fremlægges i april 2012. Der tages blandt andet afsæt i forslag modtaget som led i *Væk med bøvl* kampagnen.

Regeringen og KL er enige om, at afbureaukratisering og forenklinger må tage afsæt i, at den aktive beskæftigelsesindsats er en central forudsætning for høj beskæftigelse og lav ledighed. Der skal blandt andet ses på mulighederne for mere fleksible og individuelle kontaktførelser mellem jobcentrene og de ledige samt øget fokus på kvalitet i og resultater af beskæftigelsesindsatsen.

Indkøb

Der er som opfølgning på aftalen om kommunernes økonomi for 2011 gennemført en analyse af det kommunale varekøb. Analysen peger på, at koordinerede, standardiserede og forpligtende indkøb giver billige priser. Dette understøttes af erfaringerne fra statens indkøbsprogram.

Analysen har fokuseret på vareområder, hvor der erfaringsmæssigt er særligt gode muligheder for at effektivisere indkøbet. De udvalgte vareområder udgør et indkøb på ca. 10 mia. kr. årligt. Analysen viser, at der er stor forskel på de priser, som kommunerne køber ind til, og der vurderes på den baggrund at være et effektiviseringspotentialt på 1-2 mia. kr. årligt. Hertil kommer yderligere effektiviseringspotentialer på indkøbsområder, der ikke er omfattet af analysen.

Regeringen og KL enige om følgende konkrete målsætninger for det kommunale indkøb:

- Der etableres frem mod 2015 15 - 20 koordinerede og forpligtende indkøbsaftaler for kommunerne.
- Der etableres senest i første halvår 2012 mindst fire koordinerede og forpligtende indkøbsaftaler. Aftalerne indgås på standardiserbare indkøbsområder, der erfaringsmæssigt har resulteret i store effektiviseringer.
- Inden udgangen af 2012 skal størstedelen af kommunerne have tilsluttet sig de nyetablerede forpligtende indkøbsaftaler.
- Der fastlægges benchmarks i forbindelse med etableringen af de nye koordinerede og forpligtende aftaler med henblik på at dokumentere effektiviseringerne.

Regeringen og KL er i forlængelse af kursskiftet i SKI enige om, at SKI har en vigtig rolle i etableringen af koordinerede og forpligtende indkøbsaftaler for kommunerne. Indtil de fælleskommunale aftaler er etableret, kan kommunerne anvende de statslige indkøbsaftaler.

Der er enighed om i de kommende år at følge op på de konkrete målsætninger.

Ny digitaliseringsstrategi

KL, Danske Regioner og regeringen er enige om en ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi for perioden 2011-2015. Samtidig har kommunerne fastlagt en strategi og handlingsplan, som skal sikre en effektiv prioritering af den fælleskommunale digitale indsats for at omstille og nytænke kommunernes opgaveløsning.

Med den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi er regeringen og KL enige om et ambitiøst, men realiserbart mål om at ansøgninger, indberetninger, breve og al anden skriftlig kommunikation med det offentlige som udgangspunkt skal foregå obligatorisk digitalt i 2015. Regeringen vil søge tilslutning til de relevante lovgivningsmæssige ændringer. Ved i stigende omfang at erstatte papirblanketter med digitale selvbetjeningsløsninger og alene udsende offentlig post via borgerens digitale postkasse kan kommunerne frigøre betydelige ressourcer. For de borgere, som ikke er i stand til at benytte de digitale løsninger, vil kommunerne sikre den nødvendige hjælp og støtte.

Regeringen og KL er desuden enige om at forenkle regler og forbedre kommunernes adgang til data, med henblik på at høste det fulde potentiale ved øget automatisering af sagsbehandlingen, indkøb af fælles it-systemer m.v. Dermed skal digitaliseringsstrategien og en fælles rammearkitektur understøtte en øget konkurrenceudsættelse af de kommunale ydelsesområder, hvor der i dag er monopol på it-understøttelsen.

Regeringen og KL er enige om, at kommunerne finansierer 40 mio. kr. i 2012 til dækning af kommunernes andel af den nye digitaliseringsstrategi, herunder til finansiering af den fællesoffentlige infrastruktur. Hertil kommer yderligere årlige udgifter på 30 mio. kr. i 2013 -2015.

Regeringen og KL er enige om, at der reserveres en pulje fra det kommunale bloktilskud til fælleskommunale it-investeringer på 30 mio. kr. årligt i 2012 - 2014. Midlerne disponeres efter aftale mellem parterne og på baggrund af en samlet plan for årets fælleskommunale investeringer, herunder under hensyntagen til fællesoffentlige standarder, krav til business cases, tværgående prioritering mv.

Konkurrenceudsættelse

KL noterer sig, at regeringen har indgået *Aftale om Konkurrencepakken*. I aftalen indgår, at der frem mod 2015 skal ske en stigning i kommunernes konkurrenceudsættelse til 31,5 pct., og at de kommuner, som i dag konkurrenceudsætter mindst skal øge konkurrenceudsættelsen mere end de øvrige kommuner.

Det fremgår endvidere af aftalen, at konkurrencen skal styrkes på de områder, hvor der er potentiale. Det skal sikre, at offentlige opgaver løses bedst og billigst. Regeringen og KL er enige om at konkurrenceudsættelse kan anvendes til at opnå en bedre ressourcudnyttelse og kvalitet.

I forlængelse af konkurrencepakken vil regeringen inden udgangen af 2011 fremsætte forslag til understøttelse af øget konkurrenceudsættelse på hjemmehjælpsområdet. Der er enighed om, at KL inddrages i dette arbejde.

Under forudsætning af, at arbejdet muliggør en øget konkurrenceudsættelse på hjemmehjælpsområdet, er regeringen og KL enige om at søge at indgå en ny aftale om konkurrenceudsættelse med det nye og mere ambitiøse mål på 31,5 pct. Når der er gennemført relevante justeringer i forhold til hjemmehjælpsområdet, vil regeringen og KL følge årligt op på udviklingen mod det aftalte mål i 2015.

Der er stor forskel på graden af konkurrenceudsættelse kommunerne imellem. Det indgår derfor som en del af aftalen, at der vil blive opstillet graduerede måltal for grupper af kommuner under ét.

Regeringen og KL er derudover enige om at igangsætte en analyse af, hvordan de kommunale udbud i dag er tilrettelagt.

Med *Aftale om Konkurrencepakken* er der igangsat en række initiativer, der skal understøtte kommunernes arbejde med konkurrenceudsættelse. Regeringen og KL er i den forbindelse enige om, at sagsbehandlingstiderne i Klagenævnet for Udbud skal reduceres. Folketinget har den 1. juni 2011 vedtaget lovforslag om opstramning i Klagenævnet for Udbud. Sagsbehandling effektiviseres og målrettes. Der tilføres Klagenævnet flere ressourcer ved at hæve klagegebyret, og der indføres resultatmål for sagsbehandlingstiden for Klagenavnets sekretariat.

Regeringen vil endvidere arbejde for at forenkle EU's udbudsregler, så det bliver nemmere og billigere at gennemføre udbud, ligesom udbudsbekendtgørelsen smidiggøres på en række punkter med virkning fra 1. juli 2011.

Der afsættes i 2012 en deponeringsfritagelsespulje på 100 mio. kr. med henblik på at fremme offentlig-private samarbejdsprojekter.

Velfærdsteknologi

De kommende års demografiske udvikling betyder, at personaleressourcerne skal udnyttes bedre. Måltrettet anvendelse af nye teknologiske løsninger er en vej til dette og indebærer samtidig en række muligheder i forhold til udviklingen af den kommunale service.

Regeringen og KL er enige om at fremme anvendelse af velfærdsteknologi for at sikre en bedre personaleudnyttelse i kommunerne. Regeringen har etableret Fonden for Velfærdsteknologi (tidligere ABT-Fonden), som frem mod 2016 uddeler midler til projekter, der afprøver og demonstrerer potentialet i nye velfærdsteknologiske løsninger.

Afprøvning af velfærdsteknologiske løsninger styrker kommunernes beslutningsgrundlag og reducerer risikoen for fejlinvesteringer. Samtidig understøtter det, at velfærdsteknologiske løsninger udbredes hurtigere. Fonden har medfinansieret en række kommunale projekter. Erfaringerne viser, at flere projekter har en relativt kort tilbagebetalingshorisont, og at en generel implementering i kommunerne på sigt kan frigive betydelige ressourcer i kommunerne.

Regeringen og KL er enige om følgende initiativer:

- Der iværksættes et storskala-telemedicinprojekt om hjemmemonitorering med en statslig medfinansiering på 33,4 mio. kr. Fokus i projektet er at understøtte tværsektorielt samarbejde om kronikere og afdække gevinster og udgifter i kommuner, hos praktiserende læger og i regionerne.
- I forlængelse af de første positive erfaringer med telebaseret omsorg og tværsektorielt samarbejde, vil regeringen søge tilslutning hos forligskredsen bag velfærdsteknologifonden om at øremærke 30 mio. kr. over to år til at udbrede erfaringerne fra igangværende projekter som fx telemedicinsk sårbehandling, forebyggelse af tryksår samt eventuelt andre initiativer, der kan erstatte rutinemæssige hjemmebesøg. Der er herunder enighed om at arbejde hen mod en model for national implementering af telemedicinsk sårvurdering.
- Der gennemføres en udredning, der har som mål at udpege de dele af det sociale område, hvor der er stort effektiviseringspotentiale ved brug af ny teknologi. Fonden for Velfærdsteknologi forestår udredningsarbejdet i samarbejde med Socialministeriet og KL. Ekspertes og praktikere inddrages i arbejdet.

Mindre administration i kommunerne

Kommunalreformen indebærer et stort potentiale for en mere effektiv administration i kommunerne. Udviklingen siden kommunalreformen viser imidlertid, at kommunerne ikke fuldt ud har høstet dette potentiale. Kommunerne bruger således i dag stort set de samme ressourcer på administration som ved kommunalreformens gennemførelse.

Regeringen og KL gennemførte i 2010 en analyse af kommunernes ressourceforbrug inden for løn, bogføring og regnskab, der viste et effektiviseringspotentiale på 500-700 mio. kr. årligt. Der er enighed om at gøre status for kommunernes omstilling på disse områder i efteråret 2011.

Det skal være en fælles målsætning at reducere administrationen i de kommende år. Med *BoligJobplanen* er der aftalt en reduktion af centraladministrationen på 5 pct. årligt svarende til knap 1 mia. kr.

Regeringen og KL er enige om, at der gennem en omstilling og mere effektive arbejdsgange er et potentiale for at reducere den kommunale administration svarende til knap 1½ mia. kr. i 2013 i forhold til niveauet i 2010. Kommunerne arbejder for at realisere dette, og de frigjorte midler bruges til borgernær service.

Regeringen og KL er enige om at følge op på udviklingen både i enkeltkommuner og for kommunerne under ét. Der igangsættes et arbejde om opgørelsen af administration baseret på tal for personale og udgifter, herunder eventuelle omlægninger af den kommunale kontoplan. I forlængelse heraf offentliggør Indenrigs- og Sundhedsministeriet tal for udviklingen i den kommunale administration.

5. De kommunale serviceområder

De kommende års udfordringer med stramme økonomiske rammer og et stigende antal ældre nødvendiggør en omstilling og nytænkning af opgaveløsningen på de kommunale serviceområder.

Kommunerne er i gang med at imødegå udfordringerne. Kommunerne har således fokus på en bedre udnyttelse af personaleressourcerne og på at udnytte de muligheder, som digitalisering og velfærdsteknologi bærer med sig.

Kommunernes indsats indebærer eksempelvis strukturtilpasninger på skoleområdet, ligesom der opstilles målsætninger for øget inklusion i forhold til specialundervisning i folkeskolen. Kommunerne arbejder ligeledes med nye tilbud og løsninger i lokalområdet på det specialiserede socialområde samt med omstilling af ældreområdet med fokus på hjælp til selvhjælp og en høj grad af selvstændighed i hverdagen.

Regeringen vil understøtte kommunernes fremadrettede indsats med initiativer, som giver kommunerne et større lokalpolitisk råderum og bedre styringsmuligheder på velfærdsområderne.

Folkeskole

Regeringen og KL er enige om, at der i de kommende år er behov for en omstilling af folkeskolen. Det gælder både i forhold til at sikre en mere inkluderende folkeskole og i forhold til at styrke anvendelsen af it i undervisningen. Samtidig er det nødvendigt fortsat at have fokus på at få mere undervisning ud af de eksisterende ressourcer og på tilpasninger i lyset af den demografiske udvikling med færre elever.

Specialundervisning

Regeringen og KL er enige om, at der skal ske en omstilling af specialundervisningsområdet, så en stigende del af eleverne inkluderes. Der er enighed om løbende at følge udviklingen.

Klagesystemet på specialundervisningsområdet sikrer borgernes klageadgang over kommunale tilbud om specialundervisning. Samtidig skal klagesystemet indrettes med hensyntagen til målsætningen om en mere inkluderende folkeskole.

Der er enighed om, at regeringen vil søge tilslutning til følgende justeringer:

- Indførelse af en særlig formodningsregel, så det vil kræve særligt vægtige faglige grunde, før klagenævnet kan tilsidesætte en kommunal afgørelse om at give et inkluderende tilbud.
- Det præciseres, at klagenævnet kun kan tilsidesætte en kommunal afgørelse, hvis det vurderer, at et andet tilbud i klart højere grad imødekommer undervisningsbehovet, at kommunerne udover faglige hensyn også skal medtage økonomiske hensyn i tilbudsvurderingen, at specialundervisning ikke tildeles på baggrund af en diagnose, men på grundlag af en vurdering af det undervisningsmæssige behov samt at klagenævnet ikke kan henvise eleven til et bestemt tilbud.
- Sammensætningen af klagenævnet overvejes.
- Udarbejdelse af en vejledning rettet mod kommunale beslutningstagere.

Det frie skolevalg er grundlæggende en god rettighed, som giver borgeren mulighed for at søge om optagelse på andre skoler end distriktsskolen. Kommunerne har imidlertid påpeget en række udfordringer i forhold til den nuværende ordning med frit valg på specialundervisningsområdet.

Der er enighed om, at regeringen søger tilslutning til følgende justeringer:

- Det præciseres i lovgivningen, at bopælskommunens visitering af elever med specialundervisningsbehov er bindende for skolekommunen for så vidt angår tilbuddets karakter. Skolekommunen kan dermed ikke henvise eleven til et mere vidtgående tilbud, end bopælskommunen har visiteret eleven til. Herudover fastlægges det, at afgørelsen af, om tilbuddet er mere vidtgående, skal træffes af bopælskommunen. Dermed sikres der sammenhæng mellem visiterings- og finansieringsansvar.
- Den særlige befordringsforpligtelse for elever med handicap opretholdes inden for rammerne af det, eleven er visiteret til af bopælskommunen. Det betyder, at disse elever kan få betalt befordring svarende til at kunne blive transporteret hen til det tilbud, eleven er visiteret til af bopælskommunen.

Derudover vil regeringen søge tilslutning til en lovændring, der forenkler rammeaftalerne for de regionale undervisningstilbud på specialundervisningsområdet og giver kommunerne ansvaret for koordineringen.

Styrket anvendelse af IT i folkeskolen

Digitale læreprocesser indgår i dag i mange folkeskoler, men der er brug for en mere grundlæggende omstilling. Det indgår derfor i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi, at der i de kommende år sættes fokus på en styrket anvendelse af IT, så det bliver en integreret del af undervisningen i folkeskolen.

It skal medvirke til at styrke elevernes faglighed og ruste dem bedre til fremtidige uddannelses- og jobmuligheder, understøtte en mere målrettet tilrettelæggelse af undervisningen samt muliggøre en bedre ressourceudnyttelse i folkeskolen.

Regeringen og KL er derfor enige om en ambitiøs indsats, hvor regeringen har reserveret 500 mio.kr. fra Fonden for Velfærdsteknologi til over de kommende år at:

- Bidrage til at udvikle markedet for digitale læremidler, herunder stimulere et stort udbud af kvalitetsprodukter.
- Understøtte effektive distributionskanaler som sikrer en let og overskuelige adgang til digitale læremidler, herunder give adgang til digitale læringsmål.
- Medvirke til at erfaringer fra forsøgs- og forskningsprojekter udbredes, herunder yde begrænset støtte til demonstrationsskoler, så udviklingen af it-baserede læringsformer fokuseres på områder og i fag, hvor effekten er størst.

Regeringen og KL er enige om at midlerne udmøntes efter principperne beskrevet i *bilag 2*. Eventuelle bidrag til indkøb af læremidler medfinansieres af kommunerne, mindst svarende til den statslige andel.

For at muliggøre omstillingen på området indgår det i aftalen, at kommunerne frem mod 2014 inden for de nuværende investeringsrammer vil sikre, at alle elever har adgang til den nødvendige it-infrastruktur blandt andet i form af stabile og sikre trådløse netværk med tilstrækkelig kapacitet, sikker opbevaring, strømføring m.v.

Mere undervisning for de nuværende ressourcer

Lærernes undervisning er skolens omdrejningspunkt og det centrale i forhold til at sikre et højt fagligt udbytte for eleverne. Sammenlignet med andre lande bruger danske lærere i folkeskolen og gymnasierne en mindre del af deres samlede arbejdstid på undervisning. Der er også stor forskel på, hvor meget lærerne underviser fra skole til skole.

Kommunerne og staten arbejder løbende med at sikre mere undervisningstid inden for de gældende overenskomster. Og kommunerne har igangsat en målrettet indsats, hvor implementeringen af den gældende overenskomst sammenlignes på tværs af kommuner og institutioner.

Regeringen og KL er enige om et styrket fokus på at opnå mere undervisningstid for de nuværende ressourcer i folkeskolen og det almene gymnasium. Som led heri gennemføres et fælles arbejde, hvor der blandt andet med udgangspunkt i eksisterende analyser af lærernes arbejdstidsanvendelse foretages en vurdering af, om lovgivning og de gældende overenskomster sætter en god ramme for en effektiv anvendelse af lærerressourcerne. Desuden kortlægges erfaringer med fx undervisningsassistenter mv..

Status for arbejdet drøftes på kvartalsmøder mellem regeringen og KL og afsluttes ultimo april 2012.

Tosprogede elever og internationale linjer i folkeskolen

Resultaterne for tosprogede skal forbedres. Regeringen og KL er enige om at have særlig opmærksomhed på, at det faglige niveau for tosprogede elever hæves. Regeringen vil søge tilslutning til, at kommunerne får mulighed for at oprette heldagsskoler, blandt andet i eller i tilknytning til udsatte boligområder, samt til at kommuner med større udsatte boligområder får øgede frihedsgrader til at oprette skoledistrikter, der ikke er geografisk sammenhængende.

Der er behov for, at internationalt orienterede virksomheder og organisationer kan tiltrække dygtige udenlandske medarbejdere. Det kræver blandt andet, at der kan stilles skoletilbud til rådighed for børn af disse udenlandske medarbejdere. Regeringen og KL er enige om at igangsætte en analyse af mulighederne for at etablere internationale linjer i kommunalt regi. Analysen afsluttes ultimo 2011.

Det specialiserede socialområde

Der har de senere år været en kraftig udgiftsudvikling på det specialiserede socialområde. På den baggrund er der som led i de foregående års økonomiaftaler lanceret en række initiativer, der skal understøtte kommunernes styring af området.

Regeringen har blandt andet taget initiativ til ny lovgivning, der forenkler de sociale rammeaftaler og giver kommunerne ansvaret for koordineringen, og der er skabt sammenhæng mellem visitationskompetence og finansieringsansvar.

Kommunerne er i færd med at tilpasse indsatsen på det specialiserede socialområde. Regeringen og KL er enige om, at kommunerne skal styre inden for rammerne for de kommunale serviceudgifter frem mod 2013.

I forlængelse af aftalen om kommunernes økonomi for 2011 er der gennemført en analyse af den statslige regulering og ankesystemet. Der er enighed om følgende konkrete initiativer, der vil understøtte kommunernes styring:

- Regeringen fremsætter lovforslag, der tydeliggør det lokalpolitiske råderum og understøtter, at kommunalbestyrelsen inden for lovens rammer kan fastsætte lokalpolitiske serviceniveauer. Samtidig præciseres det, at såvel faglige som økonomiske hensyn skal indgå i konkrete afgørelser efter serviceloven.
- Regeringen tydeliggør i lovgivningen, at lovligt fastsatte serviceniveauer skal indgå i afgørelsesgrundlaget for ankeafgørelser efter serviceloven.
- Det tydeliggøres i vejledningen, hvilken vægt udtalelsen fra anbringelsesstedet skal tillægges, samt at de elementer i udtalelsen, der tillægges vægt, er udtalelser om barnets udvikling og trivsel mv.
- Der iværksættes en række initiativer med henblik på at styrke kvaliteten af ankeafgørelser samt styrke samarbejdet og dialogen mellem kommuner og ankesystem, herunder sker der blandt andet en opprioritering af juridisk sagkyndige i de sociale nævn.
- Der indføres vejledende tidsfrister i ankesystemet på børnesager med opsættende virkning.

Regeringen og KL er enige om at igangsætte en analyse, der skal danne grundlag for forenklinger af serviceloven på voksenområdet, som kan understøtte en helheds- og resultatorienteret indsats og som skal understøtte kommunernes muligheder for at styre og prioritere serviceydelse inden for de givne fysiske rammer. Arbejdet afsluttes i foråret 2012.

Regeringen fremsætter lovforslag, der sætter en grænse for, hvor sent kommuner kan fremsende regninger til hinanden. Som opfølgning på initiativerne fra sidste års aftale er regeringen og KL endvidere enige om at undersøge, om køberkommunernes styringsmuligheder kan styrkes yderligere i forhold til de tilbud, hvor hovedparten af pladserne finansieres af andre end driftsherren, herunder regionernes tilbud.

Sundhedsområdet

Med kommunalreformen har kommunerne fået ansvaret for den borgerrettede forebyggende indsats og sammen med regionerne den patientrettede forebyggende indsats. Regeringen har taget initiativ til en omlægning af modellen for kommunernes medfinansiering af sundhedsområdet fra 2012. Med omlægningen øges den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering via forhøjelse af loftet over betaling pr. behandling. Samtidig afskaffes grundbidraget. Samlet set vil den nye model give kommunerne yderligere tilskyndelse til en effektiv pleje- og forebyggelsesindsats. Det gælder ikke mindst for gruppen af ældre medicinske patienter og kronikere.

Det er aftalt, at såfremt de kommunale medfinansieringsudgifter overstiger det aftalte niveau, som følge af højere produktivitet i regionerne, tilbageføres betalingerne til kommunerne under ét. For at understøtte en større budgetsikkerhed i kommunerne fremrykker Indenrigs- og Sundhedsministeriet udmeldingen af DRG-takster, så taksterne ikke ændres i perioden fra den forudsatte kommunale medfinansiering bliver fastlagt, til den endelige afregning finder sted.

Regeringen og KL er enige om, at kommunerne skal tilrettelægge en forebyggelsesindsats på baggrund af lokale behov og prioriteringer. Indsatsen skal basere sig på initiativer med evidens for effekt og skal efter behov fokusere på både den langsigtede forebyggelse og den mere kortsigtede plejeindsats.

Der er forskelle i kommunernes medfinansieringsudgifter pr. indbygger. Der er således et potentiale for at styrke forebyggelsen af fx sygehusindlæggelser og dermed nedbringe antallet af sygehusindlæggelser. Den patientrettede forebyggelse skal reducere antallet af sygehusindlæggelser, fx i forhold til patienter med kroniske lidelser. Samtidig skal kommunerne indrette ældreplejen i lyset af den fortsatte reduktion i antallet af liggedage.

Den kommunale forebyggelses- og plejeindsats er et centralt element i den videre udvikling af sundhedssektoren, hvor kommunernes forebyggende og opfølgende indsats skal fungere i samspil med sygehusenes behandlingsindsats. På psykiatriområdet er der behov for øget samarbejde mellem behandlings- og socialpsykiatrien.

Derfor igangsættes et udredningsarbejde med deltagelse af KL, Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand) og Finansministeriet med henblik på at identificere potentialer for en mere effektiv forebyggelsesindsats i forhold til blandt andet at nedbringe sygehusindlæggelser og genindlæggelser. Der arbejdes videre med at styrke grundlaget for at dokumentere, sammenligne og analysere kommunernes indsats med henblik på at udbrede de gode eksempler mere systematisk, herunder ved anvendelse af Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

I den sammenhæng analyseres forslag til konkrete modeller, der kan dokumentere kommunernes forebyggelsesindsats i forhold til fx sygehusindlæggelser, herunder modeller der kan styrke samarbejdet mellem kommuner og regioner inden for sundhedslovens rammer. Afsættet for arbejdet er, at der ikke etableres parallelle behandlingssystemer, samt at pleje og behandling på laveste effektive omkostningsniveau sikres.

Arbejdet færdiggøres april 2012.

6. Øvrige temaer

Lukkedage

Med økonomiaftalen for 2009 aftalte regeringen og KL at afskaffe løsevne lukkedage i daginstitutioner. Der har imidlertid været problemer med implementeringen af aftalen. Der er kommuner, som fortsat holder lukkedage på almindelige hverdage.

Regeringen og KL er enige om, at KL indleder en dialog med disse kommuner, så det sikres, at alle kommuner og de underliggende institutioner overholder aftalen fra 2012, samt at der skabes større gennemsigtighed for forældrene ved at lukkedage på institutionsniveau fremgår af kommunens hjemmeside. I forbindelse med budgetindberetningen for 2012 vurderes det, hvorvidt aftalen er overholdt.

Parterne er samtidig enige om, at det kan være en fornuftig økonomisk løsning at holde lukket i daginstitutioner, når fremmødet ellers vil være lavt i forbindelse med indeklemte hverdage og ferieperioder, og det dermed vil være uforholdsmæssigt omkostningstungt at holde åbent.

Regeringen tilkendegiver, at den senest i efteråret 2011 vil fremsætte lovforslag, som fastlægger, hvilke dage der kan holdes lukket i daginstitutioner. Lovforslaget trækkes tilbage, hvis kommunernes budgetter for 2012 lever op til aftalen om afskaffelse af løsevne lukkedage.

Samarbejdsprojektet

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om at forlænge Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor frem til 2014. Det sker blandt andet for at sætte fokus på udgifts- og økonomistyring, bedre ressourceudnyttelse samt prioritering og styring. Samarbejdsprojektet tilføres 10 mio. kr. i perioden, hvoraf stat og kommuner hver finansierer 4 mio. kr., mens regionerne finansierer 2 mio. kr.

Ejendomsskatter

Regeringen har gennemført en lovændring, der fremadrettet sikrer overensstemmelse mellem kommunernes praksis og lovgrundlaget for fradrag for forbedringer i forbindelse med betaling af ejendomsskatter. Samtidig er de berørte borgere sikret fuld compensation. Regeringen og KL er enige om, at staten refunderer de faktiske tilbagebetalinger i den enkelte kommune.

Med aftalen om kommunernes økonomi for 2011 blev der igangsat et arbejde om, hvordan kommunernes budgettering af grundskyld kan understøttes bedre. Arbejdet udvides til at omfatte kommunernes indtægter fra dækningsafgifter og afsluttes foråret 2012.

Kommunale låneregler vedrørende energirenoveringer

I forlængelse af økonomiaftalen for 2011 har en arbejdsgruppe afdækket kommunernes mulighed for låntagning til rentabel energirenovering. Analysen viser, at kommunerne generelt har gode muligheder for at låne til rentabel energirenovering.

For yderligere at understøtte rentabel energirenovering er regeringen og KL enige om at udvide den automatiske låneadgang vedrørende eksisterende byggeri med de energibesparende foranstaltninger, der fremgår af energimærkningen, samt energikrav til eksisterende byggeri, der følger af "Bygningsreglement 10".

Kommunernes gælds- og formueforvaltning

I forlængelse af finanslovsaftalen for 2011 har en arbejdsgruppe undersøgt kommunernes låntagning i fremmed valuta samt brug af finansielle instrumenter. Der er enighed om, at den kommunale lånebekendtgørelse tilpasses, så kommuner ved låntagning i udenlandsk valuta fremadrettet alene må være sluteksponeret i danske kroner eller euro. Samtidig skal kommunerne fremadrettet ved indgåelse af nye aftaler alene kunne indgå terminsforretninger og almindelige rente- og valutaswaps uden optionselementer. Endvidere er der enighed om at skærpe kravene til oplysning om brug af finansielle instrumenter.

Udbetaling Danmark

Regeringen har besluttet, at når udbetalingen af ydelser flyttes fra kommunerne til Udbetaling Danmark, overgår ansvaret for kontrol med socialt bedrageri i forhold til de berørte ydelser også til Udbetaling Danmark.

Regeringen og KL er enige om, at indsatsen mod socialt bedrageri skal fastholdes. En ny samarbejdsmodel mellem kommunerne og Udbetaling Danmark sikrer, at der i tæt samarbejde tilvejebringes oplysninger om, hvorvidt der snydes med sociale ydelser. Den nye samarbejdsmodel tager hensyn til, at kommunerne fortsat skal kunne foretage kontrol af sociale sager, og at kommunerne fortsat kan udnytte kendskab til lokalområdet eller nærheden til borgeren, når en sag skal oplyses. Regeringen og KL er enige om, at den nye samarbejdsmodel indebærer en fortsat og betydelig indsats i kommunerne for at bekæmpe socialt bedrageri – og antallet af årsværk, som overføres til Udbetaling Danmark, reduceres med 50 årsværk.

KL og regeringen er desuden enige om at undersøge og kvantificere de effektiviseringsgevinster udover de aftalte 300 mio. kr., der kan realiseres gennem udbud af it-løsninger, regelforenkling, anvendelse af eIndkomst og digitalisering på de sagsområder, der skal administreres af Udbetaling Danmark.

Husdyrgodkendelser

Efter en periode med mange afsluttede sager og faldende sagsbehandlingstider, er der tegn på en begyndende sagspukkel af husdyrsager. I marts 2011 indgik regeringen og KL aftale

om sagsbehandlingen på husdyrområdet med henblik på at sikre fortsat rimelige sagsbehandlingstider som opnået med husdyraftalen fra 2009. Regeringen og KL er enige om en tæt opfølgning på resultaterne af den indgåede aftale.

Byggesagsbehandling

Regeringen og KL er enige om, at byggesagsbehandlingen skal effektiviseres. Digitalisering er et vigtigt redskab til at sikre en effektiv byggesagsbehandling. Kommunerne viderefører erfaringerne fra pilotprojekt om digital byggeansøgning, så alle kommuner kan tilbyde digital byggeansøgning til borgere og erhvervsliv. Parallelt hermed tilvejebringes den fornødne lovgivning for digital ansøgning om byggetilladelse. Derudover søges der gennemført et pilotprojekt, der undersøger mulighederne for it-understøttet regelfortolkning med henblik på at understøtte målet om hurtigere sagsbehandling. Endelig nedsættes en arbejdsgruppe, der skal se nærmere på gebyrfastsættelsen.

Væksthuse

Regeringen og KL er enige om, at væksthuse spiller en central rolle i den nationale erhvervspolitik som knudepunkter i et sammenhængende rådgivningssystem. Der er indgået særskilt aftale om rammer og mål for væksthuses indsats i 2012. Kommunerne i hver region indgår på dette grundlag aftale med regionens væksthuse om indsatsen i 2012 inden udgangen af 2011. Der er endvidere enighed om, at potentialet i en øget koordination mellem indsatsen i væksthuse og den statslige erhvervsfremmeindsats skal drøftes løbende i det eksisterende rådgivende forum for væksthuse.

Grundskyld på produktionsjord

Det særlige tilskud i 2011 til kommuner, der lider et provenutab som følge af nedsættelsen af grundskyldspromillen for landbrugsejendomme mv., videreføres i 2012.

Administrationsmodel for NATURA 2000 indsatsen

Vedrørende Natura 2000-beskyttelsen efter Grøn Vækst er parterne enige om at der skal være balance mellem virkemidler, finansiering og mål. Der lægges vægt på at begrænse kommunernes administrationsomkostninger mest muligt, når kommunernes indsats med myndighedsopgaver og projektfacilitering med videre gennemføres. Indsatsen evalueres årligt, og parterne foretager i fællesskab de nødvendige justeringer af indsats eller tidsplan for opfyldelse af målet. Indsatsen skal integreres med kommunernes øvrige naturbeskyttelse. Parterne vil tilrettelægge arbejdet med udmøntning af det ovenstående så det er tilendebragt pr. 1. oktober, hvor de statslige naturplaner for indsatsen foreligger.

Parterne er enige om, at staten har det overordnede ansvar for, at Natura 2000-målene nås. Regeringen har i udgangspunktet lagt vægt på, at midlerne til administration og facilitering udmøntes på en omkostningseffektiv måde, og at staten vil tilvejebringe rammer for at kommunerne arbejder for en målopfyldelse samtidig med at kommunernes udgifter forbundet med Natura 2000 indsatsen begrænses mest muligt.

Bilag 1

Bedre ressourceudnyttelse og gensidighedsaftalen

Som led i økonomiaftalen for 2009 indgik regeringen og KL en flerårsaftale om, at der fra 2009 til 2013 skal frigøres ressourcer svarende til i alt 5 mia. kr. i kommunerne. Staten forpligtede sig til at fremlægge forslag, der kan frigøre ½ mia. kr. i 2009 stigende til 2 ½ mia. kr. i 2013. Samtidig skal kommunerne ved egen indsats frigøre 1 mia. kr. i 2009 stigende til 2 ½ mia. kr. i 2013.

Regeringen har fremlagt en række nye statslige initiativer, der i alt frigør mindst 534 mio. kr. i kommunerne i 2012, *jf. tabel 1*. Sammen med de initiativer, der indgik i økonomiaftalerne for 2010 og 2011, har regeringen dermed fremlagt konkrete initiativer, der i alt frigør mindst 1,8 mia. kr. i kommunerne i 2012. De frigjorte ressourcer forbliver i kommunerne og anvendes til bedre borgernær service.

Tabel 1

Statslige initiativer til frigørelse af ressourcer til borgernær service i kommunerne i 2012

Mio. kr., 12-pl	2012
1. Afbureaukratisering (53 initiativer)	286,3
<i>Herunder blandt andet</i>	
- Bedre sammenhæng mellem skole og fritidstilbud.	143,1
- Nemmere annoncering	35,0
- Enklere sygeopfølgning	21,5
- Forenkling af regler vedr. aktive tilbud og kontaktføreløb	12,3
- Enklere håndtering af sager om forurenet jord	8,5
2. Digitalisering - Det Fælles Medicinkort	35,0
3. Mere effektivt indkøb - Afledte muligheder af statslige indkøbsaftaler	15,6
4. Sektorområder - Det specialiserede socialområde og specialundervisning	-
Nye statslige initiativer i alt	Mindst 534
Statslige initiativer i økonomiaftalen for 2010 og 2011 (effekt i 2012)	1.266
Frigørelse af ressourcer i alt i 2012	1.800

Regeringen og KL er enige om medio 2012 at gøre status for kommunernes initiativer for bedre ressourceudnyttelse samt udbredelsen af gode eksempler blandt kommunerne.

Afbureaukratisering

Regeringen har fremlagt godt 50 nye, konkrete forenklingsforslag, som frigør 286,3 mio. kr. til kommunernes borgernære service i 2012 stigende til 289,5 mio. kr. i 2013.

Forslagene er blandt andet identificeret gennem en række analyser af mulighederne for regelforenklinger og bedre ressourceudnyttelse i kommunerne, som KL og regeringen i fællesskab har gennemført. Blandt forslagene kan nævnes:

Bedre sammenhæng mellem skole og fritidstilbud

Reglerne for fritidstilbud for skolebørn forenkles, så rammerne for et tæt samarbejde mellem pædagoger og lærere styrkes. Det styrker helheden i børnenes hverdag, og giver samtidig kommunerne mulighed for en mere effektiv brug af blandt andet leder- og medarbejderressourcer. Reglerne for de yngste børn i skolealderen samles i folkeskoleloven, mens reglerne for de større børn og unge overordnet samles i ungdoms- og folkeskoleloven. Dagtilbudsloven omfatter fremover alene børn indtil skolestart.

Nemmere annoncering

Kommunerne vurderer fremover selv, hvordan de i den enkelte sag bedst og mest effektivt sikrer kravet om offentlighed gennem annoncering i trykte medier eller på kommunens hjemmeside. Det gælder fx krav til annoncering vedrørende lokalplaner og godkendelser af virksomheder på miljøområdet, salg af faste ejendomme, nedrivning af bevaringsværdige bygninger og omlægning af veje. Forenklingen ændrer ikke på almindelige krav til offentlighed og borgerinddragelse.

Enklere sygeopfølgning

Kravet om udarbejdelse af en selvstændig sygeopfølgningsplan for sygemeldte forenkles, så sygeopfølgningen fremover indgår i det individuelle kontaktføreløb mellem jobcenter og borger. Endvidere digitaliseres og automatiseres kommunikationen vedrørende syge- og raskmelding for forsikrede ledige.

Forenkling af regler vedr. aktive tilbud og kontaktføreløb

Kravet om, at et ret- og pligttilbud til dagpengemodtagere skal være minimum 25 timer om ugen afskaffes, så kommunerne kan tilrettelægge den aktive indsats fleksibelt efter den enkeltes behov. Reglerne for kontaktformer mellem borgere og jobcentre, andre aktører samt akasser harmoniseres på tværs af ydelsesgrupper. Kontakten sker som udgangspunkt ved fremmøde til en personlig samtale, men kan i en række situationer ske telefonisk, digitalt eller ved brev. Opfølgning til alvorligt sygemeldte kan ske uden kontakt.

Enklere håndtering af sager om forurenede jord

Kommunernes sagsbehandling i sager om forurenede jord forenkles. Det sker fx gennem bedre værktøjer til vurdering af forurenede grunde, nemmere adgang til oplysninger om olietanke på private grunde, forenkling af den gældende bekendtgørelse om olietanke og en nemmere håndtering af oprensningssager ved olieforurening.

Digitalisering

Staten har via Fonden for Velfærdsteknologi tilvejebragt finansiering til etablering af et Fælles Medicinkort, som i økonomiaftalen for 2009 er aftalt udrullet i samtlige kommunerne inden udgangen af 2011. Med det Fælles Medicinkort frigøres et årligt nettopotentiale i kommuner på 35 mio. kr. i 2012 stigende til op til 90 mio. kr. Potentialerne er opgjort under forudsætning af, at Lægemiddelstyrelsen har udviklet den nødvendige centrale it-infrastruktur samt en foreløbig opgørelse af antallet af genbestillinger af medicin. Potentialet genvurderes på den baggrund i 2012.

Mere effektivt indkøb

Kommunerne har mulighed for at opnå betydelige effektiviseringsgevinster blandt andet ved at tilslutte sig en række af de indkøbsaftaler, som staten har indgået i Statens Indkøbsprogram.

I femte fase af Statens Indkøbsprogram har kommunerne mulighed for at tilmelde sig aftaler vedr. telefoni, mobilt bredbånd, kontorvarer (kontorartikler, forbrugsartikler, kopipapir mv.), trykkeriydelser samt standard kopi- og printydelser og Microsoft konsulenter. Det er i gensidighedsaftalen for 2011 anslået, at kommunernes brug af de statslige aftaler i femte fase ville kunne frigøre 16,1 mio. kr. årligt. På baggrund af de faktisk opnåede priser i femte fase, der først var kendt i oktober 2010, kan kommunerne frigøre mindst 15,6 mio. kr. årligt ved brug af de statslige aftaler - ud over det allerede anslåede frigørelsespotentiale.

Sektorområder

Herudover gennemfører regeringen en række initiativer på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, som skal understøtte kommunernes styrings- og prioriteringsmuligheder og omlægning til en mere inkluderende folkeskole.

Bilag 2

Udmøntning af centrale midler vedrørende it på folkeskoleområdet

For at understøtte anvendelsen af it i folkeskolen har regeringen reserveret midler fra Fonden for Velfærdsteknologi på i alt 500 mio. kr. til udmøntning i perioden 2012-2015. Midlerne overføres fra fonden til særskilt folkeskole it-pulje, som især anvendes til at:

1. Bidrage til at udvikle markedet for digitale læremidler, herunder stimulere et stort udbud af kvalitetsprodukter.
2. Understøtte effektive distributionskanaler, som sikrer en let og overskuelig adgang til digitale læremidler, herunder give adgang til digitale læringsmål.
3. Medvirke til at erfaringer fra forsøgs- og forskningsprojekter udbredes, herunder yde begrænset støtte til demonstrationskoler, så udviklingen af it-baserede læringsformer fokuseres på områder og i fag, hvor effekten er størst.

Midlerne indføres med 120 mio. kr. i 2012, 120 mio. kr. i 2013, 130 mio. kr. i 2014 og 130 mio. kr. i 2015. Der er enighed om, at hovedparten af midler anvendes til at udvikle markedet for elektroniske undervisningsmaterialer. Den nærmere fordeling af midlerne indenfor de strategiske indsatsområder fastsættes som led i de løbende drøftelser mellem parterne.

Der nedsættes en styregruppe med deltagelse af Undervisningsministeriet (formand), Finansministeriet og KL med overordnet reference til undervisningsministeren. Styregruppen betjenes af et sekretariat, som etableres i Undervisningsministeriet med deltagelse af Finansministeriet og KL.

Styregruppen indstiller til ministeren forslag til udmøntning af årets investeringer, herunder hvordan markedet for læringsmidler skal udvikles, indenfor rammerne af den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi. Heri indgår også midler til støtte til læremidler på baggrund af følgende kriterier:

- Læremidlerne skal have en dokumenteret/forventet faglig og pædagogisk effekt.
- Læremidlerne understøtter centrale målsætninger, herunder mulighed for at frigøre ressourcer til undervisningen, mindske behovet for specialeundervisning m.v.
- Læremidlerne har et betydeligt potentiale for bred anvendelse på tværs af skoler, fag og/eller klassetrin.
- Læremidlerne kan distribueres nemt og effektivt via en sikker og stabil it-infrastruktur og opfylder relevante tekniske, praktiske og eventuelt juridiske krav.

Central støtte til køb af digitale læremidler forudsætter kommunal medfinansiering mindst svarende til det statslige beløb. For at sikre erfaringsopsamling og formidling heraf i forhold til

både kvaliteten og tilgængeligheden af de indkøbte digitale læremidler vil ordningen løbende blive evalueret.

Kommunerne udarbejder en implementeringsplan, som sikrer bedste praksis for omkostningseffektiv organisering, indkøb og drift af den nødvendige it-infrastruktur på skolerne. Udmøntningen af midler til medfinansiering af digitale læremidler afstemmes med at kommunerne frem mod 2014 vil sikre, at alle elever har adgang til den nødvendige it-infrastruktur blandt andet i form af stabile og sikre trådløse netværk med tilstrækkelig kapacitet, adgang til pc-stationer, sikker opbevaring, strømføring m.v.

Aftale om regionernes økonomi for 2012

2. juni 2011

1. Indledning

Med aftalen sikres en fortsat forbedring og udbygning af sundhedsvæsenet.

Sundhedsområdet er en hovedprioritet for anvendelsen af råderummet for de kommende års vækst i de offentlige udgifter. De økonomiske rammer er lagt med *Aftale om genopretning af dansk økonomi*, 2010, indgået mellem regeringen og Dansk Folkeparti, der prioriterer 5 mia. kr. til sundhedsområdet i årene 2011-13, og 2020-reformerne, der fastlægger råderummet for den offentlige økonomi.

Målsætningen om balance i dansk økonomi, jf. 2020-reformerne, betyder, at det samlede vækstråderum er begrænset. De offentlige finanser er pressede fra flere sider, med et forventet underskud i 2011 på 74 mia. kr. Det skal ses i sammenhæng med den demografiske og teknologiske udvikling og et sundhedsvæsen med et højt ambitionsniveau i forhold til faglig kvalitet i behandlingen.

Det betyder samlet et forstærket behov for at anvende ressourcerne på den bedst mulige måde, så der opnås mest mulig sundhed for pengene. Det omfatter effektivisering, prioritering og omprioritering. Kapaciteten på sundhedsområdet skal anvendes bedst muligt. Der skal gennem bl.a. tiltag i forhold til indikationskred og standardglidning prioriteres, og behandling skal ske i overensstemmelse med det sundhedsfagligt velbegrundede. Det skal også medvirke til at sikre kvalitet i behandlingen. Det rigtige skal gøres første gang, så patienten ikke oplever unødigt lange eller uhensigtsmæssige behandlingsforløb. Samtidig skal der løbende ske en omprioritering fra administrative til patientnære ressourcer.

At prioriteringen af nye midler til sundhedsområdet tilvejebringes ved omprioriteringer og reformer på andre områder, forstærker forpligtelsen til at være kritisk i forhold til, hvad der leveres for pengene.

På landets sygehuse og afdelinger udgør personalet en vigtig og afgørende ressource i patientbehandlingen. Personalet har vist stor omstillingsparathed og drevet vigtige tilpasningsprocesser i sundhedsvæsenet. Også fremover skal et godt sundhedsvæsen bygge på personalets arbejdsindsats og høje engagement.

2. De økonomiske rammer

Aftale om genopretning af dansk økonomi fra 2010 markerede en fortsat prioritering af sundhedsområdet, og grundlagde samtidig kursen i forhold til en bedre styring og prioritering på sundhedsområdet.

Med økonomiaftalen for 2011 blev der taget en række skridt til en forbedret udgiftsstyring i regionerne. Den centrale tilgang var en opstramning i den måde, som sygehusenes budgetter styres på. Det betyder blandt andet, at ekstra midler til øget sygehusaktivitet fra den statslige aktivitetspulje i højere grad, blandt andet via de regionale takststyringssystemer, skal prioriteres, hvor der er behov for og ønske om en øget indsats, så sygehusene ikke samlet overskrider det fastsatte budget, og at pengene bruges på den aktivitet, som regionsrådene ønsker prioriteret.

Økonomiaftalen for 2012 ligger inden for de økonomiske rammer fastlagt med genopretningspakken fra 2010 og de økonomiske rammer, jf. 2020-reformerne.

Boks 1

Økonomiske forudsætninger vedrørende sundhedsområdet

- Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2012 med 1.950 mio. kr. Det tilvejebringes ved et realløft på 650 mio. kr. og produktivitetsforbedringer på 2 pct.
- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne (eksklusive medicintilskud) på sundhedsområdet på 93.297 mio. kr. i 2012.
- Der er aftalt et samlet niveau for anlægsudgifterne (brutto) på 3.300 mio. kr. på sundhedsområdet i 2012. Heraf hensættes ved deponering i regionerne 1.022 mio. kr. (12-PL) til finansiering af projekter med kvalitetsfundsstøtte, 50 mio. kr. tilvejebringes fra en it-pulje til fællesregionale investeringer (reservation i staten), og 300 mio. kr. tilvejebringes via en låne- og deponeringsfritagelsespulje, der administreres af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Det er lagt til grund for aftalen, at regionernes udgifter til medicintilskud i 2012 udgør 6.745 mio. kr.
- Det statslige bloktilskud udgør 81.545 mio. kr. i 2012, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud udgør i 2012 2.670 mio. kr. Den aktivitetsbestemte pulje udmøntes som anført i bilag 1.
- De foreliggende opgørelser viser, at sygehusene i 2010 har præsteret en samlet produktionsværdi på 64.404 mio. kr. (12-PL). I 2011 forventes sygehusene at præstere en aktivitetsstigning på 1 pct. svarende til en produktionsværdi på 65.048 mio. kr. (12-PL) ekskl. puljer. I 2012 forventes en yderligere aktivitetsstigning på 3 pct. svarende til en forventet produktionsværdi på 66.998 mio. kr. De forventede produktionsværdier i 2011 og 2012 er opgjort under forudsætning af en produktivitetsvækst på 2 pct. i begge år.
- Det maksimale niveau for regional finansiering fra kommunal medfinansiering i form af aktivitetsbestemte bidrag udgør 18.887 mio. kr. i 2012. Finansieringsloftet fordeles mellem regionerne med udgangspunkt i regionernes aktivitet.

Boks 2

Økonomiske forudsætninger vedrørende regional udvikling

- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne på området for regional udvikling i 2012 på 2.920 mio. kr. hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige bloktilskud til regional udvikling udgør 2.233 mio. kr. i 2012, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- For 2012 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 123 kr. pr. indbygger, svarende til 686 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2011-2012 på 1,8 pct. inklusive medicin.

Boks 3

Øvrige økonomiske forudsætninger

- Udgifterne til medicintilskud i 2010 udgjorde 7.067 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti reguleres bloktilskuddet i 2011 med 75 pct. af merudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Det skønnes, at udgifterne til medicintilskud i 2011 udgør 6.700 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti reguleres bloktilskuddet i 2011 med 75 pct. af mindreudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet fra 2011-2012 er fastsat til 2,0 pct. (ekskl. medicintilskud). For regional udvikling er pris- og lønudviklingen fra 2011-2012 fastsat til 2,2 pct. Den samlede pris- og lønregulering på det regionale område fra 2011-2012 er fastsat til 1,8 pct. inklusive medicin. PL-skønnet for anlægsudgifterne er 0,4 pct. fra 2011-2012.

Låne- og deponeringsfritagelsespulje

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at de mulige gevinster ved et samarbejde med private virksomheder i regi af offentligt-privat samarbejde skal søges udnyttet. Med henblik på blandt andet at fremme anvendelsen af OPP etableres en låne- og deponeringsfritagelsespulje på 300 mio. kr., hvor der kan søges om låneadgang eller dispensation fra deponeringsforpligtelsen i lånebekendtgørelsen. Puljen administreres af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Puljen omfatter ikke kvalitetsfondsstøttede byggerier, da dette byggeri er fuldt finansieret og skal afholdes inden for de fastsatte investeringsrammer.

Opfølgning på sygehusinvesteringer

Der er aftalt samlede investeringer i nye og moderniserede sygehuse på over 41 mia. kr. over de kommende år med støtte fra kvalitetsfonden.

Styring

Regionerne har ansvaret for at realisere sygehusbyggerierne med de løsninger, som er hensigtsmæssige lokalt og indenfor de fastlagte investeringsrammer. Det er derfor regionsrådene, som sikrer, at byggerierne har en tilstrækkelig fremdrift, og at byggerierne overholder de fastlagte investeringsrammer og øvrige forudsætninger og vilkår.

Regionerne har derfor fokus på en betryggende organisering og risikostyring, så der kan gribes ind i tide, hvis forudsætninger ændres. Regionerne har besluttet en række principper for styringen, der sammen med kontrol- og opfølgningsprocedurer skal sikre fuld gennemførelse i projekternes økonomi og forløb.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet følger op på, at de statslige midler fra kvalitetsfonden anvendes til formålet og i overensstemmelse med tilsagnsbetingelserne.

For de enkelte projekter udarbejdes kvartalsvise, revisionspåtegnede redegørelser til regionsrådene, som også danner grundlag for Indenrigs- og Sundhedsministeriets opfølgning. Regionerne udarbejder senest ultimo august 2011 oplæg til standardiserede regionale indberetninger, hvori der redegøres for fremdriften i byggeriet mv., som danner grundlag for drøftelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på fastsættelse af en endelig redegørelses-/indberetningsform.

Det følger af tilsagnsvilkårene, at regionerne for hvert projekt opstiller og beslutter et prioriteret katalog over de umiddelbare projektilpasninger, der konkret gennemføres, hvis der opstår budgetproblemer, så den fastlagte investeringsramme overholdes.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at læring, videnopsamling og videndeling på tværs af regionerne vedrørende sygehusbyggeri er et afgørende element i forhold til at sikre innovative, rationelle løsninger i sygehusbyggeriet og at etablere fremtidssikrede moderne sygehuse.

Danske Regioner har iværksat et projekt over en tre-årig periode, der skal sikre en systematisk videnopsamling og -deling for centrale elementer af sygehusbyggeriet, herunder med inddragelse af erfaringer fra udlandet ligesom muligheder for standardiserede løsninger inddrages.

Målopfølgning

Med økonomiaftalen for 2008 blev aftalt en række principper omkring målfastsættelse og opfølgning herpå i forbindelse med sygehusinvesteringerne. Fremadrettet er regeringen og Danske Regioner enige om nedenstående principper i forhold til målfastsættelse.

Parterne er enige om, at der i processen med etablering af de nye sygehuse skal være fokus på at realisere de overordnede nationale mål med kvalitetsfundsprojekterne. Sygehusbyggerierne skal bidrage til at opfylde de af Sundhedsstyrelsen forudsatte funktioner i den nye sygehusstruktur.

Regionerne skal følge op på de realiserede strukturændringer i forhold til produktivtetsgevinster, kapacitetsudnyttelse, forbedrede arbejdsgange og ambulante behandling, der hvor projekterne er så fremskredne, at det er relevant.

Ved færdiggørelsen af de enkelte projekter udarbejdes en evalueringsrapport i forhold til effektiviseringskrav samt bedre kapacitetsudnyttelse og bedre patientforløb mv., som også kan omfatte opfølgning på de projektspecifikke mål, som regionerne har opstillet for det enkelte projekt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil i takt med realiseringen af projekterne foretage en vurdering af, hvordan projekterne samlet set bidrager til at udvikle den nye sygehusstruktur. I denne opfølgning vil der blandt andet være fokus på, i hvilket omfang Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til sikring af sundhedsfaglige kvalitet følges, samt i hvilket omfang samlingen af den specialiserede behandling og reduktionen i antallet af sygehuse med fælles akutmodtagelse realiseres.

Ejendomsafhændelse i tilknytning til etablering af ny sygehusstruktur

Regionerne står overfor en række ejendomsfrasalg over de kommende år, som led i realiseringen af den nye sygehusstruktur. Regeringen er indstillet på, i dialog med regionerne, at afsøge mulighederne for at nyttiggøre den opsamlede erfaring vedrørende ejendomsmodning og -salg i det statslige ejendomsselskab Freja i forbindelse med de regionale ejendomsfrasalg. Freja skal ikke overtage sygehusejendomme i drift.

Fokus vil være på at få udnyttet Frejas særlige kendskab til salg af hidtil offentligt ejede ejendomme til andre formål, så der skabes størst mulig værdi af de offentlige aktiver i forbindelse med den konkrete afhændelse.

Styrket økonomistyring

Regeringen har igangsat et tværoffentligt projekt, der skal sikre en bedre økonomistyring i hele den offentlige sektor. En tæt og løbende opfølgning på den økonomiske udvikling er en forudsætning for at identificere eventuelle økonomiske ubalancer, og for at ledelserne i tide kan foretage de nødvendige budgettilpasninger og omprioriteringer. Projektet vil blandt andet fokusere på budgetgrundlag og -processer, controlling og ledelsesrapportering samt kobling mellem økonomi- og virksomhedsstyring.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der behov for yderligere fokus på økonomistyring i regionerne. På den baggrund er partnerne enige om at gennemføre et fælles analysearbejde om økonomistyringen i regionerne. Som led i arbejdet evalueres de indførte kvartalsvise økonomiopfølgninger med henblik på styrkelse af opfølgningerne som et aktivt styringsredskab.

3. Retningslinjer for visitation og henvisning

Der skal opnås mest mulig sundhed for de samlede ressourcer. Det er vigtigt at undgå utilsigtede skred i indikationer for behandling. Offentligt finansieret behandling i sundhedsvæsenet skal baseres på et fagligt funderet visitationsgrundlag.

I opfølgning på aftalen om regionernes økonomi for 2011 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner offentliggjort nye retningslinjer for visitation og henvisning til fedme- og rygbehandling, som trådte i kraft 1. januar 2011.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at udarbejde retningslinjer for visitation og henvisning til (udvalgte) knæoperationer, samt at disse vil blive udsendt inden udgangen af juni

2011. Desuden er der enighed om, at der skal opstilles nye visitations- og henvisningsretningslinjer for skulderkirurgi senest oktober 2011. I forhold til at holde momentum i arbejdet vil to nye behandlingsområder udtages til gennemgang senest august 2011, og derefter vil udmelding af nye behandlingsområder følge en kvartalsmæssig kadence. I det videre arbejde med retningslinjerne for visitation og henvisning indgår ligeledes en analyse af indikations-skred i behandling, herunder kortlægning af de 10-20 behandlingsområder med størst vækst i antal behandlede patienter.

4. Bedre ressourceanvendelse og organisering

Effektiv ressourceanvendelse er centralt i hele sundhedsvæsenet. De økonomiske rammer og målsætningen om balance i dansk økonomi øger nødvendigheden af at effektivisere den regionale opgaveløsning og anspore til bedre ressourceanvendelse. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om, at indsatsen for at anvende ressourcerne på sundhedsområdet på den bedst mulige måde skal forstærkes.

Langt størstedelen af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet går til personaleressourcer. Udbredelse af bedste praksis vedr. personalesammensætning, organisering af arbejdsopgaver, størrelse af de forskellige faggrupper mv. er dermed helt afgørende for en bedre ressourceanvendelse og omkostningseffektivitet på landets sygehuse og afdelinger. Der igangsættes derfor en kortlægning af bedste praksis ud fra en omkostningsanalyse på op til 4 udvalgte afdelinger inden for forskellige behandlingsområder, herunder blandt andet planlagt kirurgi. Kortlægningen skal afdække hvilke tilgange, der giver de bedste resultater med henblik på, at overføre dem til andre relevante dele af sygehusvæsenet. Analysen udføres af KREVI.

Åbenhed i og øget brug af sundhedsdata giver også en række muligheder for at sammenligne enhedsomkostninger, forbedre behandlingsforløb og dermed forbedre ressourceanvendelsen. Der er allerede i dag fokus på området i regionerne, men data og sammenligningsanalyser på de forskellige behandlingsområder bør synliggøres endnu mere og indgå i ledelsens styring og videndeling.

Parterne er således enige om at styrke det allerede igangsatte arbejde med at sikre aktuelle og retvisende økonomi- og aktivitetsoplysninger i omkostningsdatabasen, herunder fx via fælles bindende retningslinjer. På den baggrund iværksættes følgende tilpasning af de allerede eksisterende opgaver:

- Sikring af dækkende og aktuelle økonomi- og aktivitetsoplysninger i omkostningsdatabasen og de bagvedliggende centrale sundhedsregistre.
- Opprioritering og optimering af arbejdet med fordelingsregnskaber, herunder synliggørelse af særlige komponenter som bl.a. medicin, implantater mv. og udvikling af løbende opgørelser.
- Sikring af korrekte og ensartede registreringer.

5. Øget kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen

Det danske sundhedsvæsen skal tilbyde høj kvalitet i behandlingen, uanset hvor patienten kommer hen. Det er derfor vigtigt, at der lokalt, ude på de enkelte sygehuse og afdelinger, fortsat arbejdes med forbedring af patientkvaliteten.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne fremmer og prioriterer initiativer, der øger kvaliteten og patientsikkerheden, og samtidig understøtter en begrænset vækst i sundhedsudgifterne. Fokus på kvalitet indebærer blandt andet ændringer i lokale kulturer, processer og samarbejdsmodeller. Indsatsen indebærer derfor en bevidst, sammenhængende og flersidet satsning.

For at sikre øget kvalitet og patientsikkerhed er det bl.a. centralt, at sygehusvæsenet udbreder sin viden og gode resultater. Sygehuse skal lære af hinanden for at forbedre behandlingsmetoder, behandlingsforløb, arbejdsgange o. lign. til gavn for patienten og den samlede ressourceanvendelse.

Udover et styrket arbejde i regionerne med konkrete initiativer og kliniske processer, der målrettet forebygger fejl, skader og spild er der enighed om at følge udviklingen for en række indikatorer, herunder blandt andet nedbringelse af fejl og dødelighed på sygehuse, øget brug af dagkirurgi og lavere vækst i kontakter pr. patient med henblik på korte og effektive behandlingsforløb for patienterne. Det skal sikre, at patienten oplever et optimalt behandlingsforløb, og at der opnås mest mulig sundhed for de tilførte ressourcer.

6. Prioritering på medicinområdet

Regering og Danske Regioner er enige om, at det er vigtigt, at der løbende er fokus på udgiftsudviklingen i sygehusmedicin. Danske Regioner har nedsat Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), blandt andet for at sikre, at der med det fælles beslutningsgrundlag skabes potentiale for at reducere væksten i udgifterne til sygehusmedicin.

Parterne er enige om, at der kan være behov for en yderligere indsats. Regering og Danske Regioner er derfor enige om at undersøge mulighederne for en styrket prioritering af udgifterne til sygehusmedicin, herunder blandt andet analysere prisfastsættelse for sygehusforholdte lægemidler, mulighederne for at opstille yderligere krav til effekten af medicin og øget koordination af beslutningskompetencerne på medicinområdet.

7. Omprioritering af ressourcer til mere borgernær service

Parterne er enige om, at der ved en omprioritering af ressourcerne i det regionale sundhedsvæsen fortsat kan frigøres betydelige ressourcer uden at kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats sænkes. De frigjorte ressourcer anvendes til en styrket sundhedsindsats.

Mindre administration i regionerne

Kommunalreformen indebærer et stort potentiale for en mere effektiv administration i regionerne. Udviklingen siden kommunalreformen viser imidlertid, at regionerne ikke fuldt ud har høstet dette potentiale.

Det skal være en fælles målsætning at reducere administrationen i de kommende år. Med *BoligJobplanen* er der aftalt en reduktion af centraladministrationen på 5 pct. årligt svarende til knap 1 mia. kr.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne gennem en omstilling og mere effektive arbejdsgange reducerer den regionale administration med 2½ pct. i 2012 og 5 pct. 2013 svarende til knap 160 mio. kr. (2011-pl) i forhold til 2010-niveauet, dog med respekt for administration i forbindelse med de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier. De frigjorte midler bruges til borgernær service.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at følge op på den aftalte målsætning.

Regionerne har i fællesskab gennemført en benchmarking af administration i regionerne, der baserer sig på udgifter og personale i 2010. Med afsæt heri opgøres administrationen årligt baseret på tal for udgifter og personale.

Sygefravær

Der er fortsat en betydelig variation i sygefraværet på tværs af regionerne. Ved at nedbringe sygefraværet til niveauet for regionen med laveste sygefravær vil regionerne kunne frigøre betydelige ressourcer med henblik på at styrke den patientnære indsats.

Effektivt indkøb

Regionerne arbejder via centralisering og standardisering af indkøb samt fælles indkøb mv. for at muliggøre frigørelse af ressourcer ved et mere effektivt indkøb. Arbejdet videreføres, og regionerne vil med mere effektivt vareindkøb og logistik frigøre 1 mia. kr. frem mod 2015 i forhold til 2009-udgiftsniveauet.

De frigjorte ressourcer som følge af et mere effektivt vareindkøb skal omprioriteres til en styrket sundhedsindsats. Parterne er enige om, at der årligt skal følges op på status herfor, herunder at Danske Regioner udarbejder en opgørelse for omfanget af muliggjorte omprioriteringer. Regionerne har opstillet mål for indkøb og logistik med henblik på at opnå denne realisering. Der følges samtidig op på realiseringen af disse målsætninger.

8. Digitalisering, sundheds-it og telemedicin

KL, Danske Regioner og regeringen er enige om en ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi for perioden 2011-2015, hvormed parterne er enige om et ambitiøst mål om anvendelse af digitale løsninger frem mod 2015.

I den sammenhæng vil regionerne blandt andet samarbejde om, at der inden for eksisterende økonomiske rammer tilbydes velfungerende og effektive selvbetjeningsløsninger til borgerne

på alle væsentlige områder således, at områderne kan gøres trinvist obligatorisk digitale for borgerne frem mod 2015. Regionerne vil kunne realisere væsentlige gevinster som følge heraf.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne finansierer 20 mio. kr. i 2012 til dækning af regionernes andel af den nye digitaliseringsstrategi, herunder til finansiering af den fællesoffentlige infrastruktur. Hertil kommer yderligere årlige udgifter på 15 mio. kr. i 2013-2015.

Regeringen og Danske Regioner nåede i 2010 til enighed om et antal ambitiøse milepæle for den fremadrettede sundheds-it udvikling, herunder et fælles mål om etablering af et nationalt patientindeks inden udgangen af 2011 og en fuldt konsolideret elektronisk patientjournal inden udgangen af 2013. Parterne er enige om at sikre den fortsatte fremdrift i realiseringen af milepælene, *jf. bilag 2*. Med henblik på at understøtte realiseringen omlægges 100 mio. kr. fra IT-puljen til bloktilskud i 2012.

Velfungerende telemedicinske løsninger giver mulighed for at skabe bedre samarbejde og sammenhæng på tværs af afstande og øge kvaliteten i behandlingen. Der udarbejdes en handlingsplan for telemedicinske løsninger på sundhedsområdet i regi af ABT-fonden. Der øremærkes 50 mio. kr. i fonden til at understøtte handlingsplanen til blandt andet udbredelse af egnede telemedicinske løsninger i forlængelse af de allerede støttede initiativer. Som element i handlingsplanen skal der etableres et grundlag for fastsættelsen af mål for udbredelsen af telemedicinske løsninger.

9. Øvrig sundhed

Sund vækst

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at Danmark står over for en vækstudfordring i de kommende år. En fokuseret regional vækstindsats og erhvervsudvikling er en del af løsningen for en styrket produktivitet og vækst over hele landet. Regeringen og de regionale vækstfora har på den baggrund indgået partnerskabsaftaler om vækst og erhvervsudvikling. Aftalerne skal bidrage til, at regeringens vækststrategi udfoldes i hele landet og til at styrke sammenhængen mellem den nationale og den regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling.

Danmarks evne til at tiltrække og gennemføre klinisk forskning i samarbejde mellem industrien og det offentlige sundhedsvæsen er afgørende for at fremme en dagsorden om sundvækst. Derfor vil alle regioner etablere en enkel og effektiv indgang for industrien til at indgå aftaler om kliniske forsøg. Regionerne vil derudover standardisere samarbejdskontrakter og processer på tværs af regionerne, så det bliver lettere og hurtigere at etablere kliniske forsøg.

Der skal også ske en øget erhvervmæssig anvendelse af danske sundhedsdata med henblik på at styrke forskningen. Derfor nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand) og Danske Regioner m.fl., der inden udgangen af 2011 skal komme med anbefalinger til løsninger.

Der etableres endvidere et Partnerskab for sygehus- og sundhedsinnovation i regi af Fornyelsesfonden og med deltagelse af regionerne, der kan fremme udvikling, standardisering og markedsmodning af moderne danske sygehus- og sundhedsløsninger.

Kliniske kvalitetsdatabaser

De landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er en vigtig kilde til viden om samt dokumentation og udvikling af patientbehandling.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at gennemføre anbefalingerne fra rapporten *Kvalitetsoplysninger på sundhedsområdet*, herunder vedrørende prioritering, standardisering, udveksling og anvendelse af data, koordineret støtte og ændrede krav.

Driften af de kliniske kvalitetsdatabaser og kompetencecentre er et regionalt ansvar.

Der er enighed om behovet for en tæt dialog mellem parterne for at sikre den fortsatte fremdrift i arbejdet og tilgodese såvel regionernes som de centrale sundhedsmyndigheders behov for anvendelse af data fra kvalitetsdatabaserne.

Der er endvidere enighed om, at de centrale sundhedsmyndigheder i samarbejde med Danske Regioner inden udgangen af 2011 tilvejebringer et overordnet overblik over de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, der skal munde ud i en første plan for en prioriteret udvikling af kliniske kvalitetsdatabaser inden for de eksisterende økonomiske rammer, som sættes i værk primo 2012. Regionerne forestår den konkrete udmøntning af puljemidlerne i overensstemmelse med denne plan. Sundhedsstyrelsen kan gøre indsigelse, såfremt fordelingen af puljemidlerne ikke opfylder principperne i planen.

Øget konkurrenceudsættelse

Danske Regioner konstaterer, at regeringen har indgået en *Aftale om konkurrencepakke*, der frem mod 2015 skal sikre en væsentlig stigning i regionernes konkurrenceudsættelse, og at der årligt vil blive fulgt op på udviklingen heri.

Det fremgår heraf blandt andet, at på de områder, hvor der er et potentiale, skal konkurrencen styrkes i forhold til de offentlige opgaver. Det skal sikre, at offentlige opgaver løses bedst og billigst. Regionerne skal i højere grad benytte sig af øget konkurrenceudsættelse inden for deres ansvarsområder, herunder blandt andet vedrørende afledte og understøttende funktioner.

I arbejdet med øget konkurrenceudsættelse skal der tænkes i nye og velegnede områder, som traditionelt set har ligget i offentlige hænder, men som blandt andet efter international erfaring med fordel kan varetages af private leverandører. Der er med øget konkurrenceudsættelse ikke tale om yderligere kapacitetsopbygning i sygehusvæsenet.

Der vil frem mod oktober 2011 i et samarbejde mellem regeringen og Danske Regioner blive fastlagt et teknisk grundlag, som skal ligge til grund for fastsættelse af en konkret målsætning om konkurrenceudsættelse i regionerne.

Udvidet låneadgang vedrørende energibesparende foranstaltninger

For yderligere at understøtte rentabel energirenovering er regeringen og Danske Regioner enige om at udvide den automatiske låneadgang vedrørende eksisterende byggeri med de energibesparende foranstaltninger, der fremgår af energimærkningen, samt energikrav til eksisterende byggeri, der følger af "Bygningsreglement 10". Låneadgangen omfatter ikke byggeri med støtte fra kvalitetsfonden, da dette byggeri er fuldt finansieret og skal afholdes inden for de fastsatte investeringsrammer.

Psykatri

Psykatrien er et vigtigt og højt prioriteret område, der fortsat skal styrkes. Regeringen vil søge satspuljepartiernes tilslutning til at afsætte 150 mio. kr. årligt til en styrket prioritering af psykiatrien med fokus på en sammenhængende behandling af høj faglig kvalitet til de sindslidende - ikke mindst i forhold til de unge psykiatriske patienter. Af disse midler afsættes 35 mio. kr. til etablering af nye sengepladser i almen psykiatri udover den allerede eksisterende kapacitet. Midlerne skal bygge videre på den allerede igangsatte indsats, herunder initiativer igangsat med handlingsplanen for psykiatri fra 2009.

Afbureaukratisering - statslig og lokal

De ansatte på landets sygehuse skal bruge mest mulig tid på patientbehandling. Afbureaukratisering i form af forenkling eller helt afskaffelse af overflødige administrative krav og procedurer kan være med til at frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet. Den lokale implementeringsfrihed i sundhedsvæsenet er høj, og derfor er der potentiale i lokal afbureaukratisering via forbedrede arbejds gange og effektiv opgavetilrettelse.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at fortsætte indsatsen for afbureaukratisering i 2012 i form af både statslig og lokal afbureaukratisering. Af konkrete initiativer er parterne blandt andet enige om at se på mulighederne for en forenkling af genoptræningsplaner.

Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at forlænge *Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor* frem til 2014. Det sker blandt andet for at sætte fokus på udgifts- og økonomistyring, bedre ressourceudnyttelse samt prioritering og styring. Samarbejdsprojektet tilføres 10 mio. kr. i perioden, hvoraf stat og kommuner hver finansierer 4 mio. kr., mens regionerne finansierer 2 mio. kr.

Efterlevelse af kontaktpersonordningen

Med Sundhedsloven har regionerne en forpligtelse til at tilbyde en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til ambulant behandling eller behandling under indlæggelse på regionens sygehuse, når behandlingsforløbet sammenlagt strækker sig over mere end 2 dage eller mindre ved særlige patientbehov. Kontaktpersonordningen er med til at sikre en øget patientkvalitet og koordinering i sygehusvæsenet. Det er vigtigt, at alle sygehuse lever op til deres ansvar i forbindelse med kontaktpersonordningen. Regionerne følger op på implementeringen af ordningen.

Færre aflyste operationer

For mange planlagte operationer aflyses, fordi patienter udebliver uden afbud. Det er spild af ressourcer. Der er taget en række initiativer i form af blandt andet sms-påmindelser til patienter.

terne, som vil bidrage til at nedbringe omfanget af aflysninger på grund af patienters udeblivelser. Desuden har regionerne i dag mulighed for at opkræve gebyrer fra patienter, der udebliver.

Der er enighed om at bruge de eksisterende muligheder for at nedbringe antallet af udeblivelser og udbrede de gode erfaringer på tværs af regionerne med henblik på at forbedre mulighederne for en effektiv planlægning og arbejdstilrettelæggelse på sygehusene.

Bilag 1

Principper for udbetaling af den statslige, aktivitetsbestemte pulje og fastsættelse af baseline i 2012

Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud på sygehusområdet udgør i 2012 3.908,3 mio. kr. på landsplan inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, svarende til 2.669,6 mio. kr. til regionerne.

Midlerne udbetales dels med 100 pct. og dels med 70 pct. DRG/DAGS-takst inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, *jf. tabel 1.*

Tabel 1
Fordeling af statslige, aktivitetsafhængige midler og udbetalingsprincipper, mio. kr., 2012-pl

	Aktivitetspulje
Udbetaling med 100 pct. af DRG/DAGS-takst	1.232,4
Udbetaling med 70 pct. af DRG/DAGS-takst	1.437,2
I alt	2.669,6

Indenrigs- og Sundhedsministeriets takstsystem for 2012 udmeldes endeligt pr. 1. oktober 2011. Takstsystemet for 2013 udmeldes endeligt pr. 1. maj 2012.

Der kan én gang hvert år (1. maj til ikrafttrædelse 1. juli) udmeldes budgettakster for nye behandlinger mv. af væsentligt omfang og betydning. Takstsystemet kan herudover efter nærmere aftale mellem Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og KL justeres for indførelse af meget væsentlige, nye behandlingstilbud eller for omlægninger af væsentlig økonomisk betydning for sygehusene.

Dækningsområde for puljemidlerne

Aktivitetspuljen vedrører al somatisk sygehusbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse, og som finansieres af en sygehusregion ved egne eller fremmede sygehuse, på private klinikker mv. Alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse mv. er undtaget. Desuden indgår en række nærmere definerede ydelser på speciallægeområdet, som substituerer sygehusbehandling.

Udbetaling og fordeling af puljen på regioner

Regionernes aktivitetsbestemte tilskud på i alt 2.669,6 mio. kr. for 2012 udbetales á conto i starten af året og opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2013 på grundlag af den aktivitet i regionerne, som er indberettet senest den 1. marts 2013.

De statslige aktivitetsmidler fordeles mellem regionerne efter samme nøgle som bloktilskuddet til regionernes sundhedsudgifter.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner er enige om vigtigheden af, at der hver den 10. i måneden foreligger opgørelser af aktivitet mv. til regionerne.

Opgørelse af baseline mv. for de statslige aktivitetspuljer

Der forudsættes i 2011 en aktivitetsstigning i forhold til den faktisk konstaterede aktivitet i 2010 på 1,0 pct.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet beregner og udmelder en endelig baseline for 2012 pr. januar 2012. Baseline opgøres aftalekonsistent i forhold til den forudsatte aktivitetsstigning fra 2011 til 2012 på 3 pct., samt en vækst fra 2010 til 2011 på 1,0 pct.

Metoden til beregning af baseline er:

1. Den faktiske aktivitet i 2010 tillagt 1,0 pct.
2. Produktionsværdien efter pkt. 1 tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2011 til 2012 på 3 pct.
3. Der korrigeres (plus/minus) for nettobudgetvirkningen af puljer i finansloven for 2012.
4. Produktionsværdien af de statslige aktivitetsafhængige midler i 2012 på i alt 4.875,2 mio. kr. (12-pl) fratrækkes produktionsværdien efter pkt. 1-3 for at danne baseline.

Baseline for 2012 fordeles mellem regionerne med en nøgle, der svarer til deres faktisk realiserede aktivitet i 2011 opgjort ved takstsystem 2012. Såfremt enkelte regioner ikke opnår deres andel af puljen, kan uforbrugte midler overføres til den pågældende regions andel af puljen i det efterfølgende år.

Værdien af aktivitetstilskuddene for 2012 kan korrigeres for ændringer af DRG/DAGS-takster og -grupperinger, kodeændringer eller ny registreringspraksis i takstsystem 2012, der gennemføres efter 1. oktober 2011. Korrektionerne har til formål at identificere sygehusenes faktiske aktivitet over baseline i forhold til året før, herunder sikre konsistens over tid i den aktivitet, som ligger til grund for tilskuddet.

Værdien af aktivitetstilskuddene for 2012 kan korrigeres for strukturomlægninger mv. i sygehusvæsenet i henhold til Indenrigs- og Sundhedsministeriets retningslinjer herfor. Regionerne kan løbende fremsende ansøgning om justeringer af aktivitetsopgørelsen, dog senest den 1. februar 2013.

Der fastlægges i 2012 et loft over den gennemsnitlige værdistigning pr. kontakt på 1,5 pct.

Der indregnes et årligt produktivetskrav, svarende til 2,0 pct. ved fuld udnyttelse af aktivitetspuljen i 2012.

Samspil mellem det statslige og det kommunale aktivitetsbidrag

Der er et overlap mellem det statslige aktivitetstilskud og det kommunale aktivitetsbidrag. Dette håndteres ved en nettoficering af taksterne for de statslige aktivitetsmidler, dvs. taksterne vedrørende den enkelte patientkontakt reduceres med de konkrete beløb, som regionerne modtager fra kommunerne for de præsterede aktiviteter.

Det er lagt til grund for finansieringsbalancen, at den samlede vækst i produktionsværdien på 1.950,0 mio. kr. alene pålægges kommunal medfinansiering på 1.535,5 mio. kr. Den kommunale medfinansiering udgør 25,4 pct. heraf, svarende til 390,1 mio. kr. Herudover sker der et løft på sygesikringsområdet ekskl. medicintilskud på 200 mio.kr., hvoraf den gennemsnitlige kommunale medfinansiering er 10 pct.

Fordelingen af de samlede statslige aktivitetsmidler på kommuner og regioner er foretaget på baggrund af takstsystem 2011.

Bilag 2

Status for opfølgning på *Aftale om sundheds-it*

Regeringen og Danske Regioner indgik i forbindelse med økonomiaftalen for 2011 en aftale vedrørende sundheds-it. Aftalen har til formål at sikre en klarere og mere forpligtende kurs for sundheds-it udviklingen de kommende år. Fokus er på understøttelsen af det kliniske arbejde, driften af sygehusene og parternes styringsopgaver, herunder især at gøre dagligdagen for sundhedspersonalet lettere og mere effektiv.

Med aftalen er der fastlagt en række mål og milepæle for blandt andet sygehusenes elektroniske patientjournaler (EPJ) og statens registre. Status for udmøntningen heraf fremgår af tabel 1.

Tabel 1
Status for mål og milepæle mv.

Mål	Status
Samordning af statens sundheds-it opgaver i en tværgående koncernorganisering under Indenrigs- og Sundhedsministeriet.	National Sundheds-IT (NSI) er pr. 1. januar 2011 oprettet som en selvstændig styrelse under Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
Udmøntning af pulje til fællesregionale investeringer i sundheds-it.	Der er april 2011 meddelt tilsagn om 19,5 mio. kr. til det interregionale billedindeks. Frigivelsen af det resterende beløb forudsætter et beslutningsgrundlag for yderligere projekter.
Etablering af ny rådgivende bestyrelse for sundheds-it.	Den rådgivende bestyrelse er nedsat ultimo 2010.
<i>Mål 1:</i> Inden udgangen af 2013 har hver region en fuldt konsolideret elektronisk patientjournal (EPJ) og en sammenhængende it-arbejdsplads med fælles log-in til alle relevante sygehussystemer.	Region Sjælland har gennemført målet. I de øvrige regioner forløber konsolideringen planmæssigt, og målets tidsramme forventes overholdt.
<i>Mål 2:</i> It-understøttelsen af sygehusenes produktionsplanlægning og logistikfunktioner styrkes, blandt andet ved at alle større fælles akutmodtagelser har fuldt overblik over kapacitet og ressourcer via elektroniske tavler inden udgangen af 2011.	Der er etableret en fællesregional arbejdsgruppe, der beskæftiger sig med it-understøttelse af akutområdet, herunder den præhospitale indsats og erfaringsudveksling vedrørende overblikstavler på akutmodtagelserne. Samtlige regioner forventer at indfri pejlemærket til tiden.
<i>Mål 3:</i> Inden udgangen af 2011 etableres et Nationalt Patient Indeks (NPI), som løbende udbygges med stadig flere data om patienten.	Der er enighed om projektets organisering og finansiering. Etableringen af indekset er forsinket med et halvt år fra ultimo 2011 til medio 2012. NPI har tæt sammenhæng til regionernes projekt vedrørende etablering af en sundhedsjournal, og projekterne koordineres derfor.
<i>Mål 4:</i> Inden udgangen af 2012 er alle MedCom standarder fuldt udbredt på alle regionernes sygehuse.	Et kommissorium, der beskriver udrulningsindsatsen, er under udarbejdelse og forventes fremlagt i Regionernes Sundheds-IT's (RSI) styregruppe medio 2011.

Tabel 1 (fortsat)**Status for mål og milepæle mv.****Mål**

Mål 5: Regionerne vil udbrede tolkning via videokonference på alle relevante sygehusafdelinger inden udgangen af 2012.

Mål 6: Som led i en samlet effektivisering og konsolidering af sundheds-it opgaverne i staten, vil der i 2012 være etableret en fælles model for indberetning og genbrug af data i nationale sundhedsregistre.

Mål 7: Staten vil inden udgangen af 2011 sikre, at aktuelle data fra de centrale registre, herunder Landspatientregistret kan stilles hensigtsmæssigt til rådighed for sundhedsvæsenets parter.

Mål 8: Staten vil vurdere juridiske barrierer, som bl.a. kan begrænse regionerne i at anskaffe fælles it-systemer og forhindre deling af data. Staten vil i den forbindelse tage initiativ til senest i 2011 at evaluere gældende regler om adgang til patienternes data, bl.a. under hensyntagen til udbygningen af det nationale patientindeks.

Status

Projektet er udbredt til ca. 50 sygehusafdelinger, hvor der siden projektets start er gennemført ca. 1.500 tolkninger. Der gennemføres desuden en række pilotprojekter i almen praksis og i kommuner. Som følge af en forsinkelse i den kliniske afprøvning af projektet er projektets implementering forsinket med ca. tre måneder.

I regi af NSI gennemføres der en kortlægning af de statslige indberetningsløsninger. Analysen vil indgå i det videre arbejde med at formulere en model for en fælles indberetningsløsning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet afklarer pt. de juridiske rammer for virkeliggørelsen af projektet sammen med Datatilsynet. Såfremt projektet kan realiseres inden for de juridiske rammer, forventes det gennemført i 3. kvartal 2011.

Lovforslag om udvidet adgang til indhentning af patientoplysninger mv. er vedtaget i Folketinget den 30. maj 2011.

Datatilsynet har i september 2010 accepteret, at NemSMS kan benyttes til påmindelser om aftaler mv. i sundhedsvæsenet. Tilladelsen er givet for en fem-årig periode.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil inden udgangen af 2011 udarbejde en vurdering af de juridiske barrierer for regionernes anskaffelse af fælles it-systemer.



Bilag 1. Statistik om de sikrede institutioner

Notatet beskriver status på kapacitet og belægningsprocent på de sikrede institutioner og mulige årsager til den lave belægningsprocent belyses.

Kapacitet på de sikrede institutioner

Pr. 1. juni 2011 er der i alt 153¹ pladser på de syv sikrede institutioner.

- 16 i Københavns Kommune
- 28 i Region Hovedstaden
- 49 i Region Sjælland
- 35 i Region Midtjylland
- 25 i Region Syddanmark

Fordelingen af pladserne er vist i nedenstående tabel. Hhv. 32 procent og 28 procent af pladserne ligger i Region Sjælland og Region Hovedstaden, mens Region Syddanmark har det laveste antal pladser, svarende til 16 procent.

Sikrede og særligt sikrede pladser fordelt på institutioner og regioner

		Sikrede pladser		Særligt sikrede pladser		Sikrede og særligt sikrede pladser i alt		Fordeling på regioner
Region/ Kommune	Institution	n	%	n	%	n	%	%
Region Hovedstaden	<i>Sølager</i>	23	17	5	25	28	18	28
Københavns Kommune	<i>Sønderbro</i>	16	12	0	0	16	10	
Region Sjælland	<i>Bakkegården</i>	29	22	0	0	29	19	32
	<i>Stevnsfortet</i>	20	15	0	0	20	13	
Region Syddanmark	<i>Egely</i>	20	15	5	25	25	16	16
Region Midtjylland	<i>Grenen</i>	15	11	10	50	25	16	23
	<i>Koglen</i>	10	8	0	0	10	7	
I alt		135	100	20	10	153	100	~100

¹ Københavns Kommune har sat to pladser i bero som følge af en lav belægningsprocent. Disse to pladser er dog ikke nedlagt og optræder derfor fortsat i bilaget om reduktion i antallet af pladser på de sikrede institutioner.

Fordeling på handlekommune

Efter ønske fra regionerne medtages statistik over barnet eller den unges handlekommune. Det kan bruges som indikator for, hvor i landet børn og unge på de sikrede institutioner kommer fra og dermed, hvor i landet der er størst behov for sikrede pladser.

Der er flest børn og unge med handlekommune i Region Hovedstaden. Mens færrest børn og unge har handlekommune i Region Nordjylland. Den gennemsnitlige procentandel over en 3-årig periode er hhv. 54 procent og tre procent for de to regioner. I de resterende regioner ligger den gennemsnitlige fordeling mellem 13 og 15 procent. Fordelingen på regioner er forholdsvis stabil mellem 2008 og 2010. Dog falder andelen af unge med handlekommune i Region Syddanmark fra 18 procent i 2008 til 12 procent i 2010.

*Regional fordeling af børn og unge på de sikrede institutioner**

Region	2008		2009		2010		Gennemsnit	
Region Hovedstaden	334	50%	328	57%	333	55%	332	54%
Region Sjælland	94	14%	67	12%	87	14%	83	13%
Region Midtjylland	98	15%	67	12%	84	14%	83	13%
Region Syddanmark	118	18%	98	17%	70	12%	95	15%
Region Nordjylland	21	3%	15	3%	26	4%	21	3%
Ukendt/ udlændinge	7	1%	5	1%	6	1%	6	1%
I alt	672	100%	580	100%	606	100%	619	99%

**Tallene er ikke validerede, da de ikke indgår i Danske Regioners årlige statistikudgivelse*

Hvis fordelingen opgøres på døgn vil den se anderledes ud. Med det nuværende statistiksystem er det dog ikke muligt, at opgøre fordelingen på handlekommune på døgn.

Nedenstående tabel viser, om barnet eller den unge kommer på institution i samme region som deres handlekommune ligger i. Der er meget der tyder på, at de unge ofte kommer på institution i anden region end den deres handlekommune ligger i. Dette er til dels naturligt eftersom over halvdelen af de unge kommer fra Region Hovedstaden, mens de kun har 30 procent af pladserne. Det er dog usikkert om hele forklaringen skal findes her.

På institutionerne i Region Hovedstaden har langt de fleste børn og unge handlekommune i regionen. Dette gør sig ikke gældende for de andre regioner, hvor det kun er omkring 20 procent af børnene og de unge på de institutioner i Region Sjælland og Region Midtjylland, som har handlekommune i regionen. I Region Syddanmark er der en faldende andel af børn og unge, der har handlekommune i regionen. I 2010 var det 32 procent.

Andel af unge på institution i handlekommunens egen region og andel af unge på institution i anden region end handlekommunens

		2008		2009		2010	
Region	Institution	Egen region	Anden region	Egen region	Anden region	Egen region	Anden region
Region Hovedstaden	Sønderbro	97 (82%)	22 (19%)	86 (95%)	5 (6%)	55 (73%)	20 (27%)
	Sølager	112 (64%)	56 (32%)	106 (72%)	39 (27%)	110 (77%)	33 (23%)
Region Sjælland	Bakkegården	21 (17%)	101 (83%)	13 (11%)	104 (90%)	22 (22%)	79 (78%)
	Stevnsfortet	25 (33%)	50 (67%)	14 (25%)	43 (75%)	24 (29%)	58 (71%)
Region Syddanmark	Egely	42 (48%)	45 (52%)	37 (55%)	30 (45%)	32 (37%)	54 (63%)
Region Midtjylland	Grenen	26 (61%)	25 (39%)	19 (43%)	25 (57%)	22 (31%)	48 (69%)
	Koglen	17 (39%)	27 (61%)	18 (35%)	41 (64%)	21 (45%)	26 (55%)

Fordeling af børn og unge mellem 14 og 17 år i regionerne

Når der ses på den regionale fordeling af samtlige børn og unge mellem 14 og 17 år - begge aldersgrupper inklusiv - ser fordelingen væsentligt anderledes ud. Ifølge tal fra Danmarks Statistik er 27 procent af børn og unge i aldersgruppen fra Region Hovedstaden mens Region Syddanmark og Region Midtjylland har hver 23 procent af børnene og de unge. Der er færrest i aldersgruppen i Region Nordjylland, som har 11 procent, mens Region Sjælland har 16 procent i aldersgruppen.

	14-17-årige fordelt på regioner	Andel fordelt på regioner
Region Hovedstaden	76.406	27%
Region Sjælland	45.132	16%
Region Syddanmark	66.176	23%
Region Midtjylland	67.155	23%
Region Nordjylland	31.359	11%
I alt	286.228	100%

Belægning på de sikrede og særligt sikrede pladser

Nedenstående tabel viser gennemsnitlige belægningsprocenter månedsvist i 2010 og 2011 på hhv. de sikrede og særligt sikrede pladser samlet og hver for sig.

I sidste halvår af 2010 og foråret 2011 er belægningsprocenten på de sikrede institutioner faldet kraftigt, og tendensen fortsætter ind i maj, hvor den samlede belægning er på 68 procent på de sikrede og særligt sikrede pladser.

I de ni viste måneder er der en gennemsnitlig belægning på 75 procent på de sikrede og særligt sikrede pladser samlet. Belægningsprocenten for de særligt sikrede pladser alene er dog betydeligt lavere og ligger på gennemsnitligt 57 procent. Hvorimod de sikrede pladser har en samlet belægning på 78 procent i perioden.

Gennemsnitlig belægningsprocent fra september 2010 til marts 2011

Måned	Sikrede og særligt sikrede pladser	Sikrede pladser	Særligt sikrede pladser
September	78 % (140 pladser)	82 % (120 pladser)	55 % (20 pladser)
Oktober	81 % (140 pladser)	85 % (120 pladser)	60 % (20 pladser)
November	83 % (145 pladser)	86 % (125 pladser)	61 % (20 pladser)
December	74 % (145 pladser)	75 % (125 pladser)	65 % (20 pladser)
Januar	72 % (145 pladser)	75 % (125 pladser)	56 % (20 pladser)
Februar	69 % (155 pladser)	70 % (135 pladser)	61 % (20 pladser)
Marts	68 % (155 pladser)	71 % (135 pladser)	51 % (20 pladser)
April	70 % (153 pladser)	72 % (133 pladser)	51 % (20 pladser)
Maj	68 % (153 pladser)	68 % (133 pladser)	72 % (20 pladser)
Gennemsnit	75 %	78 %	57 %

Mulige årsager til de ledige pladser

Meget tyder på, at brugen af de sikrede pladser faldet samtidig med, at antallet af pladser er blevet udvidet fra 121 i 2010 til 153 i 2011.

Det betyder, at den samlede belægningsprocent på de sikrede institutioner er faldet til et niveau under 85.

Der er flere mulige årsager til, at der er ledige pladser på de sikrede institutioner.

Fald i antallet af anbringelser og opholdsdage

Antallet af anbringelser toppede i 2006 men er siden faldet fra næsten 900 til hhv. 760 og 740 i 2009 og 2010. Samtidig er der sket en stor stigning i antallet af opholdsdage, som har betydet et fortsat behov for udvidelse af pladser. I 2010 er antallet af opholdsdage for første gang i mange år mindre end året før.

Indskrevne på de sikrede institutioner 2003-2010

År	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal pladser	88	94	116	116	121	121	121	121(24)
Antal anbringelser	726	741	861	898	878	843	760	740
Antal opholdsdage	28.108	34.092	39.526	41.670	42.022	44.852	46.273	43.778
Gens. antal opholdsdage pr. pers.	39	46	46	46	48	53	61	59
Antal afviste pga. pladsmangel	32	86	95	165	164	243	399	202
Belægningsprocent	90	101	98	98	97	102	100	89

Mellem første og andet halvår af 2010 er der sket et markant fald i belægningsprocenten og den samlede belægning for året er 89 procent. Den lave belægningsprocent i andet halvår af 2010 betyder, at de sikrede institutioner kun afviste to unge, mens der var 200 afvisninger i første halvår.

Udviklingen i anbringelsesgrundlag

Når anbringelser og opholdsdage fordeles på anbringelsesgrundlag ses der er forskel i hvor der er sket et fald. Selvom det samlede antal anbringelser og opholdsdage er faldet i 2010 er der sket en stigning i børn og unge i varetægtsurrogat. Faldet i 2010 kan altså tilskrives de resterende anbringelser, hvor der særligt ses et fald i antallet af anbringelser af sociale årsager og ungdomssanktioner.

Anbringelsesgrundlag	Antal anbringelser				
	2006	2007	2008	2009	2010
Farlighedskriteriet	12	11	8	20	8
Pædagogisk observation	39	38	30	38	22
Længerevarende behandling	7	2	3	5	4
Varetægtsurrogat	638	641	660	592	628
Ungdomssanktion 1	103	102	69	65	44
Ungdomssanktion 2	74	69	66	35	26
Afsoning	19	12	6	2	1
Øvrige	6	3	1	3	7
I alt	898	878	843	760	740

Anbringelsesgrundlag	Antal opholdsdage				
	2006	2007	2008	2009	2010
Farlighedskriteriet	217	144	191	353	357
Pædagogisk observation	1973	2058	1425	2041	1238
Længerevarende behandling	543	195	165	520	234
Varetægtsurrogat	30803	32472	37021	37973	38293
Ungdomssanktion 1	4799	4087	3107	3402	2074
Ungdomssanktion 2	2218	2325	2324	1451	1190
Afsoning	718	366	320	92	53
Øvrige	399	375	299	441	339
I alt	41670	42022	44852	46273	43778

Sammenlignet med 2009 er der 16 færre anbringelser i pædagogisk observation og 803 færre opholdsdage i 2010. Antallet af unge i ungdomssanktion 1 og 2 er faldet med hhv. 21 og ni mellem 2009 og 2010. Og der er ligeledes sket et fald i antallet af unge anbragt efter farlighedskriteriet fra 20 i 2009 til otte i 2010.

Med omlægningen af finansieringen af de sikrede institutioner betaler den enkelte kommune hele taksten for de børn og unge, som de selv anbringer af sociale årsager. Mens kommunerne betaler ca. 1,2 mio. pr. barn eller ung, der anbringes i varetægtsurrogat eller ungdomssanktion 1 på en sikret institution (resten af taksten betales over objektiv finansiering). Reduktionen i anbringelser og opholdsdage på de sikrede institutioner, kan derfor til dels skyldes, at kommunerne har fået et økonomisk incitament til at fravælge eller fraråde de sikrede institutioner.

Generelt fald i antal sigtelser af børn og unge

Justitsministeriets seneste tal for udviklingen i mistænkte og sigtede børn og unge viser, at der er siden 2006 er sket et støt fald i antallet af mistanker og sigtelser af 10-17-årige for alle typer af kriminalitet. Antallet af mistanker mod 10-13-årige er faldet til under det halve fra 2006 til 2010 og mistanker og sigtelser af 14-årige er der sket et fald på 43 procent. Sigtelser af 15-årige er faldet på 32 procent, for de 16-årige er faldet på 30 procent og for de 17-årige er faldet på 18 procent.

Justitsministeriet vurderer at en del af faldet skyldes politireformen, der trådte i kraft 1.1.2007. Den har betydet færre ressourcer til området og dermed muligvis også, at færre børn og unge sigtes. Ifølge Justitsministeriet kan politireformen dog ikke forklare, at faldet fortsætter i både 2009 og 2010. Idet effekten af politireformen burde været indtrådt i 2008 og antallet

af mistanker og sigtelser derfor efterfølgende burde være stagneret, hvis politireformen var den eneste årsag til faldet.

Side 7

Det er muligt, at faldet i antallet af sigtelser af børn og unge har medvirket til en stagnation i antallet af børn og unge på de sikrede institutioner. I stedet for den ventede stigning som følge af nedsættelsen af den kriminelle lavalder.

Børn og unge i varetægtsfængsel

Der er ikke noget der tyder på, at grunden til den lave belægning skal findes i kriminalforsorgen. Tidligere sad der ofte op til 20 børn og unge i varetægtsfængsel i arresthuse og Vestre Fængsel, men en ny opgørelse fra Justitsministeriet viser, at der fra august 2010 til februar 2011 sad gennemsnitligt fire til fem børn og unge varetægtsfængslet ad gangen på landsplan. Kriminalforsorgen melder også selv om et generelt fald i børn og unge på deres institutioner.

Opsamling

- Der 153 sikrede og særligt sikrede pladser på landsplan.
- Der er planlagt udvidelse af pladserne til i alt 177.
- 2/3 af de sikrede pladser ligger i Region Hovedstaden og Region Sjælland.
- Over halvdelen af børn og unge på de sikrede institutioner har handlekommune i Region Hovedstaden.
- Belægningsprocenten er faldet siden anden halvdel af 2010 og ligger i foråret 2011 på omkring 70 procent.
- I samme periode er der sket et fald i det samlede antal anbringelser og opholdsdage.
- Faldet er primært på anbringelser af sociale årsager, men der ses også et fald i antallet af anbringelser i varetægtssurrogat.



08-06-2011

Sag nr. 07/3848

Dokumentnr. 29098/11

Laura Toftegaard Pedersen

Tel. 3529 8328

E-mail: Lto@regioner.dk

Bilag 2. Fremtidig kapacitet på de sikrede institutioner

Den samlede belægningsprocent på de sikrede og særligt sikrede pladser er faldet fra et stabilt højt niveau i starten af 2010 til gennemsnitligt 75 procent i anden halvdel af 2010 og første halvdel af 2011. Samtidig er der planlagt en udvidelse i antallet af pladser til i alt 177.

Set i lyset af den dalende belægningsprocent på de sikrede institutioner besluttede regionerne på socialdirektørmødet den 18. marts 2011, at der er behov for at reducere antallet af nuværende og/eller kommende pladser. Der var dog ikke enighed om, hvordan pladserne skulle fordeles på de sikrede institutioner. Punktet blev ligeledes diskuteret på regionsdirektørernes møde den 14. april og heller ikke her nåede man til enighed. Derudover har Danske Regioner anmodet socialministeren om et møde om sagen. Mødet er berammet til den 23. juni 2011.

Forslag til reduktion af pladser på de sikrede institutioner

Socialdirektørerne er enige om, at hvis den nuværende belægningsprocent er nogenlunde stabil henover de næste seks måneder skal reduktionen af sikrede pladser gå mod 129 pladser.

Pga. usikkerhed om den fremtidige udvikling i behovet for pladser var der dog enighed om at indlægge en buffer, således at pladserne i første omgang kun reduceres til 142.

Følgende usikkerheder ligger til grund for bufferen:

- Den fulde effekt af nedsættelsen af den kriminelle lavalder er muligvis ikke slået igennem endnu.
- Kommunernes henvisningsmønster efter ændringen i finansieringen af de sikrede institutioner kendes ikke fuldt ud endnu.
- Politiets aktivitet i forhold til sigtelser af 14-17-årige er muligvis ændret.

Beregning af kapacitet på 129 pladser

Følgende beregninger ligger til grund for, at socialdirektørerne pegede på de 129 pladser:

129 pladser vil svare til en gennemsnitlig belægningsprocent på 85 procent under forudsætning af, at belægningen fremover vil ligge stabilt på september 2010 til februar 2011 - niveau, hvor den gennemsnitlige belægningsprocent var på 75,6.

Der er en gennemsnitlig belægningsprocent på 75,6, når der gennemsnitligt er 145 pladser på de sikrede institutioner¹.

Disse tal anvendes til at finde det antal pladser, der giver en gennemsnitlig belægning på 85:

$$145 \text{ pladser} \times 0,756 = 109,62$$

$$109,62 / 0,85 = 129 \text{ sikrede og særligt pladser}^2$$

Beregning af buffer på 142 pladser

Bufferen beregnes med udgangspunkt i det nuværende antal pladser, og det estimerede behov for pladser.

$$\text{Buffer: } 129 \text{ pladser} + 155 \text{ pladser} / 2 = 142$$

Socialdirektørerne pegede på, at belægningsprocenten bør monitoreres over en periode på ca. seks måneder. På mødet d. 23. september 2011 drøftes belægningen og kapaciteten på de sikrede institutioner igen.

Modeller for reduktion af antallet af pladser

Socialdirektørerne pegede på to forskellige modeller for en reduktion i antallet af pladser på de sikrede institutioner.

Model 1

Modellens forudsætninger:

- Belægningsprocenten skal være 85 procent
- Al udbygning og nybyggeri stoppes med øjeblikkelig virkning.
- Reduktion i resterende pladser fordeles ligeligt på institutionerne

¹ Det gennemsnitlige antal pladser i perioden: $140+140+145+145+145+155 / 6=145$

² Det skal bemærkes, at belægningsprocenterne har været særligt lave i december 2010 til februar 2011. Foretages beregningerne med den gennemsnitlige belægning i disse måneder på 71,4, vil antallet af pladser være 124.

Reduktion af pladser – model 1

Side 3

Region/ Kommune	Institution	Nuvæ- rende pladser	Planlagt udbyg- ning	Pladser inkl. ud- bygning	Pladser v. belægning på 85%	Reduktion af pladser v. model 1	Fremtidige pladser v. model 1
Københavns Kommune	Sønderbro	18	8	26	18	-8	18
Region Ho- vedstaden	Sølager	28	0	28	23	-2	26
Region Sjæl- land	Bakkegården	29	0	49	39	-7	42
	Stevnsfortet	20					
Region Syd- danmark	Egely	25	5	30	25	-3	27
Region Midt- jylland	Grenen	25	-1	34	24	-5	29
	Koglen	10					
Nordjylland	-	0	10	10	0	-10	0
I alt		155	22	177	129	-35	142

I nedenstående tabel vises den regionale procentvise fordeling af pladser, når antallet af pladser reduceres i forhold til model 1. Den procentvise fordeling kan sammenlignes med den procentvise fordeling af unge på handlekommune vist i yderste kolonne til højre.

Procentvis fordeling af pladser på regioner sammenlignet med procentvis fordeling af børn og unge på handlekommune – model 1

Region/ kommune	Institution	Fremtidige pladser inkl. reduktion	Procentvis fordeling v. 129 pladser	Fremtidige pladser inkl. buffer	Procentvis fordeling v. 142 pladser	Anbringelser på sikr. inst. fordelt på handlekommune
Københavns Kommune	Sønderbro	41	32%	44	31%	54%
Region Hovedstaden	Sølager					
Region Sjælland	Bakkegården	39	31%	42	30%	13%
	Stevnsfortet					
Region Syddanmark	Egely	25	19%	27	19%	15%
Region Midtjylland	Grenen	24	19%	29	20%	13%
	Koglen					
Region Nordjylland	-	0	0%	0	0%	3%
I alt		129	100%	142	100%	98%

Model 2

Modellens forudsætninger:

- Belægningsprocenten skal være 85 procent
- Reduktionen sker i de regioner, hvor der senest er planlagt udvidelse af pladser, dvs. at der skal ske en tilbagerulning af planlagte og etablerede pladser.

Ifølge notat om 'Kapacitet på de sikrede institutioner til og med 2012' har regionerne har fået tildelt nye pladser i denne rækkefølge:

Region/Kommune	2008	2009	2010
Københavns Kommune	2	8	0
Region Hovedstaden	0	0	2
Region Sjælland	3	2	10
Region Syddanmark	0	0	10
Region Midtjylland	2	3	4
Nordjylland	8	2	0
I alt	15	15	26

Når pladserne tilbagerulles efter planen for etablering, skal pladser planlagt i 2010 og 2009 nedlægges. Det er i alt 41 pladser. De resterende syv pladser skal herefter findes blandt pladser fordelt i 2008. Hvis institutionen i Nordjylland skal være driftsmæssigt forsvarlig bør den ikke have mindre end otte pladser. Det foreslås derfor, at Københavns Kommune og Region Midtjylland nedlægger deres to pladser, og at Region Sjælland nedlægger tre pladser.

Bufferen findes ved at ophæve dele af tilbagerulningen. Den tilbagerulning af planer, der ligger længst tilbage i tiden tilbagerulles. Dvs. to pladser i hhv. Region Midtjylland og Københavns Kommune og tre pladser i Region Sjælland i 2008. Derudover skal der yderligere findes seks pladser i planerne fra 2009. Her ophæves tilbagerulningen af to pladser i hhv. Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjælland.

Reduktion af pladser – model 2

Region/ Kommune	Institution	Nuvæ- rende pladser	Pladser inkl. ud- bygning	Pladser v. belægning på 85%	Tilbagerulning af pladser v. model 2	Fremtidige pladser v. model 2
Københavns Kommune	Sønderbro	18	26	16	-8	18
Region Ho- vedstaden	Sølager	28	28	26	-2	26
Region Sjæl- land	Bakkegården	29	49	34	-10	39
	Stevnsfortet	20				
Region Syd- danmark	Egely	25	30	20	-10	20
Region Midt- jylland	Grenen	25	34	25	-5	29
	Koglen	10				
Nordjylland	-	0	10	8	0	10
I alt		155	177	129	-35	142

Nedenstående tabel viser den regionale procentvise fordeling af sikrede pladser når antallet af pladser justeres i forhold til model 2.

Procentvis fordeling af pladser på regioner sammenlignet med procentvis fordeling af børn og unge på handlekommune – model 2

Region/ kommune	Institution	Fremtidige pladser inkl. Tilbagerulning	Procentvis fordeling v. 129 pladser	Fremtidige pladser inkl. buffer	Procentvis fordeling v. 142 pladser	Anbringelser på sikr. inst. fordelt på handlekommune
Københavns Kommune	Sønderbro	42	33%	44	31%	54%
Region Hovedstaden	Sølager					
Region Sjælland	Bakkegården	34	26%	39	28%	13%
	Stevnsfortet					
Region Syddanmark	Egely	20	16%	20	14%	15%
Region Midtjylland	Grenen	25	19%	29	20%	13%
	Koglen					
Region Nordjylland	-	8	6%	10	7%	3%
I alt		129	100%	142	100%	98%

Region Sjælland og Region Hovedstaden har tidligere peget på model 1 og Region Nordjylland og Midtjylland på model 2. Region Syddanmark har ikke tilkendegivet hvilken model de peger på.

Bilag 3. Belægning på de sikrede institutioner september 2010 til april 2011

September 2010:

Institution	Antal sikrede pladser	Procentdel af antal sikrede pladser i alt	Belægningsprocent – sikrede pladser	Antal særligt sikrede pladser	Procentdel af antal særligt sikrede pladser	Belægningsprocent – særligt sikrede pladser
Bakkegården	19	15,8	74	0	0	0
Egely	20	16,7	87,5	5	25	52
Grenen	10	8,3	92	10	50	73
Koglen	10	8,3	96	0	0	0
Stevnsfortet	20	16,7	87	0	0	0
Sølager	23	19,2	64	5	25	20
Sønderbro	18	15,0	88,2	0	0	0
I alt	120	100	82,0	20	100	54,5

Samlet gennemsnitlig vægtet belægningsprocent (sikrede og særligt sikrede pladser): **78,0**

Oktober 2010:

Institution	Antal sikrede pladser	Procentdel af antal sikrede pladser i alt	Belægningsprocent – sikrede pladser	Antal særligt sikrede pladser	Procentdel af antal særligt sikrede pladser	Belægningsprocent – særligt sikrede pladser
Bakkegården	19	15,8	94	0	0	0
Egely	20	16,7	92	5	25	96
Grenen	10	8,3	98	10	50	61
Koglen	10	8,3	90	0	0	0
Stevnsfortet	20	16,7	88	0	0	0
Sølager	23	19,2	59	5	25	23
Sønderbro	18	15,0	85,4	0	0	0
I alt	120	100	84,7	20	100	60,3

Samlet gennemsnitlig vægtet belægningsprocent (sikrede og særligt sikrede pladser): **81,2**

November 2010:

Institution	Antal sikrede pladser	Procentdel af antal sikrede pladser i alt	Belægningsprocent – sikrede pladser	Antal særligt sikrede pladser	Procentdel af antal særligt sikrede pladser	Belægningsprocent – særligt sikrede pladser
Bakkegården	19	15,2	94	0	0	0
Egely	20	16,0	89,5	5	25	97
Grenen	15	12,0	89	10	50	66,7
Koglen	10	8,0	76	0	0	0
Stevnsfortet	20	16,0	95	0	0	0
Sølager	23	18,4	69,3	5	25	14
Sønderbro	18	14,4	87,4	0	0	0
I alt	125	100	85,9	20	100	61,1

Samlet gennemsnitlig vægtet belægningsprocent (sikrede og særligt sikrede pladser):

82,5

December 2010:

Institution	Antal sikrede pladser	Procentdel af antal sikrede pladser i alt	Belægningsprocent – sikrede pladser	Antal særligt sikrede pladser	Procentdel af antal særligt sikrede pladser	Belægningsprocent – særligt sikrede pladser
Bakkegården	19	15,2	61	0	0	0
Egely	20	16,0	90	5	25	100
Grenen	15	12,0	95	10	50	72,5
Koglen	10	8,0	79	0	0	0
Stevnsfortet	20	16,0	70	0	0	0
Sølager	23	18,4	60,9	5	25	14,2
Sønderbro	18	14,4	78,9	0	0	0
I alt	125	100	75,2	20	100	64,8

Samlet gennemsnitlig vægtet belægningsprocent (sikrede og særligt sikrede pladser):

73,7

Januar 2011:

Institution	Antal sikrede pladser	Procentdel af antal sikrede pladser i alt	Belægningsprocent – sikrede pladser	Antal særligt sikrede pladser	Procentdel af antal særligt sikrede pladser	Belægningsprocent – særligt sikrede pladser
Bakkegården	19	15,2	51	0	0	0
Egely	20	16,0	90	5	25	100
Grenen	15	12,0	94,3	10	50	55
Koglen	10	8,0	94,5	0	0	0
Stevnsfortet	20	16,0	66	0	0	0
Sølager	23	18,4	70	5	25	12
Sønderbro	18	14,4	73	0	0	0
I alt	125	100	75,0	20	100	55,5

Samlet gennemsnitlig vægtet belægningsprocent (sikrede og særligt sikrede pladser):

72,3

Februar 2011:

Institution	Antal sikrede pladser	Procentdel af antal sikrede pladser i alt	Belægningsprocent – sikrede pladser	Antal særligt sikrede pladser	Procentdel af antal særligt sikrede pladser	Belægningsprocent – særligt sikrede pladser
Bakkegården	29	21,5	41	0	0	0
Egely	20	14,8	91	5	25	100
Grenen	15	11,1	66	10	50	56
Koglen	10	7,4	72,9	0	0	0
Stevnsfortet	20	14,8	68	0	0	0
Sølager	23	17,0	89,1	5	25	32,1
Sønderbro	18	13,3	69,6	0	0	0
I alt	135	100	69,6	20	100	61,0

Samlet gennemsnitlig vægtet belægningsprocent (sikrede og særligt sikrede pladser):

68,5

Marts 2011:

Institution	Antal sikrede pladser	Procentdel af antal sikrede pladser i alt	Belægningsprocent – sikrede pladser	Antal særligt sikrede pladser	Procentdel af antal særligt sikrede pladser	Belægningsprocent – særligt sikrede pladser
Bakkegården	29	21,5	56	0	0	0
Egely	20	14,8	78	5	25	94
Grenen	15	11,1	56	10	50	36
Koglen	10	7,4	54	0	0	0
Stevnsfortet	20	14,8	65	0	0	0
Sølager	23	17,0	91	5	25	39
Sønderbro	18	13,3	86,84	0	0	0
I alt	135	100	70,5	20	100	51,3

Samlet gennemsnitlig vægtet belægningsprocent (sikrede og særligt sikrede pladser):

68,0

April 2011:

Institution	Antal sikrede pladser	Procentdel af antal sikrede pladser i alt	Belægningsprocent – sikrede pladser	Antal særligt sikrede pladser	Procentdel af antal særligt sikrede pladser	Belægningsprocent – særligt sikrede pladser
Bakkegården	29	22	75	0	0	0
Egely	20	15	54	5	25	61
Grenen	15	11	74	10	50	50
Koglen	10	8	55	0	0	0
Stevnsfortet	20	15	71	0	0	0
Sølager	23	17	90	5	25	41
Sønderbro	16	12	76	0	0	0
I alt	133	100	72	20	100	51

Samlet gennemsnitlig vægtet belægningsprocent (sikrede og særligt sikrede pladser):

69,5

Maj 2011:

Institution	Antal sikrede pladser	Procentdel af antal sikrede pladser i alt	Belægningsprocent – sikrede pladser	Antal særligt sikrede pladser	Procentdel af antal særligt sikrede pladser	Belægningsprocent – særligt sikrede pladser
Bakkegården	29	21,8	60	0	0	0
Egely	20	15,0	71	5	25	55
Grenen	15	11,3	67	10	50	83,2
Koglen	10	7,5	60	0	0	0
Stevnsfortet	20	15,0	52	0	0	0
Sølager	23	17,3	95	5	25	66
Sønderbro	16	12,0	65	0	0	0
I alt	133	100	68	20	100	72

Samlet gennemsnitlig vægtet belægningsprocent (sikrede og særligt sikrede pladser):

68,4

Socialministeriet
Att. socialminister Benedikte Kiær
Holmens Kanal 22
1060 København K

DANSKE
REGIONER



10-05-2011
Sag nr. 07/3848

Kære Benedikte

Siden år 2000 er antallet af anbringelser af børn og unge på de sikrede døgninstitutioner øget år for år. Selvom kapaciteten i samme periode også blev øget, var der en del afvisninger på institutionerne. Derfor igangsatte regionerne en større plan for udvidelse af kapaciteten på institutionerne.

Ud fra et ønske om altid at have akutpladser på institutionerne blev det besluttet, at belægningen på pladserne skulle ligge på omkring 85 procent i gennemsnit. På foranledning af Socialministeriet blev der endvidere planlagt en udbygning på i alt 26 pladser som følge af sænkningen af den kriminelle lavalder. Planen var, at der ved udgangen af 2012 skulle være i alt 177 pladser på de sikrede institutioner.

Siden sidste halvdel af 2010 har der ikke været ventelister til institutionerne længere, men til gengæld har udviklingen i antallet af anbringelser ikke fulgt med udviklingen i antallet af pladser.

Det betyder, at den gennemsnitlige belægningsprocent nu ligger på omkring 70 procent. Baggrunden for denne pludselige ændring kendes ikke, men det spiller ind, at

- sænkningen af den kriminelle lavalder endnu ikke har fået den forventede betydning,
- kommunerne bruger institutionerne mindre end tidligere,
- politiet har mindre aktivitet på området i form af færre sigtelser, og
- kriminaliteten for unge falder.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Der er i dag 153 sikrede og særlige pladser, men når vi lægger de sidste måneders belægning til grund for beregningerne, bør antallet af pladser reduceres. Da det er vigtigt, at der ikke igen opstår pladsmangel, ønsker vi dog ikke at reducere med for mange pladser for hurtigt.

Side 2

Idet ministeriet tidligere har rettet henvendelse til os vedrørende udvidelse af antallet af pladser, beder vi om en drøftelse af situationen.

Med venlig hilsen



Bent Hansen



Carl Holst

Bilag 5. Svar fra Socialministeriet

Fra: Mette Holdt-Simonsen [mailto:mhs@sm.dk]

Sendt: 17. maj 2011 15:06

Til: Bente Jønsson, BKJ

Emne: Invitation til møde

Kære Bente Jønsson

Socialminister Benedikte Kiær har den 10. maj 2011 modtaget skrivelse fra Danske Regioner vedr. antallet af pladser på de sikrede døgninstitutioner (sag nr. 07/3848).

Der anmodes i skrivelsen om et møde et med ministeren.

Det vil ministeren gerne, og som kalenderen ser ud p.t., vil det være muligt en af følgende dage:

- 22. juni kl. 16.00 til 16.30
- 23. juni kl. 15.00 til 15.30

Er der et af disse tidspunkter, som vil kunne passe jer?

Med venlig hilsen

Mette Holdt-Simonsen
Sekretær for ministeren

SOCIALMINISTERIET
Ministersekretariatet
Holmens Kanal 22
1060 København K

Dir. tlf.: 33 92 46 03

Mobil: 25 26 41 54

www.sm.dk

2011

Telemedicinstrategi



Regionernes Sundheds-it



Pejlemærke nr.5

Maj 2011

Version 1.0

DANSKE
REGIONER

REGION
H Region
Hovedstaden

REGION
Sjælland

Region
Syddanmark

midt
regionmidtjylland

REGION
NORDJYLLAND

1. Indholdsfortegnelse

1. INDHOLDSFORTEGNELSE	2
2. RESUMÉ OG ANBEFALINGER	4
2.1. RESUMÉ	4
2.2. ANBEFALINGER	5
2.2.1. <i>OVERORDNEDE GENERELLE ANBEFALINGER</i>	5
2.2.2. <i>SPECIFIKKE ANBEFALINGER FRA INDSATSOMRÅDERNE</i>	7
2.2.2.1 <i>PRÆHOSPITAL</i>	7
2.2.2.2 <i>INTERHOSPITAL - INTERNATIONALT</i>	7
2.2.2.3 <i>INTRA- INTERHOSPITAL</i>	7
2.2.2.4 <i>MELLEM HOSPITAL OG PATIENT OG VISA VERSA</i>	7
2.2.2.5 <i>PSYKIATRI</i>	8
3. BAGGRUND OG STATUS	9
3.1. BAGGRUND	9
3.1.1. <i>BAGGRUND FOR EN TELEMEDICINSTRATEGI</i>	9
3.1.2. <i>HVORFOR TELEMEDICIN</i>	11
3.2. STATUS FOR TELEMEDICINANVENDELSE I REGIONERNE	12
4. DEFINITION OG VISION	14
4.1. DEFINITION	14
4.2. VISION FOR TELEMEDICIN	14
4.3. STRATEGISKE PRINCIPPER	14
4.3.1 <i>BUSINESS CASE-ORIENTERING</i>	15
4.3.2 <i>STANDARDSYSTEMER</i>	15
4.3.3 <i>GENSIDIG TILPASNING MELLEM ANVENDELSE AF TELEMEDICIN OG ARBEJDSGANGE</i>	15
4.3.5 <i>DATAGENBRUG, INTEGRATION, STANDARDISERING</i>	16
4.3.6 <i>STANDARDE OG DATASIKKERHED</i>	16
4.3.7 <i>PROAKTIVT SAMARBEJDE, NATIONALT OG INTERNATIONALT</i>	16
4.3.8 <i>FRI KONKURRENCE PÅ FRIT MARKED</i>	16
4.4. INNOVATIONSSTIMULERING OG TELEMEDICIN	16
4.5. SYGEHUSBYGGERI OG TELEMEDICIN	17
5. EFFEKT OG MÅLBARHED	19
6. RAMMER, BARRIERER OG FORUDSÆTNINGER FOR ANVENDELSE AF TELEMEDICIN	20
6.1 RAMMER/FORUDSÆTNINGER FOR TELEMEDICIN	20
6.1.1. <i>JURA</i>	20
6.1.2. <i>ØKONOMISKE INCITAMENTER OG FORRETNINGSMODELLER</i>	21
6.2. BARRIERER/UDFORDRINGER NÅR TELEMEDICINSKE LØSNINGER SKAL UDBREDES	22
7. INDSATSOMRÅDER	24
7.1 TELEMEDICIN PRÆHOSPITAL	24
7.1.1. <i>ANBEFALING 12</i>	24
7.1.1.1 <i>SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN</i>	24
7.1.2. <i>ANBEFALING 13</i>	24
7.1.2.1 <i>SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN</i>	24
7.1.3. <i>ANBEFALING 14</i>	24
7.1.3.1 <i>SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN</i>	24
7.2. TELEMEDICIN INTERNATIONALT	25
7.2.1. <i>ANBEFALING 15</i>	25
7.2.1.1 <i>SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN</i>	25
7.3. TELEMEDICIN INTRA- OG INTERHOSPITAL	25

7.3.1. ANBEFALING 16.....	25
7.3.1.1 SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN.....	25
7.3.2. ANBEFALING 17.....	25
7.3.2.1 SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN.....	25
7.3.3. ANBEFALING 18.....	26
7.3.3.1 SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN.....	26
7.3.4. ANBEFALING 19.....	26
7.3.4.1 SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN.....	26
7.4. TELEMEDICIN MELLEML HOSPITAL OG PATIENT HJEMME VISA VERSA	27
7.4.1. ANBEFALING 20.....	27
7.4.1.1 SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN.....	27
7.4.2. ANBEFALING 21.....	27
7.4.2.1 SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN.....	27
7.4.3. ANBEFALING 22.....	27
7.4.3.1 SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN.....	27
7.4.4. ANBEFALING 23.....	28
7.4.4.1 SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN.....	28
7.5. PSYKIATRI.....	28
7.5.1. ANBEFALING 24.....	28
7.5.1.1 SPECIFIKT FOR ANBEFALINGEN.....	28
8. PERSPEKTIVERING.....	29
9. BILAG.....	31
9.1 ORGANISERING	31
9.2. HØRINGSPARTER	32
9.3. DOKUMENTHISTORIK.....	33

2. Resumé og anbefalinger

2.1. Resumé

Nærværende strategi er et resultat af RSI pejlemærke 5, at regionerne skal udarbejde en strategi for, hvordan telemedicin kan bruges som værktøj til at opnå rationaliseringsgevinster på hospitalerne. Strategien fokuserer således på optimering af hospitalsdrift og har ikke et tværsektorielt sigte.

Processen med udarbejdelse af strategien har pågået over perioden oktober 2010 til maj 2011. Region Hovedstaden har haft projektledelsen, og der har været nedsat en projektstyregruppe, en projektgruppe og en sekretariatsgruppe. Grupperne har været sammensat med det sigte at sikre en forankring i kliniske kompetencer og erfaringer suppleret med erfaring inden for det telemedicinske område. Gruppernes sammensætning er beskrevet i bilag 1. Strategien har været ude i en bred høring, høringsparter er beskrevet i bilag 2.

Som definition er anvendt den af Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin nyligt godkendte definition: Tid-, sted- og rumafhængige digitalt understøttede sundhedsydelser, leveret over afstand, med potentiale til at skabe målbar sundhedsmæssig gevinst eller værdi.

Målet og metoden for strategien har været at identificere forretningsønsker for specifikke indsatsområder og herudfra pege på, hvilke løsningselementer regionerne skal prioritere inden for hvert indsatsområde.

Strategien skal fastlægge regionernes overordnede udviklingsvej for det telemedicinske område, sikre kendskab og opbakning til denne udviklingsvej samt skabe grundlag for udfærdigelse af handlingsplaner og igangsætte nye projekter.

Strategiens beskrivelser og anbefalinger er baseret på henholdsvis holdninger, erfaringer samt viden fra litteraturen.

Status for anvendelse af telemedicin viser, at regionerne anvender mange forskellige teknologier inden for dette område. Til trods for at teknologierne eksisterer, er det indtrykket, at de anvendes isoleret og uden integration til øvrige it-systemer i sundhedsvæsenet. Hertil kommer, at langt de fleste af løsningerne er udviklet til og tiltænkt ganske specifikke specialeområder. Den isolerede anvendelse betyder, at der ikke er sket en generel udbredelse. For langt de fleste telemedicinske løsninger og/eller projekter gælder, at de ikke er indtænkt i en driftssituation. De kan således ikke implementeres til daglig anvendelse uden at det får væsentlige organisatoriske konsekvenser.

Fremadrettet er der behov for demonstrationsprojekter i større skala for at opnå erfaring og dokumentation for, hvorledes anvendelse af telemedicin i driftssituationer kan frigøre personaleresourcer ved at understøtte de organisatoriske muligheder for ændringer i vagtstrukturer, effektivisering af arbejdstilrettelæggelse i det samlede patientforløb og opgaveflytning med opretholdelse af samme kliniske kvalitetsniveau.

På denne baggrund beskriver strategien en række anbefalinger, strategiske principper, rammer og forudsætninger samt barrierer og udfordringer for anvendelse af telemedicin.

Anbefalingerne er opstillet som 11 generelle anbefalinger og 13 specifikke anbefalinger indenfor fem indsatsområder. Anbefalingerne er ydermere prioriteret i forhold til kompleksitet og tidsperspektiv.

De generelle anbefalinger er hovedsagelig af organisatorisk karakter og er dermed i vid udstrækning en forudsætning for implementering af de specifikke anbefalinger, og som derfor bør igangsættes umiddelbart og gerne indenfor et halvt år.

De specifikke anbefalinger er grupperet som følger:

0– 1 år:

- Præhospital; anbefaling 12
- Intra- og interhospital; anbefaling 16 og 17
- Hospital og patient; anbefaling 22
- Psykiatri; anbefaling 24

1– 2 år:

- Præhospital; anbefaling 13 og 14
- Internationalt samarbejde; anbefaling 15
- Intra- og interhospital; anbefaling 18 og 19
- Hospital og patient; anbefaling 20 og 23

2+ år:

- Hospital og patient; anbefaling 21

2.2. Anbefalinger

2.2.1. Overordnede generelle anbefalinger

Anbefaling 1. Afsæt i eksisterende telemedicinske løsninger

Det anbefales, at regionerne i relevant omfang integrerer og samtænker de telemedicinske løsninger, der eksisterer og anvendes i dag, så de i højere grad understøtter og udvikler behandlingsforløb og forløbsprogrammer.

Anbefaling 2. Etablering af en telemedicinsk implementeringspulje og incitamentsmodel

Det anbefales, for at sikre en hurtig udbredelse af telemedicinske løsninger, at der etableres en årlig telemedicinsk pulje, som kan anvendes til udbredelse af tværregionale telemedicinske tiltag, herunder iværksættelse af storskala projekter indenfor relevante områder og til organiseringen af udbredelsen. Herudover anbefales det at etablere en klar incitaments- og afregningsmodel for dækning af forventede omkostninger.

Anbefaling 3. Etablering af en telemedicinsk udviklingspulje til pilotprojekter

Det anbefales, for at sikre iværksættelsen af telemedicinske pilotprojekter i mindre skala at der etableres en incitamentspulje, som sikrer at de afdelinger/hospitaler som er involverede i et givent pilotafprøvningsprojekt kompenseres for de udgifter, der er forbundet med pilotprojekter.

Anbefaling 4. Etablering af et telemedicinsk centrum i hver region

- A) Det anbefales, at der etableres et telemedicinsk centrum i hver region med en stærk klinisk og strategisk (administrativ) ledelsesmæssig forankring med henblik på overblik og koordinering af fælles regionale tiltag for anvendelse af telemedicin.

- B) Det anbefales, at der etableres et tværregionalt telemedicinsk samarbejdsforum med henblik på sikring af videndeling og erfaringsopsamling i forhold til de telemedicinske løsninger, der er og vil blive etableret i forbindelse med denne strategi.
- C) Det anbefales, at det overvejes på sigt at samle de regionale centre i ét tværregionalt centrum, der skal sikre en opsamling og formidling af de erfaringer, som regionerne indhøster på det telemedicinske område og som samtidigt skal sikre, at udenlandske erfaringer med telemedicinske løsninger i videst muligt omfang kommer den danske udvikling til gode.

Anbefaling 5. Etablering af Sundhedsfaglige Råd/ Specialeråd for telemedicin

Det anbefales, at der i hver region nedsættes Sundhedsfaglige Råd/Specialeråd for telemedicin med henblik på at understøtte den kliniske og faglige anvendelse af telemedicin samt sikre god klinisk praksis og kvalitet. Rådene foreslås sammensat af repræsentanter fra de eksisterende Sundhedsfaglige Råd/Specialeråd og repræsentanter udpeget fra relevante videnskabelige selskaber og andre faglige fora.

Anbefaling 6. Etablering af forretningsmodeller/samarbejdsmodeller

Det anbefales, at der på alle relevante områder (intrahospital, interhospital mv.) udarbejdes klare beskrivelser for samarbejdet mellem de forskellige parter, der indgår i et telemedicinsk samarbejde.

Anbefaling 7: Anvendelse af ”implementeringspakker” i forbindelse med indførelsen af telemedicinske løsninger

Det anbefales, at der anvendes implementeringspakker, som indeholder beskrivelse af, hvem der gør hvad og hvornår, vejledninger for uddannelse, kommunikation, etablering af drift, arbejdsgangsanalyser, evalueringselementer mv.

Anbefaling 8: Anvendelse af standardiserede evalueringsmetoder

Det anbefales at benytte standardiserede metoder (f.eks. MAST-modellen) til at sikre nødvendig systematisk opsamling af viden til evaluering og dokumentation af telemedicinske løsninger. Det anbefales endvidere, at kvalitetsdata opsamles i fornødent omfang med henblik på sikring af god klinisk praksis (NIP).

Anbefaling 9: Innovationsstimulering og telemedicin

Det anbefales, at de eksisterende platforme i regionerne for offentlig og privat samarbejde understøtter igangsættelsen af innovationssamarbejder med fokus på indførelse af telemedicinske løsninger.

Anbefaling 10: Sygehusbyggeri og telemedicin

Det anbefales, at der ved det fremtidige sygehusbyggeri sikres en effektiv it-infrastruktur (trådløst netværk, båndbredde mv.) samt at integrere fremtidens teknologi.

Anbefaling 11: Strategiske principper

Det anbefales at alle telemedicinske projekter der etableres i Regionerne anvender de strategiske principper som styringsredskab.

2.2.2. Specifikke anbefalinger fra indsatsområderne

2.2.2.1 Præhospital

Anbefaling 12: Det anbefales, at der etableres telemedicinsk opkobling (data/videobilleder) mellem ambulancer/ helikopter og akutmodtagelserne på hospitalerne.

Anbefaling 13: Det anbefales, at man får mulighed at sende data/videobilleder fra ambulance/ helikopter ikke blot til akut modtageafdelingen, men også on-line ud til eksperter på relevante specialafdelinger.

Anbefaling 14: Det anbefales, at der i samtlige ambulancer/ helikoptere opstartes indsamling af monitorerings og behandlingsdata via præ-hospital patientjournaler med henblik på at sikre en optimal behandling under og ved modtagelsen af patienten på hospitalet.

2.2.2.2 Interhospital - internationalt

Anbefaling 15: Det anbefales, at internationalt samarbejde tager udgangspunkt i Europaparlamentets vedtagelse om borgernes adgang til sundhedsydelse på tværs af landegrænser, og at der skabes sikre rammer (juridisk, teknisk, sikkerhedsmæssigt, organisatorisk, afregningsmæssigt) for anvendelse af telemedicinske løsninger på tværs af landegrænser. Endvidere anbefales det, at regioner enkeltvis eller i fællesskab deltager i internationale udviklingsprojekter, særligt under EU-kommissionens rammeprogrammer.

2.2.2.3 Intra- interhospital

Anbefaling 16: Det anbefales, at regionerne foretager en systematisk vurdering af, hvorledes det er muligt at driftsoptimere udnyttelsen af specialistkompetencer hospitalerne imellem og på det enkelt hospital ved hjælp af telemedicinske løsninger.

Anbefaling 17: Det anbefales, at anvende og udbrede videokonference med henblik på at sammenbinde og drage synergi af eksisterende og tilstedeværende specialist viden således, at det sikres at mindre sygehusenheder har adgang til specialist viden på højeste lægefaglige niveau.

Anbefaling 18: Det anbefales, at smalle specialeområder understøttes (f.eks. dermatologi, øjenskader, diabetes fodsår, tand- og kæbeskader, pædiatri) intra- og interregionalt med telemedicinske løsninger.

Anbefaling 19: Det anbefales, at afdelinger har mulighed for at overvåge egne specialepatienter, som ligger på andre afdelinger eller på andre hospitaler via telemonitorering.

2.2.2.4 Mellem hospital og patient og visa versa

Anbefaling 20: Det anbefales, at regionerne indtænker større udbredelse af patientbehandling i eget hjem via telemedicin - virtuelt hospital, virtuelt ambulatorium og virtuel stuegang.

Anbefaling 21: Det anbefales, at regionerne etablerer de nødvendige organisatoriske rammer for håndtering af overvågning og monitorering af patienter i eget hjem. Dette gøres gennem afprøvning af telemedicinske kontakt- og monitoreringscentre i hver region med henblik på driftsoptimering på tværs af hospitaler centreret omkring de faglige fællesskaber.

Anbefaling 22: Det anbefales, at anvendelse af telemedicinske løsninger særligt fokuseres på store grupper af patienter med kroniske lidelser og hyppige hospitalsbesøg: hjertelidelser, palliativ behandling, KOL, diabetes, onkologi mv.

Anbefaling 23: Det anbefales, at telemedicinske løsninger i videst muligt omfang anvendes i forhold til bedre understøttelse af accelererede patientforløb og rehabilitering.

2.2.2.5 Psykiatri

Anbefaling 24: Det anbefales, at der nedsættes en særskilt arbejdsgruppe med fokus på anvendelse af telemedicinske løsninger i psykiatrien.

3. Baggrund og status

3.1. Baggrund

3.1.1. Baggrund for en telemedicinstrategi

Det danske sundhedsvæsen står i de kommende år overfor en række udfordringer. Snævre økonomiske rammer, flere behandlingsmetoder og stadig flere ældre stiller krav til konstant at udvikle sundhedsvæsenet og øge effektiviteten. Samtidig betyder en øget specialisering og flere borgere med kronisk sygdom, at samarbejdet på tværs i sundhedssektoren skal styrkes. Fra borgernes perspektiv forventes det naturligt, at sundhedsvæsenet er åbent, inddrager den enkelte i at tage vare på eget helbred og samtidigt leverer høj kvalitet i behandlingen.

Regionerne anser brugen af it-redskaber for afgørende i forhold til at løse det krydspres, som sundhedsvæsenet er udsat for. It er derfor en integreret del af regionernes arbejde med hele tiden at kunne behandle flere patienter med færre hænder og færre midler på et højt kvalitetsniveau.

Det er vigtigt, at der er en meget tæt kobling mellem styringen af sygehusvæsenet og styringen af sundheds-it, idet de redskaber sundheds-it leverer, skal indgå som en integreret del af sygehusenes forretningsgange og arbejdsprocesser sådan, at de kan understøtte de overordnede styringsmæssige mål for sygehusvæsenets drift. Gevinster ved at implementere sundheds-it afhænger af organisering – dvs. mulighederne for at strømline arbejdsgange vha. it. Styringen af sundheds-it kan derfor ikke adskilles fra styringen af 'forretningen'.

Regionerne har i februar 2010 lanceret Regionernes Sundheds-it organisation (RSI), som danner rammen om et forpligtende samarbejde, der skal sætte handlekraft bag regionernes fælles sundheds-it indsats. RSI har på den baggrund udarbejdet et sæt pejlemærker for regionernes fælles indsats¹.

Pejlemærkerne udstikker kursen for regionernes indsats på flere niveauer:

- De enkelte regioner skal hver især realisere ambitiøse målsætninger i egen region, understøttet af fælles anskaffelser eller projekter i regi af RSI – fx pejlemærker vedr. den kliniske it-arbejdsplads.
- Regionerne skal i fællesskab gennemføre en række initiativer som går på tværs af regionerne – fx pejlemærker vedr. e-journal.
- Regionerne skal i fællesskab medvirke til at understøtte den tværsektorielle kommunikation – fx pejlemærker vedr. at stille fælles datakilder til rådighed for sundhedsvæsenets øvrige parter og borgerne.

Konkret har RSI opstillet 24 pejlemærker², som er inddelt under fire fokusområder:

- 1) Den kliniske it-arbejdsplads
- 2) Optimering af sygehusdrift
- 3) Sammenhæng og samarbejde
- 4) Patient empowerment

Under fokusområde 2 vedrørende optimering af sygehusdrift fremgår af pejlemærke nr. 5, at regionerne skal udarbejde en strategi for det telemedicinske område, som skal foreligge i foråret 2011.

¹ <http://www.regioner.dk/Sundhed/Sundheds-IT/RSI.aspx>

² <http://www.regioner.dk/Sundhed/Sundheds-IT/RSI/Pejlemærker.aspx>

Målet er, at formulere en sammenhængende strategi for det telemedicinske område, som klart identificerer forretningsønsker på området og herudfra identificerer, hvilke løsningsselementer, regionerne skal prioritere inden for hvert indsatsområde. Strategien skal således være rammesættende, så regionerne har retningslinjer for at prioritere de væsentligste tiltag.

Strategiens overordnede målsætninger er at skabe grundlag for sammenhængende og målrettede aktiviteter men også visionære aktiviteter. Strategien skal afspejle sygehusenes, klinikernes og patienternes behov. Strategien skal have et flerårigt sigte.

Strategiens formål er således, at fastlægge regionernes overordnede udviklingsvej for det telemedicinske område, sikre kendskab og opbakning til denne udviklingsvej, skabe grundlag for udfærdigelse af handlingsplaner og igangsætte nye projekter.

På denne baggrund vil strategien være styrende, regulerende og drivende for hvert af nedenstående indsatsområder med henblik på optimering af sygehusdrift:

- telemedicin præhospital
- telemedicin internationalt
- telemedicin intra / interhospital
- telemedicin mellem hospital og patient hjemme visa versa

Udarbejdelse af en strategi for det telemedicinske område vil påvirke og vil være under påvirkning af indsatsen indenfor en række af de øvrige RSI pejlemærker, som helt eller delvist omfatter anvendelse af telemedicin, herunder:

- it-understøttelse af den præhospital indsats
- teletolkning stilles til rådighed for relevante sygehusafdelinger
- koordineret it-understøttelse af indsatsen for kronisk syge
- udveksling af billeder mellem samtlige sygehuse i Danmark
- gennemførelse af et stor skalaprojekt vedr. it-understøttelse af en udvalgt gruppe af kronisk syge

Strategien for det telemedicinske område skal endvidere ses i sammenhæng med den fælles strategi for it-understøttelse af ”patient empowerment”, som er et selvstændigt RSI pejlemærke.

Det er væsentligt, at de i det videre arbejde kan ses en klar koordinering og sammenkobling mellem RSI's pejlemærker, så der ikke bliver skabt fokuserede strategier, der fragmenterer indsatsen for at digitalisere sundhedsvæsenet og skabe sammenhængende patientforløb.

Strategien skal ligeledes ses i sammenhæng med en national indsats på telemedicinområdet, som – til forskel fra nærværende strategi – skal have et tværsektorielt fokus.

På denne baggrund formuleres en samlet strategi for telemedicin med henblik på optimering af sygehusdrift. Strategien skal udstikke fokusområder/indsatsområder, som skal være rammesættende for alle telemedicinske tiltag i regionerne. Det anbefales at fremtidige telemedicinske projekter skal formuleres inden for denne strategi.

3.1.2. Hvorfor telemedicin

Anvendelse af telemedicinske løsninger kan bidrage til at styrke kvalitet, effektivitet og sammenhænge i hospitalsvæsenet til gavn for den enkelte patient.

Telemedicin har et potentiale til en reorganisering af hospitalsvæsenet med bedre og mere rationelle arbejdsprocesser og øget samarbejde mellem hospitaler, på tværs af sektorer og i forholdet mellem sundhedsvæsenet og den enkelte patient.

Anvendelse af telemedicinske løsninger kan herved bidrage til at sikre, at det danske sundhedsvæsen kan håndtere de generelle udfordringer som Danmark står over for i de kommende år strukturelt og økonomisk.

Det præhospitalt område er en ny organisation i akutstrukturen. I den nye struktur styrkes behandlingen af patienten på stedet og dialogen med den fælles akutte modtagelse. Moderne informations- og kommunikationsteknologi binder de to aktører sammen. Teknologi og fagligt samarbejde skal skabe sammenhæng så der skabes et sammenhængende sundhedsvæsen for de akutte patienter. Telemedicin kan anvendes, som et redskab til at understøtte præhospital diagnostik og akutbehandling.

Telemedicin i hospitalsvæsenet, intra- og interhospital, giver gode muligheder for optimering af patientforløb i forhold til behandling, kontinuitet og spildtid, hvilket har en afsmittende effekt på patienttilfredsheden. Derudover kan telemedicin anvendes til arbejdskraftbesparende tiltag ved en bedre arbejdstilrettelæggelse internt i hospitalsvæsenet, som giver mulighed for frigørelse af specialisters tid og ressourcebesparelser i forhold til personaler og transporttid.

Telemedicin gør det muligt, at fjernmonitorere patienter, at gennemføre diagnostik og behandling samt rådgive over afstand. Anvendelsen af telemedicinske løsninger åbner hertil nye muligheder for at patienten/borgeren f.eks. via hjemmemonitorering kan blive i eget hjem længst muligt.

Det er derfor centralt at alle patienter, som kan have gavn af telebaserede løsninger, for tilbuddet.

Sundhedsvæsenet står overfor en betydelig udfordring med nye patienter (flere med kroniske sygdomme mv.) med nye behov, som kræver en udvikling af både kompetencer og rammer for at kunne sikre den optimale behandling - her er telemedicin et af svarene.

Der er i de seneste år sket en rivende teknologisk udvikling både i forhold til den telemedicinske teknologi og i den måde og i det omfang "telemedicinske" teknologier i stadig større omfang anvendes bredt i befolkningen.

Denne udvikling forventes at fortsætte med uformindsket styrke i de kommende år, hvorfor der vil være behov for løbende at revurdere den telemedicinske indsats set i forhold til den teknologiske udvikling.

DI ITEK som er som er et branchefællesskab i Dansk Industri, og som repræsenterer ca. 300 virksomheder inden for it, tele, elektronik og kommunikation, har i forbindelse med udarbejdelsen

af denne strategi bidraget med en beskrivelse af, hvilke telemedicinske løsninger og trends af betydning for den telemedicinske udvikling, der vurderes at ville komme i 2011 og frem³

3.2. Status for telemedicin anvendelse i regionerne

I forbindelse med pejlemærket: ”Regionerne vil koordinere it-understøttelsen af kronikerindsatsen” har RSI ved Region Syd foretaget en kortlægning, der viser, at der i regionerne findes en række forskellige projekter og løsninger, som omfatter en bred vifte af telemedicinske teknologier. Endvidere gennemførte MEDCOM - på opdrag af ABT-fonden - i 2010 en udredning om telemedicin, som bl.a. indeholder et overblik over danske erfaringer og projekter på det telemedicinske felt⁴.

Af begge kortlægninger fremgår, at regionerne anvender en række forskellige teknologier gennem de mange projekter og løsninger, der er igangsat. De anvendte teknologier er i store træk:

- Mobiltelefon
- Måleudstyr i patientens hjem/diverse devices
- Bokse til opsamling og transmission af data
- Videokonference
- Shared care-journaler/portaler
- Database/visning af måledata

Regionerne anvender - og udvikler for en dels vedkommende - også parallelle teknologier. Der kan således på tværs af regionerne genfindes nærmest parallelle løsninger, men udviklet specielt til lokaliteten og de betingelser, der er dér. Også indenfor regionerne anvendes parallelle løsninger. Mange af teknologierne udvikles i forskningsprojekter, der ikke nødvendigvis har som primært sigte at udvikle teknologier, men hvor det har været nødvendigt at udvikle teknologierne for at kunne efterprøve forskningstester. Løsningerne anvendes dermed i en meget snæver sammenhæng. Kun i få tilfælde fungerer teknologien i en egentlig drift situation. Det drejer sig om:

- Telemedicinsk kommunikation - SÅR
- Ambuflex
- Diabetes-systemer
- AK-systemer
- Pacemakerkontrol
- On line patientbog
- Patientkuffert
- Videokonference til forskellige formål

Til trods for at teknologien anvendes i en driftssituation er det stadig indtrykket, at systemerne anvendes isoleret i forhold til øvrige sundheds-it systemer fx EPJ på sygehuset eller de praktiserende lægers journaler. Det afstedkommer dobbeltregistreringer og at patientdata ligger to steder. Umiddelbart er det svært at finde den teknologi, der fungerer sømløst i forhold til

³ DI ITEK's notat om telemedicinske løsninger i 2011 og frem link:
http://itek.di.dk/Initiativer/Sundhedsteknologi/Documents/DIITEK_Telemedicin_2011_og_frem_ver_0.9.9.pdf.

⁴http://www.abtfonden.dk/Om_Fonden/~media/abtfonden/Informationsmateriale/Rapporter_og_erfaringer/TMRedegorelseABTfonden.ashx

eksisterende it-systemer som fx EPJ. Den isolerede anvendelse uden integration med EPJ/lægesystemer/omsorgsjournaler betyder, at selvom løsninger anvendes i drift, er der ikke sket en generel udbredelse fx på alle relevante afdelinger i en region.

Kommende løsninger skal allerede i projektfasen sættes op i forhold til mulighederne for opkobling eller integration til de eksisterende centrale systemer – primært EPJ. Det er vigtigt for Regionerne at holde dette fokus og komme væk fra parallelle løsninger, der er udviklet specielt til en lokation eller en konkret problemstilling.

Indførelse af telemedicinske løsninger kan med fordel fokuseres indenfor nedenstående 3 indsatsområder:

Videokonference, der kan frigøre tid, da mødet mellem klinikere eller mellem kliniker og patient kan foregå virtuelt og dermed eliminere unødvendig transport tid. (f.eks. teletolkning)

Billedudveksling, der kan strømline samarbejdet mellem sundhedssektorens parter og dermed sikre bedre sammenhæng i patientforløbene. (f.eks. det teleradiologiske område)

Hjemmemonitorering, der kan spare sengedage og dermed frigøre specialistressourcer på hospitalerne. Det skal dog bemærkes, at der er patientgrupper hvor hjemmemonitorering ikke kan anvendes.

I sammenligning med andre telemedicinske koncepter er områderne karakteriseret ved stor faglig efterspørgsel og gode erfaringer fra mindre pilotprojekter i regionerne. Det giver grundlag for at afprøve i større skala, og eventuelle investeringer vurderes at have god effekt i forhold til at understøtte en mere effektiv hverdag for personalet i sundhedssektoren.

På trods af de mange gode kliniske, tekniske og organisatoriske erfaringer med telemedicin fra mindre projekter i ind- og udland, vurderes beslutningsgrundlaget for opskalering til nationalt dækkende implementeringsprojekter som hovedregel ikke at være tilstrækkeligt, bl.a. fordi der ikke foreligger egentlige business cases. Der er derfor behov for demonstrationsprojekter i større skala frem for mindre demonstrationsprojekter, med henblik på at fremskaffe dokumentation for, i hvilken grad videokonference, billedudveksling og hjemmemonitorering i driftssituationer kan frigøre personaleressourcer i de forskellige dele af det danske sundhedsvæsen, ved at understøtte de organisatoriske muligheder for:

- ændringer i vagtstrukturer
- effektivisering af arbejdstilrettelæggelse i det samlede patientforløb
- opgaveflytning med opretholdelse af samme kliniske kvalitetsniveau
- strukturændringer i sundhedsvæsenet

Etablering af et tværregionalt telemedicinsk samarbejdsforum, vil især have fokus på rådgivning inden for de ovennævnte organisatoriske udfordringer.

4. Definition og vision

4.1. Definition

Telemedicin bygger på en vision om sundhedsydelse, der kan leveres når som helst, hvor som helst. Ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologi kan telemedicin fremme diagnosticering, behandling, forebyggelse, forskning og uddannelse i sundhedsvæsenet.

Følgende definition af telemedicin er vedtaget på årsmødet for Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin d. 14. marts 2011.

Tid-, sted- og rumafhængige digitalt understøttede sundhedsydelser, leveret over afstand, med potentiale til at skabe målbar sundhedsmæssig gevinst eller værdi

Ovennævnte definitionen signalerer en positiv og et nødvendigt fokus på evidensbaseret telemedicin. Nærværende strategi er formuleret med henblik på optimering af sygehusdrift. Telemedicin kan i den sammenhæng også anvendes til at frigøre ressourcer ved at opretholde samme kliniske kvalitetsniveau.

Anvendelsen af telemedicin i det danske sundhedsvæsen har et potentiale til en reorganisering af hospitalsvæsenet med bedre og mere rationelle arbejdsprocesser og øget samarbejde internt på og mellem sygehuse, på tværs af sektorer og i forholdet mellem sundhedsvæsenet og den enkelte patient, borger og pårørende.

Ud over afstandsbegrebet indgår i definitionen af telemedicin, at anvendelsen af telemedicinske løsninger har et potentiale til at skabe en målbar positiv forskel i forhold til den nuværende måde sundhedsvæsenet er organiseret og i forhold til den behandling og service, der tilbydes patienter, borgere og pårørende.

4.2. Vision for Telemedicin

Telemedicin skal styrke det Danske sundhedsvæsen ved at sikre sammenhængende patientforløb gennem øget tilgængelighed, kvalitet og effektiv prioritering af sundhedsydelser og ressourcer.

4.3. Strategiske principper

Strategien bygger på en række strategiske principper for anvendelse af telemedicin. Principperne tjener det formål at være et fremadrettet styringsredskab, som alle telemedicinske projekter, der etableres i Regionerne, som følge af strategien, skal forholde sig til:

Strategiske principper:

- Business case-orientering
- Standardsystemer
- Gensidig tilpasning mellem anvendelse af telemedicin og forretningsgange
- Organisation og organisationstilpasning
- Datagenbrug, integration, standardisering
- Standarder og datasikkerhed

- Proaktivt samarbejde, nationalt & internationalt
- Fri konkurrence i frit marked

4.3.1 Business case-orientering

En Business case er en samlet offentlig standard⁵ for projektinitiering, og indgår ligeledes som et element i RSI's forretningsmodel⁶. Anvendelse af business case giver mulighed for vurdering af:

- Hvad går den nye løsning ud på – og er der alternative veje at gå?
- Kan investeringen svare sig – og hvilke typer gevinster, kan vi opnå?
- Hvordan følger vi op på målene – og dermed sikrer os, at vi opnår gevinsterne?
- Hvem er de ansvarlige i projektet – og hvad er de ansvarlige for?

En Business case sætter fokus på den værdiskabelse, der findes i projekter på både kort og langt sigt. Med andre ord er styring med business case en fokusering på ”Mest mulig sundhed for pengene”. Ved udarbejdelsen af business cases er det væsentligt ud over det økonomiske perspektiv også at vægte et patientmæssigt, et sundhedspolitisk, et organisatorisk samt et kvalitetsmæssigt perspektiv.

4.3.2 Standardsystemer

En fordel ved at benytte standardsystemer er, at det giver basis for deling af udviklings- og vedligeholdelsesomkostningerne med systemets øvrige kunder. En anden fordel kan være, at der udvikles ny funktionalitet til standardsystemer, som ellers ikke ville blive udviklet på grund af høje omkostninger for en enkelt ejer/organisation. Standardsystemer er oftest baseret på internationale standarder, da de almindeligvis rettes mod et internationalt marked, det anses for en fordel.

Valg af standardsystemer kan anskaffes her og nu, men må ikke være hæmmende for innovation og nyudvikling.

4.3.3 Gensidig tilpasning mellem anvendelse af telemedicin og arbejdsgange

Ved implementering af telemedicin skal der ske en afdækning af de hidtidige arbejdsgange med henblik på gensidig tilpasning mellem anvendelse af telemedicin og den fremtidige arbejdstilrettelæggelse, idet telemedicin i høj grad kan bevirke ændrede arbejdsområder og ansvarsområder samt opgaveflytning. For at sikre accepten skal der være øget fokus på de evt. organisatoriske udfordringer og forudsætninger. Komplexiteten af disse udfordringer kan øges betragteligt specielt i tværsektorielle anvendelser.

Inddragelse af brugere og ledelse på alle niveauer i organisationen er væsentlig, hvis der skal etableres et bæredygtigt grundlag for teknisk og organisatorisk anvendelse af telemedicin, herunder at facilitere nye arbejdsgange i organisationen og sikre, at systemerne anvendes i overensstemmelse med hensigten.

⁵ Business case-modellen er udviklet i et tværoffentligt samarbejde mellem Den Digitale Taskforce, KL, Danske Regioner og Videnskabsministeriet. Modellen er udviklet på baggrund af best practice i ind- og udland. Business case modellen er et initiativ i Strategien for Digitalisering af den Offentlige Sektor 2007-2010, som regeringen, KL og Danske Regioner står bag.

⁶ <http://stab-intranet.regionh.dk/NR/ronlyres/5B84064A-79CE-47D4-B66A58F66B2C71DE/0/RSIforretningsmodel.pdf>

4.3.4 Organisation og organisationstilpasning

Telemedicinske løsninger og projekter optimerer drift og behandling ved at udnytte ressourcer og sammenkoble ekspertise eller funktion på tværs af geografi og eksisterende organisation. Det bør specifikt i hvert projekt overvejes, hvordan implementering, ledelsesforankring, organisation og resourceudnyttelse på tværs af organisatoriske enheder påvirkes ved opgaveflytning / deling / sammenlægning og samtænkning af sundhedsydelse, samt hvordan de mulige gevinster indhentes.

4.3.5 Datagenbrug, integration, standardisering

For at give klinikere såvel som patienter sammenhængende informationer og for at underbygge effektive arbejdsprocesser, er der brug for adgang til, deling af og/eller sammenstilling af data. Der skal være sammenhæng i data og der skal anvendes nationale standarder og snitflader. Der skal herudover sikres data til forskning, kvalitetsmonitorering etc.

4.3.6 Standarder og datasikkerhed

Sikkerhedsstudier, der kan overbevise klinikerne om at den telemedicinske løsning ikke forringer en behandling eller skader patienten, er en nødvendighed. Omkring it-sikkerhed anbefales, at der gennemføres sikkerhedsreviews med henblik på at sikre dataintegritet, fortrolighed i kommunikation og lagring af data samt i hvor høj grad evt. løsninger lever op til krav om tilgængelighed.

4.3.7 Proaktivt samarbejde, nationalt og internationalt

Regionerne ønsker aktivt og proaktivt at samarbejde ud over de regionale grænser med andre regioner, nationale enheder (SST, MedCom, sundhed.dk og ministerier) forskningsaktører og private leverandører, men også ud over landets grænser i EU og på internationalt niveau.

4.3.8 Fri konkurrence på frit marked

Det gode telemedicinske projekt har fokus på ikke en gang for alle at opfylde behovet for en telemedicinsk løsning ved egen udvikling. Det udstyr som i dag er et elektronisk måleinstrument i en kasse eller en computer i en kuffert, kan i morgen være erstattet af en mobiltelefonbåret transmission og en sensor patienten bærer i lommen. Således bør man, specielt ved telemedicin til hjemmeanvendelse, sigte på eksempelimplementeringer. Disse bør akkompagneres med den smalleste mulige og tilstrækkelige standardisering med henblik på let tilpasning af fremtidige kommercielle produkter, både med hensyn til ydelse, arbejdsgang, data, sikkerhed, hardware struktur samt ejerforhold af udstyr. Herved tages hensyn både til mulighed for leverandørskift og løbende tilpasning til den hurtige markedsudvikling, hvor løsningstyper med tiden radikalt kan ændre udformning eller kan falde kraftigt i pris i takt med udbredelse.

4.4. Innovationsstimulering og telemedicin

Den offentlige sektor er en stor aftager af løsninger inden for velfærd, forebyggelse og sundhed og kan i den egenskab sætte skub i en innovativ udvikling i det private erhvervsliv til gavn for begge parter.

Presset fra bl.a. flere ældre med pleje- og behandlingsbehov og færre ansatte til at løfte opgaverne er centrale udfordringer, som sundhedsvæsenet skal kunne håndtere, og som kræver nye løsninger.

Det er derfor afgørende, at sundhedsvæsenet i videst mulige omfang anvender teknologiske løsninger i patientbehandlingen.

Sundhedsvæsenet kan ikke alene udvikle teknologiske løsninger, som modsvarer det behov, der er. Hertil kommer, at de eksisterende ”hyldevarer” heller ikke er anvendelige løsninger i forhold til behandlingsfaglige problemstillinger man vurderer med fordel kunne understøttes med teknologi. Tilsvarende gælder, at det private erhvervsliv ikke selv kan udvikle præcis de løsninger, der er behov for, hvis ikke dette sker i tæt samspil med sundhedsvæsenet.

For den private sektor giver et samarbejde adgang til viden, brugererfaringer og ekspertise i den offentlige sektor og mulighed for udvikling og afprøvning af teknologier og løsninger, der er målrettet markedets behov. Begge parter har dermed stor fordel i offentlig-private samarbejder om innovation, hvor den offentlige aftagerside fungerer som testlaboratorium, og hvor det offentlige ad den vej kan opnå serviceforbedringer, nye velfærdsprodukter og produktivitetsforbedringer.

Regionernes hospitaler og erhvervslivet kan via de platforme, der findes i hver region for offentlig - privat samarbejde, i fællesskab udvikle nye unikke teknologier og koncepter inden for bl.a. sundheds-it og telemedicin.

Samtidig påbegynder regionerne bygning og udvikling af en række nye hospitaler over de næste 10 år. De massive investeringer på forventet ca. 40 mia. kr. er en unik anledning til at intensivere offentlig-privat samarbejde om innovation i forhold til en lang række nye produkter, ydelser og løsninger inden for sundhed og velfærd, herunder på det telemedicinske område. Dermed kan velfærds- og sundhedsinnovation blive en vigtig drivkraft og et omdrejningspunkt for regionernes fremtidige vækst i regionernes små- og mellemstore virksomheder.

Anbefaling:

Det anbefales, at de eksisterende platforme i regionerne for offentlig-privat samarbejde understøtter igangsættelsen af innovationssamarbejder med fokus på indførelse af telemedicinske løsninger.

4.5. Sygehusbyggeri og telemedicin

Anvendelsen af telemedicinske løsninger udfordrer på en række områder de traditionelle måder at tilrettelægge patientbehandlingen. Telemedicin giver mulighed for at patienter/borgere i langt større omfang bliver behandlet eller monitoreres i eget hjem. En mere udbredt anvendelse af telemedicinske løsninger vil på en række områder derfor stille ændrede krav og betingelser for, hvordan fremtidens hospitaler mest hensigtsmæssigt skal konstrueres og indrettes.

Der er i de seneste år sket en rivende teknologisk udvikling både i forhold til den telemedicinske teknologi og i den måde og i det omfang ”telemedicinske” teknologier i stadigt større omfang anvendes bredt i befolkningen.

Alene udviklingen inden for monitoreringsudstyr (devices), hvor patienterne selv eller det sundhedsfaglige personale på afstand måler og registrerer fysiologiske data (blodtryk, IRN(koaguleringssevne), lungekapacitet, mv.) er nærmest eksponentielt stigende. Tilsvarende har der gennem de seneste år været en generel trend i forhold til udbredelsen og brugen af sociale

medier, som har betydning for det telemedicinske område og for patienters interaktion med sundhedsvæsenet⁷.

Sociale medier bliver i dag anvendt til at skabe fælles "communities" omkring wellness og fitness som giver brugerene muligheder for at publicere ikke bare deres opsatte mål, men også at dokumentere deres opnåede resultater. Dette skaber en høj grad af motivation og vil måske også kunne anvendes til motivation for livsstilsændringer hos patienter med livsstilssygdomme. Tilsvarende findes der en række "communities" af kronikere, som udveksler erfaringer om deres sygdomme. Via de fælles communities åbnes der op for at kombinere den generelle erfaringsudveksling med forskellige telemedicinske løsninger, som alt i alt giver patienten adgang til et samlet overblik over egen helbredssituation. Den mere udbredte anvendelse af telemedicinske løsninger i andre sammenhænge /"communities" giver nye muligheder for den enkelte patients interaktion med sundhedsvæsenet. Det er en udvikling der relater sig til RSI fokusområdet - Patient empowerment.

Denne udvikling på flere "fronter" gør, at det er overordentligt vanskeligt og i mange tilfælde uhensigtsmæssigt, at komme med præcise anbefalinger til, hvordan fremtidens hospitaler mest hensigtsmæssigt skal indrettes og bygges i relation til den telemedicinske udvikling.

Som følge af denne usikkerhed bør de nye hospitaler bygges så fleksibelt som muligt, sådan at rum og lokaler hurtigt kan "omstilles" til andre formål.

Med henblik på i størst muligt omfang at fremtidssikre hospitalerne i forhold til den telemedicinske udvikling, er det centralt, at der ved bygningen af hospitalerne sikres en effektiv it-infrastruktur, (trådløst netværk, båndbredde mv.), som i størst mulige omfang tilgodeser, at der kan ske en løbende tilpasning af hospitalerne i overensstemmelse med den teknologiske udvikling.

Anbefaling:

Det anbefales, at der ved det fremtidige sygehusbyggeri sikres en effektiv it-infrastruktur (trådløst netværk, båndbredde mv.).

⁷ DI ITEK's notat om telemedicinske løsninger i 2011 og frem link:
http://itek.di.dk/Initiativer/Sundhedsteknologi/Documents/DIITEK_Telemedicin_2011_og_frem_ver_0.9.9.pdf

5. Effekt og målbarhed

EU kommissionen lancerede i foråret 2010 MAST-modellen (Model for Assessment of Telemedicine⁸), der har til formål at skabe et bedre og mere ensartet beslutningsgrundlag for implementering af telemedicin i Europa.

Modellen indeholder 7 domæner:

- 1) Det kliniske problem og løsningens karakteristika
- 2) Sikkerhedsmæssige aspekter (klinisk og teknisk)
- 3) Kliniske effekter
- 4) Patientperspektivet
- 5) Økonomiske aspekter
- 6) Organisatoriske aspekter
- 7) Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter

Anbefaling:

Det anbefales, at benytte standardiserede metoder (f.eks. MAST-modellen) til at sikre nødvendig systematisk opsamling af viden og dokumentation af telemedicinske løsninger. Gerne opsamlet i den nationale kvalitetsdatabase.

Ved beslutning om iværksættelse af telemedicinske implementeringsprojekter bør konsekvenser og effekter i alle 7 domæner principielt være afdækkede og sandsynliggjorte.

⁸ <http://www.epractice.eu/en/library/315610>

6. Rammer, barrierer og forudsætninger for anvendelse af telemedicin

I forhold til indførelse af telemedicinske løsninger i det danske sundhedsvæsen, er der en række rammer, som skal være på plads og barrierer, der skal håndteres for at sikre en succesfuld udbredelse og anvendelse. Generelt kan man inddele barriererne i to overordnede kategorier.

For det første er der en række rammer og forudsætninger, der skal være på plads – juridiske og økonomiske, der skal være opfyldt, inden man kan komme i gang med en bredere anvendelse af telemedicinske løsninger. I den andre kategori finder man en række barrierer og udfordringer, som man i varierende omfang skal være opmærksom på og i relevant omfang bør adressere i forbindelse med den konkrete implementering af telemedicinske projekter.

6.1 Rammer/forudsætninger for telemedicin

For at udbrede telemedicinske løsninger, er det særligt juridiske og økonomiske forhold, der skal være afklaret for at man kan opnå en udbredt og succesfuld anvendelse af telemedicinske løsninger i det danske sundhedsvæsen.

6.1.1. Jura

Fjernmonitorering og behandling af patienter gennem telemedicinske systemer er en radikal ændring af den traditionelle behandlingsform.

Juridiske uklarheder fremhæves ofte som en barriere for ibrugtagning af telemedicinske løsninger. Sundhedsstyrelsen har i 2005 udgivet ”Vejledning om ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin”⁹.

Ved telemedicin forstås i vejledningen, at en læge ved hjælp af video, billeder, lyd og måleresultater inddrager en specialist, som ikke fysisk er til stede dér hvor patienten befinder sig, i diagnostik og behandling.

Sundhedsstyrelsens vejledning beskriver alene ansvarsforholdene mv. ved brug af telemedicin i forbindelse med indhentelse af specialistvurdering og behandling mv. i Danmark.

Ud over spørgsmål om ansvarsforhold omhandler vejledningen de almindeligt gældende regler vedrørende information og samtykke, tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger og journalføring.

For så vidt angår ansvarsforholdene konkluderer Sundhedsstyrelsen følgende:

- Brug af telemedicin ændrer ikke på ansvarsforholdene i forbindelse med lægefaglig behandling
- En læge er ansvarlig for egen lægefaglige vurdering/behandling, dvs. både specialisten og den, der iværksætter behandling på grundlag af specialistens vurdering

⁹ (jf. SST's Vejledning nr. 9719 af 09.11.2005)

- Den enkelte læge skal foretage en selvstændig vurdering af, om de oplysninger om patienten, som den pågældende har modtaget, er relevante og tilstrækkelige
- Såfremt specialisten eller den behandlende læge på det foreliggende grundlag ikke mener sig i stand til at varetage vurderingen/behandlingen forsvarligt eller får mistanke om fejl eller andre usikkerhedsmomenter, skal den pågældende gøre opmærksom på dette
- Ved brug af telemedicin bør det på forhånd afklares, hvilke forudsætninger, der lægges til grund, herunder særligt specialistens rolle
- Der bør til brug for telemedicinsk kommunikation udarbejdes lokale instrukser og procedurer, der sikrer patienterne en forsvarlig undersøgelse og behandling.

Anbefalinger:

Juridiske og ansvarsmæssige forhold relateret til anvendelse af telemedicinske ydelser over landegrænser er ikke omfattet af/behandlet i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9719 af 9. nov. 2005. Som led i en anbefaling om at skabe en sikker ramme for anvendelse af telemedicin på tværs af landegrænserne, skal der således ske en udredning af de juridiske og ansvarsmæssige forhold relateret til anvendelse af telemedicinske ydelser over landegrænser.

I takt med de stigende muligheder for at anvende patienternes egne sundhedsdata indsamlet via egne ”telemedicinske”/ monitoreringsdevices, og såfremt man fra sundhedsvæsenets side vælger at benytte sig af disse informationer/data, skal der være en afklaring af ansvarsforholdene, således at hospitalerne ikke uden videre bliver juridisk ansvarlige for at følge og reagere på alle de data, som en patient måtte vælge at formidle ind til hospitalerne/give adgang til på hospitalerne.

6.1.2. Økonomiske incitament og forretningsmodeller

Manglende økonomisk incitament for indførelse af telemedicinske løsninger fremhæves som en af de væsentligste barrierer for ibrugtagning af telemedicinske løsninger. Problemstillingen omfatter flere vinkler, herunder at der hidtil ikke har været klare aftaler for afregningen af telemedicinske ydelser, men også at der som følge af den generelt trængte økonomi i sundhedsvæsenet har været et begrænset økonomisk råderum for at indføre ny teknologi, herunder telemedicinske løsninger i det danske sundhedsvæsen.

Afregningsproblematikken:

Afregningen (honoreringen) af telemedicinske ydelser har som anført ofte været nævnt som én af de væsentlige barrierer for en mere udbredt anvendelse af telemedicinske løsninger.

I Indenrigs- og Sundhedsministeriets ”Takstsystem 2011” er der for første gang medtaget takster for afregningen af telemedicinske ydelser.

I ”Takstsystem 2011”¹⁰ er der således oprettet ambulante substitutionstakster for telemedicin inden for tre behandlingsområder:

- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

¹⁰ http://www.sum.dk/Sundhed/DRG-systemet/Takster/~media/Filer%20-%20dokumenter/DRGtakster/Takstvejledning/Takstvejledning_2011.ashx

- Pacemaker, herunder ICD
- Blodfortyndende behandling (AK)

Taksterne dækker efterfølgende kontrol af undersøgelser udført af patienten selv uden for sygehuset og analyse på sygehuset uden patientens fremmøde. Ambulante substitutionstakster defineres som takster for ydelser, der erstatter (substituerer) ambulante besøg på sygehuset.

For så vidt angår telemedicinske ydelser, som sker mellem sygehuse (for eksempel evaluering af fremmed billedmateriale), fremgår af ”Takstsystem 2011”, at disse betragtes som assistancer og indtil videre skal håndteres ved aftaler mellem regionerne og sygehusene.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet beregner årligt nye DRG-takster for henholdsvis stationære og ambulante patienter på det somatiske og psykiatriske område. Dette betyder, at der hvert år - via de kliniske selskaber og/eller hospitalerne/regionerne - vil være en åbning for at komme med forslag til nye takster. Efterhånden som forskellige telemedicinske løsninger vinder indpas - og som ikke er dækket af ovennævnte takster - vil der være mulighed for (bagudrettet) hvert år at stille forslag om at få takster for de leverede telemedicinske ydelser ændret sådan at de stemmer overens med de faktiske udgifter.

I og med at afregning for telemedicinske ydelser nu har fået en plads i takstafregningsystemet er det vurderingen at problemstillingen vedrørende honorering fremadrettet bliver håndteret inden for faste rammer, som kan udvikles i takt med udbredelsen af telemedicinske ydelser.

Etablering af en telemedicinsk implementeringspulje og incitamentsmodel

Som følge af opbremsningen af de offentlige udgifter er der i disse år på hospitalerne et begrænset økonomisk råderum i forhold til at investere i ny teknologi, herunder telemedicinske løsninger.

For at sikre en hurtig udbredelse af telemedicinske løsninger, anbefales det, at der i denne strategiens løbetid etableres en årlig telemedicinsk pulje, som kan anvendes til udbredelse af tværregionale telemedicinske tiltag.

Både i forhold til afregningen via DRG-systemet og i forhold til en eventuel tværregional telemedicinsk pulje, vil der være tale om en bagudrettet betaling. For at sikre, at afdelinger/hospitaler, som skal implementere en telemedicinsk løsning, har den fornødne økonomiske tryghed ”front-up”, anbefales det, at der er en klar incitaments- og afregningsmodel for dækning af de forventede omkostninger.

Etablering af incitamentspulje til telemedicinske pilotprojekter.

Ved iværksættelsen af telemedicinske pilotprojekter vil der være et behov for at have sikkerhed for økonomisk dækning af de udgifter, som er forbundet hermed. For at sikre iværksættelsen af telemedicinske pilotprojekter i mindre skala er der således behov for at etablere en incitamentspulje, som sikrer, at de afdelinger/hospitaler som er involverede i et givent pilotafprøvningsprojektet kompenseres for de udgifter, der er forbundet med pilotprojekter.

6.2. Barrierer/udfordringer når telemedicinske løsninger skal udbredes

I forbindelse med selve implementeringen af telemedicinske løsninger er der en række barrierer og problemstillinger, som man afhængigt af projektets karakter og omfang må adressere.

I forhold til den interne implementering af en telemedicinsk løsning er nogle af de centrale barrierer man skal være opmærksom på kulturelle, faglige og organisatoriske barrierer og uddannelsesmæssige problemstillinger. På den teknologiske side er der tilsvarende en række udfordringer som i relevant omfang optræder og skal adresseres, herunder f.eks. drift af løsningerne og håndtering af hjemmebehandlingsudstyr, It-support mv. Endelig kan der i forhold til patienterne være en barriere i forhold til at få afstemt graden af patientinvolvering i forhold til den telemedicinske ydelse. Dvs. at der er klare retningslinjer for, hvornår en patient kan behandles telemedicinsk, set i forhold til det traditionelle behandlingstilbud.

En række af de barrierer der optræder eller kan optræde i forbindelse med implementeringen af en telemedicinsk løsning kan i vid udstrækning håndteres/imødekommes ved at der i forbindelse hermed er indgået klare aftaler for samarbejdet mellem de i projektet involverede parter. Endvidere vil anvendelse af ”implementeringspakker” som bl.a. indeholder beskrivelse af hvem der gør hvad hvornår, uddannelse i håndteringen af den telemedicinske løsning, arbejdsgangsanalyser mv. kunne bidrage til at mindske eventuelle barrieremæssige problemstillinger.

Etablering af forretningsmodeller/samarbejdsmodeller.

Det anbefales, at der på alle relevante områder (intrahospital, interhospital mv.) udarbejdes klare beskrivelser for samarbejdet mellem de forskellige parter, der indgår i et telemedicinsk samarbejde.

Anvendelse af ”implementeringspakker” i forbindelse med indførelsen af telemedicinsk udstyr.

Det anbefales, at der anvendes implementeringspakker, som indeholder beskrivelse af, hvem der gør hvad hvornår, vejledninger for uddannelse, kommunikation, etablering af drift, arbejdsgangsanalyser, evalueringselementer mv.

7. Indsatsområder

7.1 Telemedicin præhospital

7.1.1. Anbefaling 12

Det anbefales, at der etableres telemedicinsk opkobling (data/videobilleder) mellem ambulancer/helikopter og akutmodtagelserne på hospitalerne.

7.1.1.1 Specifikt for anbefalingen

Klinisk vil anvendelsen af direkte video opkobling mellem parterne betyde, at lægerne på akutmodtagelsen med det samme vil kunne vejlede og rådgive ambulancepersonalet om den behandling, der er optimal for patienten. Teknologien er umiddelbart et hyldeprodukt, afprøvet og tilgængelig og anbefalingen bør iværksættes snarest muligt og gerne indenfor et halvt år.

7.1.2. Anbefaling 13

Det anbefales, at man får mulighed at sende data/videobilleder fra ambulance/ helikopter ikke blot til akut modtageafdelingen, men også on-line ud til eksperter på relevante specialafdelinger.

7.1.2.1 Specifikt for anbefalingen

For at dette skal kunne lykkes, skal der være en udbredt anvendelse af håndholdte devices f.eks., hvor der er mulighed for at sende og modtage billeder live. Teknisk indebærer anbefalingen formentlig en lidt større kompleksitet end anbefaling 1, men vil være et naturligt næste trin i forlængelse heraf og vil kunne iværksættes indenfor halvandet til to år.

For anbefaling 12 og 13 gælder, at begge vil kunne medvirke til at sikre en bedre visitation af patienten

7.1.3. Anbefaling 14

Det anbefales, at der i samtlige ambulancer/ helikoptere opstartes indsamling af monitorerings og behandlingsdata via præ-hospital patientjournaler med henblik på at sikre en optimal behandling under og ved modtagelsen af patienten på hospitalet.

7.1.3.1 Specifikt for anbefalingen

Klinisk vil anbefalingen betyde en optimering af behandlingsforløb gennem datatilgængelighed/billedlink til specialisten på modtagende akut modtagelse og dermed egentlig konference mulighed, som igen vil betyde præhospital behandlingsstart på højt fagligt niveau og i særlige situationer åbne mulighed for stillingtagen til behandlingsmuligheder og dermed til hvilken modtagende afdeling patienten skal transporteres til for eksempel apoplexi og thrombectomi – analogt til ST-elevations AMI. Flere informationer om patienten på vej til en given modtagelse og dermed bedre mulighed for at allokere de rigtige ressourcer og endelig at dokumentere præhospitalt behandlingsforløb gennem opsamling af data.

Ambulancejournal til opsamling af data findes allerede i nogle regioner. På modtagende afdelinger fordrer anbefalingen integration og visning af data gerne i oversigtsløsninger samt adgang til 2-vejs kommunikations. Anbefalingen indebærer en middel kompleksitet betydende et tidsperspektiv for iværksættelse på halvandet til to år.

7.2. Telemedicin internationalt

7.2.1. Anbefaling 15

Det anbefales, at internationalt samarbejde tager udgangspunkt i Europaparlamentets vedtagelse om borgernes adgang til sundhedsydelser på tværs af landegrænser, og at der skabes sikre rammer (juridisk, teknisk, sikkerhedsmæssigt, organisatorisk, afregningsmæssigt) for anvendelse af telemedicinske løsninger på tværs af landegrænser. Endvidere anbefales det, at regioner enkeltvis eller i fællesskab deltager i internationale udviklingsprojekter, særligt under EU-kommissionens rammeprogrammer.

7.2.1.1 Specifikt for anbefalingen

Implementering af telemedicinske løsninger og teknologi på sygehusene bevirker, at det også bliver muligt at samarbejde på tværs af landegrænser. Klinisk vil dette betyde, at det vil være muligt både at gøre brug af andre landes sundhedsydelser via telemedicin og selv udbyde sundhedsydelser via telemedicin. Teknisk bør der tages udgangspunkt i internationale standarder og organisatorisk skal der etableres forretningsmodeller for anvendelse af internationale ressourcer eller udbud af ydelser på et internationalt marked. Komplexiteten i forbindelse med internationalt samarbejde skønnes ikke at være nævneværdig og vil kunne iværksættes indenfor halvandet til to år.

7.3. Telemedicin intra- og interhospital

7.3.1. Anbefaling 16

Det anbefales, at regionerne foretager en systematisk vurdering af, hvorledes det er muligt at driftsoptimere udnyttelsen af specialistkompetencer hospitalerne imellem og på det enkelt hospital ved hjælp af telemedicinske løsninger.

7.3.1.1 Specifikt for anbefalingen

Driftsoptimering af specialistkompetencer kan bidrage til at sikre, at kliniske kompetencer og ressourcer anvendes til den kritisk syge patient og patienter med særlige behov. Der skal anvendes den eksisterende infrastruktur, og anvendelse af velafprøvet udstyr anbefales. Derudover sikres en effektiv adgang til relevante patientdata på tværs af organisationer. Det sidste kræver dog en særlig opmærksomhed, idet der er både tekniske og muligvis juridiske udfordringer som skal adresseres. Organisatorisk skal der etableres klare forretnings- og afregningsmodeller for de enkelte løsninger. Komplexiteten skønnes minimal og anbefalingen kan igangsættes umiddelbart indenfor den enkelte region indenfor et halvt år, mens en tværregional udbredelse kræver pilotprojekter, erfaringsopsamling og standardiserede it-løsninger.

7.3.2. Anbefaling 17

Det anbefales, at anvende og udbrede videokonference med henblik på at sammenbinde og drage synergi af eksisterende og tilstedeværende specialist viden således, at det sikres at mindre sygehusenheder har adgang til specialist viden på højeste lægefaglige niveau.

7.3.2.1 Specifikt for anbefalingen

I takt med den stigende centralisering af specialistkompetencer skal telemedicinske løsninger sikre, at personale på mindre sygehusenheder har en hurtig og effektiv adgang til rådgivning fra højt specialiserede enheder ved behandling og vurdering af vanskelige patientforløb. Telemedicinske løsninger kan fungere som en del af den kliniske kvalitetssikring og -udvikling for de ikke

universitetsbaserede enheder. Som beskrevet under anbefaling 5 skal der ligeledes her anvendes den eksisterende infrastruktur samt anvendelse af velafprøvet udstyr anbefales. Derudover sikres en effektiv adgang til relevant patientdata på tværs af organisationer. Det sidste kræver dog en særlig opmærksomhed, idet der er både tekniske og muligvis juridiske udfordringer som skal adresseres. Komplexiteten skønnes minimal og anbefalingen kan igangsættes indenfor et halvt til et år, dog skal der forinden foretages en systematisk afdækning af, indenfor hvilke specialer telemedicinske løsninger kan sikre en driftsoptimal udnyttelse af specialister på tværs af sygehusniveauer.

7.3.3. Anbefaling 18

Det anbefales, at smalle specialeområder understøttes (f.eks. dermatologi, øjenskader, diabetes fodsår, tand- og kæbeskader, pædiatri, dialyse) intra- og interregionalt med telemedicinske løsninger.

7.3.3.1 Specifikt for anbefalingen

Telemedicinske løsninger kan med fordel anvendes til sammenbinding af små faglige miljøer for at sikre de enkelte specialisters effektive adgang til udviklings og forsknings områder og samtidigt sikre optimal og ensartet patientbehandling fortrinsvis på universitetshospitaler og andre kompetencecentre. Som beskrevet under de to foregående anbefalinger anvendes den eksisterende infrastruktur og anvendelse af velafprøvet udstyr anbefales. Derudover sikres en effektiv adgang til relevante patientdata på tværs af organisationer. Det sidste kræver dog en særlig opmærksomhed, idet der er både tekniske og juridiske udfordringer af betydeligt omfang. Inden igangsættelse vil der være behov for en afdækning af relevante specialområder, specialist kompetencer og eksisterende faglige netværk. Efterfølgende vil der være behov for, at igangsætte en faglig konsensusproces for anvendelse af telemedicin inden for de enkelte specialer. Komplexiteten skønnes derfor at være middel, idet der fordres en fokuseret indsats overfor de enkelte faglige miljøer med organisatorisk og teknisk assistance, dvs. et tidsperspektiv på et til halvandet år.

Anbefalingen vil kun give begrænset økonomisk effekt, men kan have stor betydning for den behandlingsmæssige kvalitet og for den enkelte patient. Hertil kommer, at anbefalingen understøtter specialeplanen.

7.3.4. Anbefaling 19

Det anbefales, at afdelinger har mulighed for at overvåge egne specialepatienter, som ligger på andre afdelinger eller på andre hospitaler via telemonitorering.

7.3.4.1 Specifikt for anbefalingen

Sikring af samarbejde og samordning på tværs af forskellige specialer er helt afgørende for at bedre koordinering i behandlingen af mennesker med flere diagnoser, eller hvor følgerne af sygdommen medfører behov for kontakt til flere specialer. Anbefalingen kræver klare kliniske inklusions og eksklusions kriterier og vil kræve specifikke aftaler mellem deltagende afdelinger. I første omgang vil anbefalingen primært være rettet mod hjerteområdet. Eksisterende teknologi kan anvendes, men der er behov for udvikling af mere robuste løsninger. Der er dog i dag enkelte løsninger i drift, men der vil være behov for opsamling af erfaringer for at kunne iværksætte en udbredelse, som vil kunne være mulig indenfor halvandet til to år.

7.4. Telemedicin mellem hospital og patient hjemme visa versa

7.4.1. Anbefaling 20

Det anbefales, at regionerne indtænker større udbredelse af patientbehandling i eget hjem via telemedicin - virtuelt hospital, virtuelt ambulatorium og virtuel stuegang.

7.4.1.1 Specifikt for anbefalingen

Udlæggelse af patienter, der ikke har specialiserede behov for klinikers fysiske nærhed, erstatter fysisk fremmøde i ambulatorier. Teknisk skal der sikres bredbåndsforbindelse til videokommunikation. Herudover skal der anvendes telemedicinsk måleapparatur, tilegnet specifik sygdom samt diverse relevant apparatur til f. eks. medicingivning og andet medicinsk udstyr. Herudover kræves IT-understøttelse af relevante kliniske data.

7.4.2. Anbefaling 21

Det anbefales, at regionerne etablerer de nødvendige organisatoriske rammer for håndtering af overvågning og monitorering af patienter i eget hjem. Dette gøres gennem afprøvning af telemedicinske kontakt- og monitoreringscentre i hver region med henblik på driftsoptimering på tværs af hospitaler centreret omkring de faglige fællesskaber.

7.4.2.1 Specifikt for anbefalingen

Anbefalingen fordrer samarbejde og virtuelt vagtfællesskab i behandling og pleje af udlagte patienter mellem forskellige hospitaler. Anbefalingen vil betyde øget tilgængelighed af specialistkompetencer mellem hospitaler og hermed øget ressourceudnyttelse samt ensartethed i behandlingen. Teknisk kræves der fælles videokonferencesystemer med mulighed for opkobling af flere aktører, inklusive telefonopkobling. Herudover kræves fælles sundhedsdatagrundlag samt fælles patientprogram. Organisatorisk skal der skabes konsensus omkring de patientgrupper, der kan modtage telemedicinsk behandling samt enighed om stratificering af patientgrupper indenfor store kliniske områder. Der skal ligeledes foretages en afklaring af betalingsmodel mellem hospitaler samt en afklaring af ansvarsforhold. Ydermere skal der være en ensartet screening af patientkompetencer til mestring af telemedicinsk udstyr.

I første fase etableres lokale telemedicinske kontakt- og monitoreringscentre på det enkelte hospital. På sigt i anden fase etableres et fælles regionalt telemedicinske kontakt- og monitoreringscentre og i tredje fase vurderes muligheden for etablering af tværregionale telemedicinske kontakt- og monitoreringscentre. Komplexiteten skønnes at være høj med et tidsperspektiv indenfor tre til fire år.

7.4.3. Anbefaling 22

Det anbefales, at anvendelse af telemedicinske løsninger særligt fokuseres på store grupper af patienter med kroniske lidelser og hyppige hospitalsbesøg: hjertelidelser, palliativ behandling, KOL, diabetes, onkologi mv.

7.4.3.1 Specifikt for anbefalingen

Kan igangsættes indenfor et til halvandet år.

7.4.4. Anbefaling 23

Det anbefales, at telemedicinske løsninger i videst muligt omfang anvendes i forhold til bedre understøttelse af accelererede patientforløb og rehabilitering.

7.4.4.1 Specifikt for anbefalingen

Kan igangsættes indenfor et til halvandet år.

7.5. Psykiatri

7.5.1. Anbefaling 24

Det anbefales, at der nedsættes en særskilt arbejdsgruppe med fokus på anvendelse af telemedicinske løsninger i psykiatrien.

7.5.1.1 Specifikt for anbefalingen

Psykiatriområdet er blandt de bedst dokumenterede områder for positive effekter ved telemedicinske løsninger. Arbejdsgruppen skal sikre en hurtig videreudvikling og implementering af den eksisterende viden, så psykiatriske patienter kan få gavn af telebaserede løsninger. Herudover skal arbejdsgruppen afklare om der er specifikke behov samt hensyn i forbindelse med anvendelse af telemedicin indenfor psykiatrien. Arbejdsgruppen bør nedsættes umiddelbart og gerne indenfor et halvt år.

8. Perspektivering

Opdraget med denne strategi har været at beskrive regionernes udviklingsvej for det telemedicinske område med henblik på udfærdigelse af handlingsplaner, som grundlag for udbredelse af eksisterende løsninger og igangsættelse af nye regionale og tværregionale telemedicinske projekter.

På baggrund af kortlægningen, der er foretaget i forbindelse med dette strategiarbejde, står det klart, at der landet over i samtlige regioner kører mange telemedicinske projekter, som for størstepartens vedkommende foregår i mindre målestok.

Til trods for at teknologierne eksisterer, er det indtrykket, at de anvendes isoleret og uden integration til øvrige it-systemer i sundhedsvæsenet. Hertil kommer, at langt de fleste af løsningerne er udviklet til og tiltænkt ganske specifikke specialeområder. Den isolerede anvendelse betyder, at der ikke er sket en generel udbredelse. For langt de fleste telemedicinske løsninger og/eller projekter gælder, at de ikke er indtænkt i en driftssituation.

Men de mange lokale projekter har dog betydet, at der er høstet rigtig mange erfaringer – både gode og dårlige – som kan danne grundlag og afsæt for det fremadrettede arbejde med at udbrede anvendelsen af telemedicinske løsninger både lokalt i de enkelte regioner og tværregionalt.

Et eksempel på en telemedicinsk ”trædesten”, som vil kunne anvendes for en videre udbredelse af telemedicinske løsninger, er det igangværende videotolkingsprojekt, som efter planen skal dække hele landet. De faciliteter for videokonferencer/videotransmission, der etableres i forbindelse med dette projekt, vil således også kunne anvendes som udgangspunkt for en bredere anvendelse af videokonferencer mv. i andre sundhedsfaglige sammenhænge.

På baggrund heraf er den første anbefaling også, at regionerne i videst muligt omfang bør tage afsæt i eksisterende telemedicinske løsninger. Det er dog væsentligt, at der tages stilling til, hvilke løsninger på samme sygdoms / behandlingsområder man vil videreudvikle på og hvilke systemer der vil være vigtige at konsolidere.

De overordnede generelle anbefalinger (1-11) afspejler nødvendigheden af, at der skal sættes nogle gode rammer for at sikre en effektiv og hurtig udbredelse af telemedicinske løsninger indenfor de mere specifikke indsatsområder, der er nævnt under anbefalingerne (12-24). Det er således væsentligt, at de økonomiske rammer og incitamentet for iværksættelsen af telemedicinske projekter er på plads. Hertil kommer, at der i hver region organisatorisk bør etableres et telemedicinsk centrum med en stærk klinisk og strategisk (administrativ) ledelsesmæssig forankring med henblik på at sikre det fornødne overblik og koordinering af fælles regionale tiltag på det telemedicinske område.

Ud over de konkrete anbefalinger er det et centralt element i strategien, at alle telemedicinske projekter, der etableres i regionerne som følge af strategien, bør forholde sig til en række strategiske principper. De strategiske principper har til formål at tjene som et fremadrettet styringsredskab, der sikrer en struktureret og ensartet måde at vurdere telemedicinske projekter på og som bidrager til, at eliminere de værste faldgruber i forbindelse med implementering af telemedicinske projekter.

Selvom der, som tidligere nævnt, er høstet en del erfaringer fra tidligere telemedicinske projekter, vil der fremadrettet være behov for demonstrationsprojekter i større skala for at opnå erfaring og dokumentation for, hvorledes anvendelse af telemedicin i driftssituationer kan frigøre personaleres-

sourcer, ved at understøtte de organisatoriske muligheder for ændringer i vagtstrukturer, effektivisering af arbejdstilrettelæggelse i det samlede patientforløb, opgaveflytning med opretholdelse af samme kliniske kvalitetsniveau.

I de seneste år er der sket en rivende teknologisk udvikling både i forhold til den telemedicinske teknologi og i den måde og i det omfang ”telemedicinske” teknologier i stadigt større omfang vil blive anvendt.

Telemedicinske løsninger kan levere et væsentligt bidrag til optimering af sygehusdrift. Men herudover vil telemedicin også bidrage til, at patienterne oplever inddragelse og hermed understøtter telemedicin ”patient empowerment, som ligeledes er et RSI fokusområde.

Sluttelig har strategien fokus på optimering af hospitalsdrift og dermed, hvordan telemedicin med fordel kan anvendes indenfor hospitalets ”vægge”. Strategien beskriver således ikke, hvorledes telemedicin kan anvendes på tværs af sektorer. Strategien vil dog være et væsentligt element i en kommende national strategi for telemedicin, som har et tværsektorielt fokus.

9. Bilag

9.1 Organisering

Projektleder:

Judith Lørup Rindum, KoncernIT, Region Hovedstaden

Projektstyregruppe:

Torben Mogensen, vicedirektør, Region Hovedstaden

Michael Andreasen, cheflæge, Region Nordjylland

Peder Jest, Sygehusdirektør, Region Syddanmark

Lars Demant, IT-chef, Region Sjælland

Claus Heikki Thomsen, centerchef, Region Midtjylland

Signe Vind, konsulent, Danske Regioner

Heidi Forberg, chef for Regionernes Sundheds It-organisation

Projektgruppe

Vibeke Kræmmergaard, oversygeplejerske, Region Nordjylland

Jørn Munkhof Møller, ledende overlæge, Region Nordjylland

Niels Ejsskjær, afdelingslæge, Region Midtjylland

Klaus Phanareth, overlæge, Region Hovedstaden (formand)

Peter Juul, oversygeplejerske, Region Hovedstaden

Claus Duedal Pedersen, chefkonsulent, Region Syddanmark

Tove Lehrmann, chefkonsulent, Region Syddanmark

Lisbeth Schrøder, ledende overfysioterapeut, Region Sjælland

Sekretariatsgruppe:

Judith Lørup Rindum, projektleder, KoncernIT, Region Hovedstaden

Anders Kamp Lundbergh, specialkonsulent, Koncern Regional Udvikling, Region Hovedstaden

Jan Lindblom, specialkonsulent, KoncernIT, Region Hovedstaden

Anders Skovbo Christensen, it-arkitekt, KoncernIT, Region Hovedstaden

9.2. Høringsparter

Høringsudkastet har været sendt til alle fem regioners hovedpostkasse med følgende høringsparter:

- Regionsdirektion
- Hospitals-/sygehusdirektioner
- Kvalitetsenhed, herunder patientsikkerhed
- It-afdeling, herunder medikoteknik

Herudover har høringsudkastet været sendt til:

- Sundhedsstyrelsen
- Danske regioner
- Den Nationale Sundheds It-organisation (NSI)
- Kommunernes Landsforening
- MedCom
- Sundhed.dk
- Lægeforeningen
- Dansk Sygeplejeråd
- Danske fysioterapeuter
- Danske patienter
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin
- Dansk Medicinsk Selskab
- Medicoindustrien
- DiiTek
- ITB

9.3. Dokumenthistorik

Version	Dato	Beskrivelse
0.9	29. april 2011	Sendt til RSI sekretariatet
1.0	6. maj 2011	Godkendt i RSI styregruppe

Strategi for IT-understøttelse af Patient Empowerment

For et trygt, sikkert og effektivt sundhedsvæsen



Regionernes
Sundheds-it

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	4
1.1	Sammenfatning og perspektivering	4
1.2	Baggrund	5
2	Vision og definition	6
2.1.1	Patient empowerment i al it	7
3	Strategiske principper	7
3.1	Empowerment gennem deling af viden	8
3.1.1	Sundhedsvæsenet ud til patienten	9
3.1.2	Patienten og dennes netværk som kilde til data	9
3.1.3	Shared decision making	10
3.1.4	Fælles indsatser og best practice i sundhedsvæsenet	10
3.2	Skab en kultur med aktiv deltagelse og involvering	11
3.2.1	Ledelse af patientcentrerede organisationer	11
3.2.2	Patienter og pårørende som ressource	12
3.2.3	Patientuddannelse	12
3.3	Udnyt elektroniske muligheder for kontakt	13
3.3.1	Kontakten til sundhedsvæsenet	13
3.3.2	Sundhedsvæsenets kontakt til patienter	13
3.3.3	Kontakt til pårørende	14
3.4	Præsenter data i kontekst og forløb	15
3.4.1	Datapræsentation under indlæggelse	15
3.5	Understøt platforme og netværk	16
3.6	Afsøg teknologiske muligheder	16
4	Anbefalinger	16
4.1	Værktøjskassen til IT-understøttet Patient Empowerment	16
4.2	Forslag til fællesregionalt projekt: Patientens område	17
4.3	Evaluering og effektmåling af projekter og indsatser	18
4.4	Evaluering af elektronisk tidsbestilling	18
5	Evaluering og effektmåling	18
	Bilag 1: Tendenser i it-indsatser i regionerne, der involverer patient empowerment	20
	Bilag 2: Processen	21
	Bilag 3: Idékatalog fra workshops om it-understøttelse af patient empowerment	22

Indledning

Patient empowerment er et af fire fokusområder for Regionernes Sundheds-it (RSI). Fokusområdet udmøntes i seks pejlemærker, som omhandler både flere konkrete projekter og i en konkret udarbejdelse af en fællesregional strategi for it-understøttelse af området. Strategien sætter fokus på udvikling af muligheder for understøttelse af patientens og pårørendes ressourcer i samarbejde med sundhedsvæsenet.

Strategien for it-understøttelse af patient empowerment er blevet til på baggrund af en vision, der illustrerer, hvad vi har opnået, når vi har it-understøttet patient empowerment:

En tilfreds, tryk og involveret patient i det hele sundhedsvæsen.

Et sundhedsvæsen, der samarbejder med patienter og pårørende og ser dem som aktive og ligeværdige partnere og derigennem opnår effektiv drift med høj sikkerhed og kvalitet.

1.1 Sammenfatning og perspektivering

Den fællesregionale strategi for it-understøttelse af patient empowerment opstiller overordnede principper for det organisatoriske niveau og for det operationelle niveau. Strategien er således rammesættende for at realisere potentialet i patient empowerment for både sundhedsprofessionelle og patienter og pårørende. Strategiens operationelle principper udgør samtidig et grundlag for, at empowerment af patienten tænkes ind i fremtidig planlægning og drift af både it-projekter og andre indsatser.

Det er strategiens hensigt at sætte empowerment af patienten på dagsordenen, så patienter og pårørende bliver aktive medspillere i sundhedsvæsenet, for på den måde både at øge oplevelsen af tryk, sikkerhed og sammenhæng for den enkelte patient og pårørende og at øge sikkerhed og effektivitet i sundhedsvæsenet.

For at sætte strategien i kraft anbefales fire projekter igangsat:

- En værktøjskasse til it-understøttet patient empowerment, der giver konkrete redskaber til at implementere strategiens principper.
- Patientens område. Et større fællesregionalt projekt, der etablerer et rum til dialog mellem patienter, pårørende og sundhedsvæsenet.
- Fælles regionalt projekt med henblik på at identificere parametre til benchmarking og effektmåling af patient empowerment samt at identificere indflydelse og effekt på de sundhedsfaglige ydelser.
- Evaluering, vurdering og sammenligning af forskellige eksisterende projekter og indsatser vedr. elektronisk tidsbestilling med fokus på patient empowerment. Projektet kan eventuelt være med til at danne grundlag for at anviser en fælles retning for elektroniske bookingsystemer.

Strategien lanceres i efteråret 2011 sammen med den fællesregionale strategi for telemedicin ved en fælles lanceringskonference. Projektbeskrivelser indeholdende økonomiske estimater for de anbefalede opfølgingsprojekter foreligger oktober 2011.

Strategien skal evalueres efter et fastsat tidsrum, hvorved det vurderes, om strategien har fået den ønskede indflydelse på igangværende og planlagte projekter og indsatser. Det må ligeledes vurderes, om strategien har haft indflydelse på, hvorvidt patienter i større omfang involveres og oplever sig som aktive partnere i sundhedsvæsenet.

En indsats for at undersøge positive og negative effekter af indsatser for at styrke patient empowerment bør iværksættes ud over det ovennævnte evalueringsprojekt. Et forslag kunne være at skabe et fællesregionalt videncenter for patient empowerment, som vil kunne samle viden på området samt medvirke til afgrænsning og operationalisering af begrebet.

1.2 Baggrund

Regionerne etablerede i februar måned 2010 samarbejdsforummet Regionernes Sundheds-it (RSI). RSI organiseres med en styregruppe sammensat af direktionscheferne og it-cheferne for de fem regioner samt Danske Regioners direktion for at styrke det fælles, forpligtende samarbejde i regionerne og mellem regionerne om sundheds-it i det danske sygehus- og sundhedsvæsen.

En af RSI's første opgaver, har været at formulere pejlemærker for de næste års indsatser. Pejlemærkerne er inddelt i fire fokusområder:

- Den kliniske it-arbejdsplads,
- Optimering af sygehusdrift,
- Sammenhæng og samarbejde,
- Patient empowerment.

Grundlaget for formuleringen af pejlemærkerne sker i en forståelse af, at sundheds-it ikke bør ses isoleret, som et klassisk it-projekt, men bredere som et sundhedsprojekt. It ses på den måde som et middel til at styrke effektivitet og sammenhænge i sundhedsvæsenet, som en integreret del af arbejdsgange og patientforløb. Udgangspunktet er, at sundheds-it ikke kun handler om teknik, men nok så meget om organisering og arbejdsprocesser

Pejlemærkerne skal udstikke kursen for regionernes indsats på flere niveauer:

De enkelte regioner skal hver især realisere ambitiøse målsætninger i egen region, understøttet af fælles anskaffelser eller fælles projekter i regi af RSI.

Regionerne skal i fællesskab gennemføre en række initiativer, som går på tværs af regionerne, samt i fællesskab medvirke til at understøtte den tværsektorielle kommunikation, – fx pejlemærker vedr. at stille fælles datakilder til rådighed for sundhedsvæsnets øvrige parter og borgerne, samt udbredelse af MedCom standarder i regionernes hospitaler.

RSI har formuleret 6 pejlemærker for patient empowerment:

- Regionerne stiller nu e-Journalen til rådighed for borgerne. Sundhedsjournalen vil ligeledes blive stillet til rådighed for borgerne, når denne er færdigudviklet
- Alle regioner vil sende relevante indkaldelsesbreve og øvrige breve til patientens digitale dokumentboks inden udgangen af 2012.
- Alle regionerne vil sende SMS-påmindelser til patienterne forud for planlagte aftaler med sygehusene inden udgangen af 2012.
- Regionerne vil gennemføre et projekt i stor skala vedr. it-understøttelse af en udvalgt gruppe af kroniske syge inden udgangen af 2011.
- Regionerne vil i en Patienthåndbog på sundhed.dk i løbet af 2011 stille 2.500 dansksprogede og evidensbaserede artikler om sundhed, sygdom og behandling til rådighed for borgere og patienter.
- De 5 regioner vil i foråret 2011 udarbejde en fælles strategi for it-understøttelse af patient empowerment med fokus på fælles indsatser.¹

2 Vision og definition

Patient empowerment er et rummeligt begreb, der kan tillægges mange betydninger.

Direkte oversat betyder empowerment at bemyndige eller sætte i stand til. Begrebet sætter fokus på processer, hvor igennem mennesker forbedrer deres evne til at skabe, overskue, kontrollere og håndtere deres ressourcer. Vellykkede empowermentprocesser er gensidigt forstærkende over tid (John Andersen: Empowerment og socialt arbejde, I: Socialpolitik, 2004)

En måde at gribe begrebet definatorisk an på er at opstille en vision, som viser, hvad vi har, når vi har it-understøttet patient empowerment:

En tilfreds, tryk og involveret patient i det hele sundhedsvæsen.

Et sundhedsvæsen, der samarbejder med patienter og pårørende og ser dem som aktive og ligeværdige partnere og derigennem opnår effektiv drift med høj sikkerhed og kvalitet.

Denne vision og definition identificerer en vigtig pointe i begrebet – it-understøttelse af patient empowerment handler ikke alene om, at sundhedsvæsenet gør noget for patienternes skyld. At patienter er en aktiv og ligeværdig part, gør en effektiv drift med høj kvalitet og høj sikkerhed mulig.

¹ For yderligere information henvises til "Pejlemærker for Sundheds-it 2010:

<http://www.regioner.dk/Sundhed/Sundheds->

[it/RSI/~media/Filer/IT%20og%20Kvalitet/Pejlemærker%20for%20sundheds%20it.ashx](http://www.regioner.dk/Sundhed/Sundheds-it/RSI/~media/Filer/IT%20og%20Kvalitet/Pejlemærker%20for%20sundheds%20it.ashx)

Udgangspunktet for den fællesregionale strategi er et fokus på regionernes indsats for at it-understøtte den enkelte patients muligheder for at være en ligeværdig og aktiv part i eget forløb. Den helt overordnede og langsigtede vision er en sammenhængende indsats på tværs af eksisterende sektorer. Strategien er i første omgang et fællesregionalt pejlemærke under Regionernes Sundheds-It, men for patienter hænger forløb mellem sektorerne i region, kommune og praksis sammen. Dette arbejde må derfor følges op således, at strategien får sammenhæng og overensstemmelse med Nationalt Sundheds-It og strategier for den kommunale sektor og praksissektoren. Det er en væsentlig pointe, at strategien ud over et tværregionalt sigte også bør have en tværsektoriel forankring, ligesom der fremadrettet må være opmærksomhed på Nationalt Sundheds-It's tværsektorielle strategi for telemedicin med udgangen af 2011.

Benyttes sundhed.dk's platform og organisation til etableringen af borgervendte tiltag, vil den tværsektorielle inddragelse kunne ske lettere qua sundhed.dk-organisationens forankring i staten, regionerne og kommunerne samt dens langvarige samarbejde med praksissektoren. Sundhed.dk vil derfor være et naturligt omdrejningspunkt for den fællesregionale strategi for it-understøttelse af patient empowerment.

Patienter, brugere og borgere vil i denne strategi betegnes patienter.

2.1.1 Patient empowerment i al it

Patient empowerment er ikke et begreb, der lever for sig selv. På samme vis, som principper for fx brugervenlighed finder anvendelse i al it, bør også patient empowerment være en integreret del, der indtænkes i it-indsatser.

Anskuer man landskabet af sundheds-it, kan patientens perspektiv gøres gældende i alt fra administrative bookingssystemer til elektroniske journaler, operationsplanlægning, diagnostiske- og medicineringssystemer.

På engelsk bruges begrebet *pervasive* (gennemgribende, allestedsnærværende) tiltagende om vores sundheds-it løsninger. Det er i det lys, at den fællesregionale strategi skal ses.

3 Strategiske principper

Den fællesregionale strategi for it-understøttet patient empowerment manifesterer sig i to strategiske principper på organisatorisk niveau:

- Empowerment gennem deling af viden,
- Skab en kultur med aktiv involvering og ligeværdighed.

Og fire strategiske principper på operationelt plan:

- Udnyt elektroniske muligheder for kontakt,
- Præsenter data og forløb i kontekst,
- Understøt platforme og netværk,
- Afsøg teknologiske muligheder.

De fire operationelle principper tjener til inddragelse i planlægning og udførelse af it-projekter og andre tiltag. De to organisatoriske principper viser de rammer, der gør, at potentialet i patient empowerment kan realiseres for sundhedsvæsenet og patienterne.

Alle strategiske principper kan anvendes til at indtænke patient empowerment, når øvrige sundheds-it projekter eller tiltag iværksættes.

3.1 Empowerment gennem deling af viden

Deling af viden mellem sundhedsprofessionelle og patienten og pårørende er en vigtig faktor for patientens empowerment.

- Når adgang til sundhedsdata og sundhedsinformationer er let, øges patientens og pårørendes muligheder for at blive mere vidende om sygdom og behandling.
- Når sundhedsprofessionelle bruger patientens og pårørendes viden og erfaringer, øges patientens empowerment, fordi patienten bliver hørt og taget seriøst.
- Når patientens og pårørendes viden og observationer indgår som et vigtigt parameter, bliver behandlingen mere sikker.

Adgang til sundheds-data gøres mere fleksibel med udbygningen af e-journal og Sundhedsjournalen, som beskrevet i pejlemærke nummer et i fokusområdet for patient empowerment. Dette skal ikke erstatte dataoverførsel til de professionelle it-systemer.

Når viden skal deles systematisk og sikkert, må der tages højde for en række grundlæggende principper:

- Data udfyldes eller indgår i en journal, der er fælles med den, de sundhedsprofessionelle anvender.
- Kilden til data skal klart fremgå.
- Der skal være mulighed for it-baseret dialog mellem patienten og de sundhedsprofessionelle.
- Anvendelse af it-værktøjer skal kunne tilpasses efter patientens særlige situation og forudsætninger og skal generelt udvikles med nem og brugervenlig brugergrænseflade, således at de kan understøtte en dialogbaseret behandling.

Patienter er ikke en homogen gruppe, og enhver indsats må have opmærksomhed på forskellighed i:

- Behov,
- Evner (fysik, mentalt, sprogligt, kulturelt),
- Eventuelle handicap,
- Viden og forudsætninger,
- Socialt netværk,
- Adgang til viden.

Det er patienten, der skal give tilsagn om, hvem der kan få adgang til data blandt pårørende, medpatienter eller patientnetværk, og det vil være hensigtsmæssigt at afklare udfordringerne om forældres adgang til ikke myndige børns data og ikke myndige børns adgang til egne data. Erfaringer samt juridiske muligheder og begrænsninger fra SKAT's løsninger med at give andre adgang til egne data bør inddrages.

Sundhed.dk vil med sin sikkerhedsinfrastruktur, adgang til sundhedsdata og øvrige løsninger, være et oplagt sted for patientens inddateringer, der dog bør opsamles i de konkrete journaler. Det kliniske personale skal have nem og effektiv adgang til de oplysninger, der er nødvendige for den rigtige behandling.

3.1.1 Sundhedsvæsenet ud til patienten

Ved hjælp af telemedicinske indsatser kan flere funktioner tilbydes i patientens hjem, frem for på hospitalet. Herved vil man kunne opnå, at:

- Mange patienter vil føle sig trygge i kendte omgivelser og ved muligheden for direkte adgang til hjælpefunktioner.
- Patienter vil kunne spares for transport og ventetider i forbindelse med direkte hospitalskontakt .
- Flere patienter vil opsøge og udveksle viden med en let adgang i eget hjem.
- Sundhedsvæsenet vil spare ressourcer, når patienten forbliver i eget hjem.

Et vigtigt princip ved iværksættelse af telemedicinske indsatser i patientens eget hjem er opmærksomheden på empowerment. De telemedicinske muligheder skal understøtte patientens muligheder for at skabe, overskue, kontrollere og håndtere sine egne ressourcer.

3.1.2 Patienten og dennes netværk som kilde til data

Patienter, pårørende og netværket omkring patienter kan bidrage med væsentlig information og viden om patientens tilstand eller forløb. Dette princip kan formes som ”patientens online bog”, hvor patienten har mulighed for at notere data, blogge og vælge hvem, der skal have adgang, samt i hvilke sammenhænge data skal indgå. Patientens konkrete tilføjelser kan f.eks. indgå i journalen som en slags post-it funktion, hvor der også er mulighed for at supplere med egne kommentarer på oplysninger i journalen.

I forbindelse med elektive indlæggelser kan patienten og dennes netværk forhåndsbidrage med patientoplysninger direkte ind i den fælles journal. Dette vil fremme udnyttelsen af al tilgængelig viden samt øge effektiviteten i sundhedsvæsenet.

Er der behov for supplerende informationer i en kontakt eller et forløb, kan dette forespørges elektronisk, så patienten eller dennes netværk kan udfylde det i journalen.

Automatiseret sproglig analyse samt online sprogværktøjer kan yderligere bidrage til at guide patient og sundhedsprofessionelle i patientens kontakt eller forløb. Det er en ledelsesmæssig opgave i sundhedsvæsenet at sikre en organisering og kapacitet, så patienters og pårørendes oplysninger anvendes.

Teknisk vil dette med fordel kunne funderes hos sundhed.dk. Det vil give en stor sikkerhedsmæssig fordel, og det vil skabe én samlet indgang for patienten og de pårørende.

3.1.3 Shared decision making

En risiko ved den øgede tilgang til viden på internettet er, at den ressourcestærke patient, som er aktivt opsøgende, oversvømmes af viden af forskellig karakter og lødighed. Shared decision making kan være en støtte for disse patienter, til at sortere i informationerne og opnå en mere balanceret og nuanceret forståelse af behov og muligheder for behandling.

Shared decision making er en tilgang, hvor patienter og sundhedsprofessionelle er i dialog om kliniske beslutninger. Den sundhedsprofessionelle kommunikerer informationer om muligheder, resultater, prognoser, risici og videnskabelig usikkerhed ved tilgængelige behandlingstilbud tilpasset patientens personlige situation og sammenhænge. Patienten kommunikerer sine værdier, ønsker og den betydning, han tillægger fordele og ulemper ved en mulig behandlingsstrategi. Dialogen skal være funderet i den bedste kliniske evidens, som den sundhedsprofessionelle deler med patienten og sammen med patienten forholder sig til dennes aktuelle situation og viden og erfaring. Shared decision making bygger på fire principper:

- Der skal være mindst to involverede parter, patienten og den sundhedsprofessionelle.
- Begge parter deler informationer og oplysninger.
- Begge parter søger konsensus om den foretrukne behandling.
- Der skal opnås enighed om en strategi for behandling.

Shared decision making er en måde at opnå et optimalt forløb for en patient, hvor behandlingen ikke er umiddelbart indlysende, eller hvor der kan være flere muligheder. Det er også en måde at sikre, at enhver behandlingsstrategi tilpasses den enkelte patient. Systematisk arbejde med shared decision making kan medvirke til fremme af en kultur med aktiv deltagelse og involvering i et organisatorisk perspektiv.

3.1.4 Fælles indsats og best practice i sundhedsvæsenet

En vigtig del af en strategi for it-understøttelse af patient empowerment er at understøtte fælles indsatsområder, således at indsats afprøves og iværksættes på tværs af regioner i stil med projektet i RSI pejlemærke 4 for patient empowerment, som forpligter regionerne til at gennemføre et projekt i stor skala vedr. it-understøttelse af en udvalgt gruppe af kroniske syge inden udgangen af 2011. Målet er at afprøve, vurdere og evaluere klinisk anvendelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i større skala i et antal

behandlingsforløb i to regioner på fire hospitaler indenfor udvalgte sygdomsområder. Projektet skal understøtte behandlingsforløb på tværs af sektorer i henhold til personlige forløbsprogrammer. Det skal understøtte patientens aktive deltagelse i forberedelse og planlægning af samt opfølgning på eget behandlingsforløb. Endelig skal projektet vurdere den kliniske sikkerhed ved at anvende patient-målte data til monitorering og justering af behandling i hjemmet.

Fællesregionale indsatser vil understøtte patienters oplevelse af ensartethed i behandlingstilbud og i sundhedsvæsenet generelt.

Inden en indsats eller et projekt iværksættes i en region, inddrages viden og erfaringer fra de øvrige regioner, således at best practice altid bliver grundlaget for videreudvikling. En arbejdsgruppe i regi af RSI adresserer dette.

3.2 Skab en kultur med aktiv deltagelse og involvering

Kultur drejer sig om menneskers interaktion med hinanden. En kultur med aktiv deltagelse og involvering i denne forbindelse drejer sig om patienters, pårørendes og sundhedsprofessionelles interaktion med hinanden. Sygdom og behandling er ikke fast forankrede begreber men tillægges forskellig værdi og opfattelse afhængigt af den sammenhæng, det indgår i. Patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle vil bidrage med forskellige kulturelle opfattelser, som farver perspektiverne på konkrete sygdomme og behandlingsforløb. Der vil altid være grundlæggende forskelle på opfattelser af et givent sygdomsforløb, om man er involveret i et sygdomsforløb som patient, pårørende eller behandler. Derfor må kulturskabelse og kulturændringer adresseres til både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle.

Opgaven omkring udvikling af en patientorienteret organisationskultur er centreret omkring kommunikation, kommunikationsformer og forventningsafstemning mellem patient og sundhedsvæsen, og mellem sundhedsprofessionelle ledere og medarbejdere.

3.2.1 Ledelse af patientcentrerede organisationer

Opgaven med at udvikle en patientorienteret organisationskultur ligger hos ledelse på alle niveauer. Aktiv involvering og patientsamarbejde forudsætter en sundhedsfaglig ledelse, der sætter fokus på ændringer og på patienter og pårørende som en ressource. Ledelsen skal omsætte strategier og visioner, så de kan skabe rammerne for den patientorienterede organisation, på en måde så kommunikation hele tiden er i fokus og til debat.

Ambitionen for ledelse må således være, at medarbejdere på alle niveauer er motiverede for opgaverne i forbindelse med it-understøttet patient empowerment og engagerede i de konkrete tiltag. Der må iværksættes målrettet kompetenceudvikling for involverede medarbejdere. Arbejdet med it-understøttet patient empowerment vil sandsynligvis kræve en omlægning

eller forøgelse af personaleresressourcer, og det kan være, at den enkelte ledelse må være parat til organisatoriske ændringer.

3.2.2 Patienter og pårørende som ressource

Både patienter og sundhedsprofessionelle må opfatte viden og information som begreber med ligeværdighed, hvad enten de stammer fra sundhedsvæsenet eller fra patienter og pårørende. Det forudsætter en opfattelse af patienter som aktive partnere ud fra den enkelte patients muligheder og forudsætninger. Det fordrer omstillingsparathed hos patienter, pårørende og fagprofessionelle til at tage og afgive ansvar. Endelig fordrer det en understregning af, at det sundhedsfaglige ansvar ligger hos de sundhedsprofessionelle.

En metode til at arbejde med patienter og pårørende som vigtige ressourcer er systematiserede feed back møder. Patienter, pårørende og sundhedsfagligt personale mødes under en struktureret form, hvor patient- og pårørendeoplevelser er i fokus. Viden fra feed back mødet samles og anvendes systematisk af de involverede afdelinger til forbedringer af kommunikation og arbejdsprocesser.

3.2.3 Patientuddannelse

Et vigtigt princip er at styrke empowerment tanken hos patienter og pårørende.

Aktiv deltagelse og inddragelse forudsætter en tryk og velorienteret patient. Det kræver derfor en grundig oplæring og instruktion af patienten og eventuelle pårørende ved en fagperson med indblik i patientens muligheder og forudsætninger. Undervisning må omfatte både den tilgrundliggende tilstand og de elektroniske hjælpemidler.

Et middel kan være at benytte kendte platforme som sundhed.dk til præsentation af storytelling og patientcases. Her kan de gode historier fortælles med fokus på aktiv deltagelse og ansvar, og der kan skabes et overblik for patienten over hvilke redskaber, der er mulighed for at anvende.

Grundtanken er, at patienter, der er uddannede i deres egen sygdom eller tilstand, har bedre muligheder for at være aktivt involverede og medvirke til at skabe et sikkert og sammenhængende forløb.

Patientuddannelser kan med E-learning programmer i visse tilfælde understøtte og forøge viden om behandlingsområder i sundhedsvæsenet. Ved it-understøttede patientuddannelsesprogrammer bør sprogværktøjer med mulighed for oversættelse til forskellige sprog inddrages, ligesom der må tages højde for ikke-læsende og handicappede patienter. Der kan indsættes links, så patienten kan søge yderligere information.

En vigtig pointe i en øget tilgang til viden og informationer er, at selv ressourcestærke patienter har brug for støtte til at sortere i informationerne. Internettet giver adgang til mange og hurtige informationer, som vil være af stærkt svingende karakter.

3.3 Udnyt elektroniske muligheder for kontakt

Der er en lang række former for elektronisk kontakt, som kan medvirke til at flytte patienter fra at være passive modtagere af breve eller ventende i en telefonkø til at være aktivt involverede i deres udredning, behandling og opfølgning. Det er vigtigt at understrege, at det altid vil være det sundhedsprofessionelle personales ansvar, at patienten modtager den nødvendige information. De elektroniske muligheder er et tilbud til patienten.

Sundhed.dk/sundhedsdatanettet vil ud fra sikkerhedsmæssige og logistiske overvejelser være et oplagt elektronisk knudepunkt i al kommunikation mellem patient og sundhedssystemet, såvel til primærsektoren, som til sekundærsektoren. Den aktuelle strategi bør følges op af etablering af fællesregionale retningslinjer for, ad hvilke kanaler kommunikation med patienter skal foregå.

3.3.1 Kontakten til sundhedsvæsenet

Kontakten til sundhedsvæsenet kan være på e-mail via patient- eller sundhedsportaler. Der bør være én indgang for patienten, som naturligt kunne være sundhed.dk, og brugerfladen bør være så enkel som muligt. Når en henvendelse modtages elektronisk, placeres den i et relevant it-system i sundhedsvæsenet, så patienten og emnet holdes i den sammenhæng, det indgår i. Skriver patienten om en operationstid, vil henvendelsen fx kunne placeres i operations-bookingsprogrammet.

Kontakten til sundhedsvæsenet kan også inddrage nyere medier som video, chat eller sms.

Det er en væsentlig del af princippet, at rette modtagere adviseres og, at systemet sikrer, via en kvitteringsfunktion, at henvendelser ikke overses.

Henvendelser arkiveres altid, hvor patienten kan se dem, fx på sundhed.dk. Det tilstræbes, at patienten i oversigten over henvendelser desuden kan se svar og følge processen for svar – hvor er min henvendelse netop nu, og hvornår kan jeg forvente et svar? Det bør selvfølgelig altid overvejes, om svar skal være tilgængelige uden forudgående lægesamtale.

3.3.2 Sundhedsvæsenets kontakt til patienter

Sundhedsvæsenets kontakt til patienter kan efter patienternes valg i langt højere grad baseres på elektronisk kommunikation. Igen giver det muligheden for at bevare konteksten – fx kan alle sms-beskeder med prøvesvar samles på sundhed.dk eller en tilknyttet patientportal under fanebladet ”prøvesvar”.

Sms-tjenester kan i vid udstrækning benyttes både som tryghedsskabende indsatser for patienter og pårørende, og som arbejdsbesparende indsatser for hospitalerne. Ved erindrings-sms'er husker patienter f.eks. aftaler med hospitalet, og man undgår udeblivelser fra ambulatorier og behandlinger. Mobiltelefoni kan endvidere udnyttes til videndeling og orienteringer i

brede netværk. Mobiltelefoni egner sig til dialogværktøjer mellem sundhedsfaglige og patienter/pårørende.

Sms-tjenester kan omfatte:

- Aftaler,
- Standardiserede beskeder,
- Kontakt til kontaktpersoner,
- Mobilapplikationer,
- Sprogværktøjer,
- Gruppemes til patient, pårørende, hjemmepleje osv,
- Mms funktion – sende billeder.

En elektronisk henvendelse fra sundhedsvæsenet har altid en henvisning til, hvem eller hvor patienten kan søge uddybning eller få svar på spørgsmål.

Lovkravet om tildeling af kontaktperson kan udvides til at inddrage virtuelle forløbskoordinatorer, som et fælles kontaktpunkt til hospitalet eller sundhedsvæsenet i mere generel forstand.

Ved kommunikation i bredere forstand til patientgrupper bør anvendelse af sociale medier overvejes.

3.3.3 Kontakt til pårørende

It-understøttelse af pårørendes kommunikation med sundhedsvæsenet kan være et væsentligt element for patienten, og det kan have betydning for alle parter oplevelse af sundhedsvæsenet. Det er et element i princippet, at de pårørende også uden for hospitalet kan have mulighed for at følge med i, hvad der sker for patienten. I dag foregår orienteringen typisk ved, at patienten via telefonsamtaler, mail eller mundtligt skal referere, hvad der skete i dag, og hvad der skal ske i morgen. Hvis patienten ellers kan huske det hele. Måske er patientens plan også ændret undervejs, så planen er en helt anden, end den patienten fortalte familien i går aftes.

Ved at udnytte de teknologiske kommunikationsmuligheder vil pårørende f.eks. kunne følge stuegangen via webcam og f.eks. bidrage med information til sundhedspersonalet.

Det er altid patienten selv, der afgør graden af pårørendes adgang. Der synes at være en del juridiske problemstillinger i ønsket om at inddrage de pårørende mere i den daglige klinik, der bør afklares nærmere i forhold til de tekniske løsninger. Det kan dreje sig om patienter, som ikke er i stand til at give samtykke, forældre til mindreårige samt mindreåriges adgang til egne data.

3.4 Præsenter data i kontekst og forløb

Den brede adgang og den større datamængde fordrer, at data præsenteres i relevant kontekst. Hvor er jeg i mit forløb? Hvor er min pårørende i sit forløb? – en slags sundhedsvæsenets svar på pakkepostens *track & trace*.

Princippet om at præsentere data i kontekst og i det forløb, patienten gennemgår, gør det i langt højere grad muligt for patienten at indtage en aktiv rolle i koordinationen af sit forløb.

Som eksempel på princippet kan et patientforløb f.eks. præsenteres virtuelt, så patienten får mulighed for at navigere i de ressourcer, der er relevante netop nu:

- ekspertviden på mit sygdomsområde,
- forskningsresultater,
- international best practices,
- second opinion.

Når data samles i kontekst og forløb, åbner princippet mulighed for, at automatiske procesadvarselsflag kan blive hejst. Fx hvis en kontroltid ikke benyttes, hvis et prøvesvar er patologisk eller hvis patientens egne data giver tegn til øget udredningsbehov. Et advarselsflag har en indbygget handlemulighed, ofte som kontakt til sundhedsvæsenet. I en elektronisk kontakt på baggrund af et advarselsflag medsendes alle relevante data og observationer.

Når data-adgang og datamængde således vil udvides betragteligt, må fokus på datasikkerhed forstærkes. Sundhed.dk/sundhedsdatanettet bør derfor være det naturlige elektroniske knudepunkt i al kommunikation mellem patient og sundhedssystemet, såvel til primærsektoren, som til sekundærsektoren.

3.4.1 Datapresentation under indlæggelse

Princippet åbner mulighed for at præsentere data for patienten og de pårørende under indlæggelse. Dette fordrer en prospektiv samkøring med sundhed.dk, således at patienten ikke blot har adgang til journalnotater fra tidligere indlæggelser.

Patienten vil have mulighed for at påpege evt. misforståelser eller fejl og dermed sikre en øget dialog mellem patienten og personalet. Patienter kan således kvalificere journalen, genlæse information og indtaste relevante oplysninger, såsom væskeindtag, plejemæssige tiltag mv.

Den indlagte patient kan f.eks. følge med i sit forløb på sengens monitor: hvilke prøver skal tages i dag, hvad var svarene på dem i går, hvornår er næste stuegang planlagt til, er der ventetid for kontakt til sygeplejersken? Det bør selvfølgelig overvejes, hvorvidt tilgængelige prøvesvar skal forudgås af en lægesamtale.

Det intelligente udstyr kan følge patienten hjem og her give mulighed for at samle data, billeder, prøver og gøre patienten relativt uafhængig af behandlingstid og -sted.

3.5 Understøt platforme og netværk

Der eksisterer flere nationale og regionale portaler, platforme og netværk for patienter og deres pårørende.

Når sundheds-it projekter igangsættes, eller de nuværende løsninger udvides, skal integration til relevante platforme og netværk inddrages. I kommunikationen bør der anvendes åbne standarder med MedCom som grundstenen. Kliniske data bør kunne sendes og modtages uafhængigt af styresystemerne, og sikkerhedsniveauet bør være af mindst samme klasse, som under sundhed.dk. Sundhed.dk kan derfor være den naturligt samlende platform.

3.6 Afsøg teknologiske muligheder

Moderne og velkendt teknologi giver en lang række muligheder for patient empowerment.

Princippet opfordrer til at afsøge tilgængelige teknologiske muligheder, der kan virkeliggøre de øvrige principper for it-understøttet patient empowerment.

Oftentimes er andre servicebrancher en kilde til inspiration: hvordan håndteres kommunikation og medbestemmelse i flybranchen (fx online check-in, sms ved forsinkelser og eget valg af sæde), internettet (annoncer vises på baggrund af dine søgninger), banker (overfør penge direkte fra din smartphone), eBoks (samlet arkiv af breve, regninger m.v.).

4 anbefalinger

Strategiens principper understøttes i en anbefaling om igangsættelse af fire fællesregionale projekter.

Ud over de nævnte projekter bør en indsats for at undersøge positive og negative effekter iværksættes. En ramme kunne være etablering af et fællesregionalt videncenter i regi af Danske Regioner.

4.1 Værktøjskassen til IT-understøttet Patient Empowerment

Det anbefales, at der i regi af RSI udvikles en værktøjskasse for understøttelse af patient empowerment i IT-projekter og andre tiltag. Værktøjskassen operationaliserer strategiens principper i konkret og direkte brugbar form.

Værktøjskassen gør det nemt at gøre det rigtige, når patient empowerment skal inkluderes. Indholdet foreslås nærmere defineret, som en del af udviklingsprojektet, men kan fx være:

- En checkliste med muligheder og krav til patient empowerment i regionale IT-løsninger,
- Forslag til behovsanalyse af, hvilke elementer indenfor patient empowerment, den givne projekt kommer til at berøre,
- Skitse til effektmåling og evaluering af de tiltag til patient empowerment, som projektet kommer til at indeholde,
- Konkret inspiration og best practices til typiske problemstillinger,
- Litteratur og referencer til videre research.

Det anbefales, at værktøjskassen udvikles webbaseret med en grafisk identitet, der tydeligt præsenterer de enkelte redskaber og deres sammenhæng.

4.2 Forslag til fællesregionalt projekt: Patientens område

Strategien om it-understøttet patient empowerment vil overvejende udmøntes i regionernes øvrige it-projekter og tiltag.

Det vurderes dog, at enkelte af strategiens principper ikke naturligt vil blive løftet i andet regi.

Derfor anbefales det, at igangsætte et større fællesregionalt projekt med afsæt i strategien.

Projektets fokus skal være at etablere et rum til dialog mellem sundhedsvæsenet og patienter og pårørende.

På samme vis, som sundhed.dk via de øvrige RSI pejlemærker, stiller regionernes data til rådighed for patienterne, anbefales der etableret et struktureret sted, hvor patienter og pårørende kan oprette, arkivere og dele information:

- Arkiv over af elektroniske henvendelser til og fra sundhedsvæsenet: e-mails, sms-beskeder, chats, videosamtaler,
- Patientens oplysninger og svar på fx indlæggelsesspørgeskemaer,
- Dagbog over symptomer, behandlingseffekt m.v.,
- Video, foto eller lydoptagelser fra patienten.

Dette *patientens område* anbefales integreret til øvrig sundheds-it, hvorfor løsningen fordrer en fælles datamodel og -struktur. Løsningen vil derfor naturligt ligge i regi af et RSI projekt, og sundhed.dk bør være det elektroniske knudepunkt.

Projektet vil inddrage, udmønte og skabe fundament for en lang række af strategiens principper.

4.3 Evaluering og effektmåling af projekter og indsatser

Igangsættelse af nye indsatser skal indeholde en plan og strategi for evaluering og måling på de parametre, man ønsker at opnå forbedringer for. Det er imidlertid ikke enkelt at måle en effekt af patient empowerment.

I forlængelse af den fællesregionale strategi for it-understøttelse af patient empowerment, anbefales et projekt med formålet, at identificere parametre og metode til evaluering af en indsats effekt på patientens empowerment.

Samme projekt anbefales at identificere parametre til benchmarking og effektmåling på de sundhedsfaglige ydelser. Hvordan virker det på patientforløb/behandlingskvalitet/organisation/tilfredshed, at patienten er empowered?

Resultaterne fra projektet udmøntes i udarbejdelse af fællesregionale pejlemærker med retningsgivende mål for de kommende år. Desuden udmøntes resultaterne i en vejledning til evaluering og effektmåling, som skal indgå i den anbefalede værktøjskasse.

Projektet bør udvikle en projektbeskrivelse til en kvalitativ undersøgelse af patienters oplevelser med brug af nye muligheder for at afdække mulige positive og negative effekter.

Det skal sikres, at de løsninger, der implementeres og afprøves, bidrager til serviceforbedringer for borgeren, fremmer patientens egenomsorg og påvirker patientens livskvalitet, kommunikation med sundhedsprofessionelle og patientens adfærd positivt. Den viden, der skabes, kan løbende bidrage med ny viden til justering af teknologierne og medvirke til videreudvikling.

4.4 Evaluering af elektronisk tidsbestilling

Elektronisk tidsbestilling sætter borgeren/patienten i stand i højere grad at have indflydelse på sine aftaler uden at bruge unødigt tid på at vente i telefonkø. Der er i alle regioner iværksat projekter og indsatser lokalt på forskellige afdelinger og hospitaler. Evaluering, vurdering og sammenligning af forskellige eksisterende projekter og indsatser vedr. elektronisk tidsbestilling med fokus på patient empowerment, kan være med til at danne grundlag for at anvise en fælles retning for elektroniske bookingsystemer. Evalueringen bør medtænke det fællesregionale samarbejde vedr. udbud på bookingsystem til sygehusene.

5 Evaluering og effektmåling

Der efterspørges evidens for, hvilke indsatser og typer af information og viden, der kan skabe empowerment for patienten. Der savnes ligeledes evidens for, at større patientuddannelsesprogrammer skaber mere empowerment, end den individuelle behandlerkontakt.

En mulig metode til vurdering af den enkelte patients grad af empowerment kunne inddrage Sherry Arnstein: A Ladder of Citizen Participation (Journal of the American Planning Association, Vol 35, No 4, July 1969, pp 216-224). Metoden

stammer fra borgerinvolvering i amerikansk byplanlægning, men den har tjent som inspiration i andre sammenhænge, f.eks. empowerment metoder på det sociale område.

Den fællesregionale strategi for it-understøttelse af patient empowerment bør evalueres efter en fastsat periode. Perioden skal være lang nok til at få virkning for kommende it-projekter og -indsatser. Strategien bør da evalueres, vurderes og tilpasses. Der bør, allerede ved strategiens lancering i efteråret 2011, lægges en strategi for evaluering.

For at skabe den bedst mulige evidens på området og for at undersøge positive og negative effekter af indsatser til understøttelse af patient empowerment, kan det overvejes at etablere et fællesregionalt videntcenter for patient empowerment.

Strategiens samlede succes med patientens perspektiv vil afhænge af det tværsektorielle samarbejde, herunder samarbejdet med kommunerne og praktiserende læger, der udfører en stor opgave i forbindelse med patient empowerment. Kommunernes Landsforening og Praksissektoren bør inddrages i en fremtidig dialog om en tværsektoriel strategi for it-understøttelse af patient empowerment.

Bilag 1: Tendenser i it-indsatser i regionerne, der involverer patient empowerment

Der er en mangfoldighed af projekter og indsatser i drift og på tegnebrættet i de fem regioner. En stor del af projekterne sigter mod bedre kommunikation og sammenhæng mellem sundheds-professionelle og på tværs af sektorer. Videokonferencer kan også medvirke til, at patienter kan modtage komplekse behandlinger i deres nærmiljø under supervision af specialafdelinger. Eksempler på sådanne indsatser er:

- Videokonference mellem Skadeklinik og Horsens Hospital,
- Onkologisk behandling. Standardiserede behandlinger foretages i Herning med specialisten lokaliseret i Århus, som via telemedicinske løsninger sørger for behandlingen. Således kan speciallægerne være samlet i Århus,
- Pædiatri: Børnelæger i Randers benytter videoudstyr til at undersøge og behandle børn i Horsens og Hedensted,
- EKG-transmission fra ambulancer til specialafdeling.

Telemedicinske projekter og indsatser er omfattende. Langt de fleste har til formål at skabe muligheder for patienterne for at tage aktivt del i deres egen behandling i deres hjem eller lokalområde. Eksempler er:

- Hjemme- eller selvmonitorering,
- Webaseret dialog mellem patienter og sundhedsprofessionelle,
- Webaserede patientdagbøger,
- Patientportaler,
- Videoundersøgelse- og behandling,
- Video-teletolkning,
- Stuegang i eget hjem.

Bilag 2: Processen

Projektledelsen er forankret i Region Hovedstaden, der blev udpeget til at facilitere udvikling af strategi for it-understøttelse af patient empowerment. Projektgruppen blev nedsat februar 2011.

Strategi-processen startede med et seminar d. 25. marts 2011, hvor Region Hovedstaden inviterede de øvrige regioner samt et bredt udsnit af meningsdannere, beslutningstagere og interessenter på området. Deltagerne på seminaret arbejdede konkret med input til strategiens udformning.

Inden seminaret har projektgruppen dannet sig et overblik over igangværende projekter og indsatser i alle regioner, og de overordnede tendenser er skitseret i bilag 1.

Strategien er blevet til på grundlag af det samlede materiale fra seminaret som har været i review til kvalificering blandt udpegede kontaktpersoner fra de øvrige regioner. De udpegede kontaktpersoner deltog i det forudgående seminar. Udkastet har derefter været i faglig høring og kvalificering i regionerne og hos andre interessenter mhp. præsentation og godkendelse i RSI-styregruppen 6. maj 2011.

Strategien sendes til politisk behandling i regionsrådene i juni og august 2011. Den endelige strategi foreligger september 2011.

Seminaret

Til seminaret den 25. marts 2011 blev der inviteret bredt i de fem regioner. Både beslutningstagere, stabsmedarbejdere, klinikere og medarbejdere med erfaring fra arbejde med it-understøttet patient empowerment var repræsenteret. Endvidere inviterede projektgruppen patientforeninger, faglige organisationer, statslige myndigheder og andre relevante bidragydere.

Programmet for seminaret var delt, så formiddagen bød på inspirationsoplæg ved internationale og nationale oplægsholdere. Resten af dagen var helliget arbejdende workshops. For at sikre en proaktiv tilgang til emnet var de fire workshops planlagt med et patientrettet perspektiv:

- Patienten med en kronisk tilstand,
- Den ressourcestærke patient,
- Den særligt udsatte patient,
- Patientnetværk og pårørendeinddragelse.

Hver workshop blev faciliteret ud fra et princip om at generere så mange ideer som muligt, og derefter arbejde i dybden.

Strategiens overordnede principper er udarbejdet med afsæt i seminarets mange idéer og input. De konkrete forslag er beskrevet i bilag 2.

Bilag 3: Idékatalog fra workshops om it-understøttelse af patient empowerment

Den ressourcestærke patient

Intelligent udstyr

- robotter f.eks. iltudstyr der er programmeret med patientens parametre og kan advare hvis noget går galt, kan evt. sende besked til hospitalssystemer.

Sprogligt analyse værktøj til analyse af mundtlig/skriftlig patientberetning og database med medicinsk viden → diagnoseforslag til patient/lægestøtte

Nødvendig hardware/det rigtige software, som skal understøtte tværfagligt og på tværs af sektorer.

Fra patienten er henvist fra egen læge til undersøgelse/behandling, skal man kunne følge sin henvisning/prøvesvar i forløbet. Som track and trace i postvæsenet. Er henvisningen visiteret? Hvor ligger den henne? Hvornår bliver man kaldt ind? osv

Virtuelt call-center på tværs af hele sundhedssektoren. Pointe: nem, ens adgang til sundhedsydelser uafhængigt af, om det er i primær eller sekundær eller privat sektor.

Patientsite til alle borgere i Danmark. Mulighed for at logge ind på sundhed.dk. Føje egne data/behandling til og mulighed for at supplere med egne observationer og målinger.

En side på internettet med relevant info for den enkelte patient:

- info om kontaktperson,
- behandlingstidspunkter,
- forventet forløb,
- p – billet,
- info om patientrettigheder,
- o. lign.

Undervisning i selvmonitorering.

Digital formidling af undersøgelsesresultater under indlæggelse (digital fleksibel stuegang).

Patient koordinator: Ved første kontakt til hospitalet skal man have oplyst navn, telefon, e-mail på sin forløbskoordinator.

Forberedelse patient/sygehus inden 1. kontakt ved ambulant behandling. Hospitalet modtager digital henvisning fra egen læge med mange data på symptomer og klinisk undersøgelse.

Mulighed for at have overblik over sit eget sygdomsforløb.

Overblik over behandlingsforløbet.

Jeg ser samme data som de sundhedsprofessionelle.

Får ejerskab af eget sygdomsforløb.

Følge booking forløb samt mulighed for at ændre disse.

Mulighed for at tilpasse behandlingsforløbet til eget liv.

Del i egen behandling.

Egenomsorg/medansvar.

Tilgængelighed (sundhedspersonalet).

Retlighed.

Medinddragelse.

Formidling til pårørende samt inddragelse.

Egne visuelle behandlingsforløb og efterbehandlingsforløb inkl. score.

Patientens forløb på smartphone.

Patienten får udleveret (tilsendt) en iPad med apps, der indeholder relevante emner til patientens forløb. iPad'en følger patienten i hele forløbet.

Sms-svar.

Web konsultation via Skype eller Messenger el. lign., f.eks. med praktiserende læge FØR indlæggelse, f.eks. med psykolog eller genoptræning EFTER indlæggelse.

Patienten selv kan beskrive egen sygdom. Dele viden med sundhedsprofessionelle og få overblik.

Via dagbog interagere med sundhedsprofessionelle.

Reflektere over forløb, give klarhed.

Elektronisk plan for opfølgning efter udskrivelse – omfattende tidspunkter for kontroller, genoptræningsindhold og – steder, psykologstøttemuligheder, patientundervisning, mm.

Patientens dagbog.

Patienten skal have mulighed for at komme af med egne data og dele disse med sundhedsvæsenet. Patientdagbog bør etableres i tilknytning til sundhedsjournalen, som er tilgængelig for borgeren på sundhed.dk og for klinikerne via EPJ/lægepraksissystemet.

Stil data til rådighed for patienten om eget forløb både før, under og efter indlæggelse. kunne se aktuelle behandlingsplan + status på skærm under indlæggelse, herunder plan for medicin, træning. Også oplysning plus billede om hvem, der er hovedansvarlig for gennemførelse af planen, evt. link til informations materiale om sygdom og fremtidsudsigter + andre patienters historier med lignende forløb.

E-learning.

Elektronisk hjemmeassistent/sygeplejerske.

RFID (radio frequency identifikation: en slags strekkoder med radio, som kan aflæses over (kort) afstand; red.).

Intelligent medico-teknisk udstyr. Maskinen fodres med pt-information, den overvåget (ilt, blodsukker, INR, genoptræning, cancerpt's hjemmemedicin, intelligent seng....). Kan melde grænseoverskridelser, regelmæssig status til hospital eller vagtcentral. Gør patienten mere uafhængig af behandlingssted og tid i det daglige. Patienten kan selv aflæse/overvåge/regulere behandling.

Den kroniske patient

”Min bog” et softwarebaseret værktøj. En portal hvor man kan modtage, uploade, se, læse og kontakte sundhedspersonale, relevante behandlere/aktører/sundhedsprofessionelle,

Elektronisk patientbog, som kan anvendes af læger og patienter før, under og efter behandlingsforløb.

Et synkront patientrelateret it-baseret værktøj til understøttelse af patientforløb og hverdag gennem en coachende/superviserende tilgang med sammenhæng og transparens i sundhedsydelserne.

Adgang til kommunikation med sundhedsprofessionelle på nettet.

Netværksportal for alle patienter uanset sygdom på nettet. For alle hospitaler.

Information målrettet den enkelte.

Efter → kronikercyklus.

Et system med små tests, quizzet. Det skal fungere med små apps, som kan køre på iPad, iPhone eller android phone. Skal kunne sende data til praktiserende læger, sygehus, hjemmepleje, etc. Indbygget advarsel i systemet.

Udfordre de sundhedsprofessionelle til åbenhed og videndeling.

Patientens behov for at mestre kronisk sygdom opfyldes. Patienten får mulighed for at vide, hvilke data der er tilgængelige.

Der skal arbejdes med patientrollen, så patienten er klar over de krav, systemet stiller. De sundhedsprofessionelle skal agere som coach og stille erfaring til rådighed.

Der tages udgangspunkt i patientens behov.

Patienten anerkendes som menneske.

Patienten mødes med ligeværdighed og samarbejde.

Patientens ressourcer anerkendes, både personlige ressourcer og netværk/pårørende.

Patienten er medbestemmende om kommunikation og information i relation til sygdommen, og bestemmer hvem der skal inddrages.

Motiveres til mestring af egen sygdom, så behandling og forebyggelse ikke er adskilte faktorer.

Sundhedspædagogisk fokus som indgangsvinkel til at understøtte patienten i at realisere egenomsorg.

Data fra hjemmemonitorering integreres i patientjournal – enten fortløbende eller ved indlæggelse.

Forløbskoordination – forandringskultur – opgaveglidning – opløse faggrænser – agile organisationer.

Oplysning til borgeren/patienten om empowerment.

Oplære patienten i kontrolprogrammer, it-baserede.

Open source data fra sundhed.dk (e-journal). Fri adgang til data, standarder fra sundhedsvæsenet (alle sektorer).

Pårørende skal kunne inviteres til at se patientens data, pårørende skal uddannes. Integrere sociale medier i behandling/rehabilitering/forebyggelse.

Information og oplysning, viden, motivation og engagement.

Sikre individuel feed back.

Send data til egen læge.

Data tilgængelige og et integreret forløbsprogram (e-journal).

Integrerede elektroniske systemer mellem sektorerne.

Bærbar på alle stuer, trådløst netværk.

Den særlige udsatte patient (rød)

At blive forstået uanset sprog døgnnet rundt.

Sikret korrekt information til patienten.

Integritet (undgå at formidle - skal tolke)

Altid nem adgang til hjælp.

Behov for hjælp (information om hvornår jeg skal noget bestemt, vejledning, komme i kontakt med andre).

Individuel tilpasset sms-besked (sprog mv.).

Tilgå information 24-7.

Kommunikation afhængig af tid og sted.

Information til både patientnetværk (i en arbejdsgang).

”Alarm” funktion - mulighed for at patienten kan tilkalde hjælp/støtte.

Påmindelse om aftaler - fastholdelse af behandling.

Skal kunne læses højt (af tlf.) f.eks. analfabeter.

Rettidig hjælp.

Netværksdannelse – sms mellem patienter.

Visuel stuegang plejerskab for patienter (intensiv) uden kommunikationsmuligheder.

Oplysning til patient om egen tilstand via medier evt. billeder.

Kommunikationsmuligheder uden tale.

Oplysning til pårørende om forløbet.

Den sidste samtale med døende – på trods af intubering.

Kommunikation under lange intuberingsforløb.

Smertestillelse, først mv.

SMS-kommunikation, der er individuel tilpasset i forhold til sprog mv.

Visuel stuegang for den intensive patient, som er intuberet og uden evne til at kommunikere verbalt.

Sundhedsvæsenet ud til patienten:

- Videokonference,
- E-mail,
- Sms-besked.

Fokus på at gøre forebyggelse lystbestemt.

SMS-tjenester.

Nem internetadgang til hjælpecenter.

Brug TV-skærm og enkel ”Rød-knap” om halsen (som alarmknap).

Ingen PC adgang nødvendig.

Formidling af indhold på portal ved hjælp af tekst, videoer, animationer, illustrationer, lyd, 3D illustrationer (kan ramme et bredt segment af brugere også udsatte).

I-pod med information.

TV-skærme med information.

Bøger med illustrationer.

Oplys om, hvordan systemet fungerer og hvordan man som indlagt håndterer det.

Bruge sms’er noget mere.

Bruge patientforeningerne mere/bedre.

Udgående funktion/mulighed for it-anvendelse i boligområder med særligt udsatte + adgang + understøttelse af sundhedspersonale.

Central tolkevideo for alle regioner (en fælles central for hele DK).

Gennemgående kontaktperson.

Film og videorum/malerum ”fortæl din historie” via lyd og billeder til nettet – ”Videoblog”.

Fysisk mødegrupper på afdelingen (samtale, støtte, hjælp, ligesindede).

Mulighed for at male, læse, digte, tale, fortælle, udveksle erfaringer og oplevelser via IT-værktøjer.

Lettilgængelig brugergrænseflade på patientportaler.

Patienten og pårørende

Pårørendeportaler.

Understøtte netværk rundt om patienterne.

Skabe mulighed for netværk.

Mulighed for at udnytte ressourcer i netværk, aktivere ressourcer hos patienter via pårørende.

Dække informationsbehov.

Kilde for sundhedsvæsen til at se hvilke spørgsmål, bekymringer mv. pårørende har.

Bidrage med oplysninger om pt.

Pårørende/portal:

Generel del.

Adgang til patientoplysninger på specifik del (kræver samtykke).

Adgang til behandlingsplan v. hospitalssengen og hospital rette sig mod pårørende.

Give den pårørende mulighed for at deltage/blive involveret, få et grundlag at handle på.

Ejerskab af data, a adgang til data for pårørende.

Inviter en ekspert ind i forum.

En måde at lave ”on demand”.

Patientuddannelse.

Min gruppe lægger et emne ud. En sundhedsfaglig byder ind og vi holder et online seminar/møde om emnet.

Patientuddannelse – e-learning for pårørende.

Læse online netværk giver pårørende mulighed for at møde ligestillede på egne præmisser.

Deres behov er større og deres problemstillinger bliver italesat og modtaget.

Behandlingssystemet kan understøtte diverse, netværk med information mv., men kan også være om denne gruppe om imødekomme dem bedre.

Patient og frivillig dating.

Ikke at opleve ensomhed.

Støtte.

Give omsorg og intimitet (kan afkobles for den frivillige).

Have en ven.

En skræddersyet udvalgt.

Den frivillige har ikke en direkte relation til patienten.

Hjælp til at få adgang til, bruge og forstå den information der er til rådighed.

Nye typer patient-netværk.

Patientforløb i forandring.

Telemedicin – patienter mødes i nye fora a'la facebook.

Ejerskab af data, asynkron adgang til data for pårørende.

IT-besøgsvener på hospitalet.

Unge it-mindede besøger indlagte patienter og hjælper dem til at bruge de it-værktøjer/websider, der kunne være relevante for dem.

Uddannelse, information og inddragelse af pårørende fordi behandlingsforløb forbedres, patienters tryghed øges.

Klæde den pårørende på til at varetage de opgaver de pålægges og ønsker at påtage sig.

Mindske fejl og klager.

Patient-frivillig dating.

It-understøttelse, der sikre match mellem patienter, der ønsker kontakt med en reserve pårørende, der kan rekvirere fra et screenet pulje af udvalgte og uddannede frivillige.

Incitament via konkurrencen.

At facilitere netværksdannelse og høste viden. Fokus på at forbinde patienter, som ikke nødvendigvis er forbundne, men som gruppe kan rumme væsentlig viden vedr. behandling, sundhedsvæsenets organisering.

Pårørende it-indgang for pårørende og primærsundhed

Patient Smileys :O)

Gør det til en fast rutine, at læger/andre behandlere opfordrer patienterne til at søge viden og finde støtte på nettet.

Find Støtte.

Lav differentierede patientbegreber.

Mundtlig/skriftlig opfordring til informationsøgning.

Opfordring til informationsansøgning (mundtlig skriftligt).

Telekonference, læge-patient-pårørende.

Webcam Messenger ved patient/lægesamtale.

Chip-kaldebrik.

Mere forskning indenfor området?

Skabe et godt grundlag for beslutning/investering.

Se på eksisterende erfaringer.

Patient – sundhedspersoner – overordnede.

Web-kamera (pårørendes behov) ved patient/lægesamtale.

Pårørende kan følge med i vigtige samtaler med læge/specialisten.

Afsæt for samtale/anledning.

Ligeværdigt forhold, man kan have samtalen hjemmefra.

Tidsbesparende (+co2) kan sidde i hver sin ende af landet eller verden.

Dokumentation/kvalitet – af det blev sagt.

Sundhedsvæsenet ud til patienten:

Skype/video.

Sms.

E-mail.

Være i lokalmiljøet.

Svage patienter som har barrierer imod at opsøge sundhedsvæsenet.

Dem som ikke kan vente eller planlægge tiden.

Tryghed, bl.a. kultur og sprog.

Mere modtagelig for selv at gøre.

Nemmere fastholdelse.

Udnytte eksisterende institutioner hvor de er i forvejen.

Behov for støtte og verificeres.

Behov for enkelthed.

Behov for tilgængelighed.



Danske Regioner

St. Kongensgade 45
1264 København K

Tlf. 33 92 84 00
Fax 33 11 04 15

rr@rigsrevisionen.dk
www.rigsrevisionen.dk

Undersøgelse af styringen af kræftbehandlingen

5. maj 2011

Rigsrevisionens forundersøgelse af styringen af kræftbehandlingen er afsluttet, og vi har besluttet at gennemføre en større undersøgelse, der afrapporteres i en beretning til Statsrevisorerne.

Kontor: A3

J.nr.: 2009-6000-2

Vi vedlægger vores undersøgelsesdesign, der beskriver undersøgelsens problemstilling, formål og metode.

Hvis I har spørgsmål til undersøgelsens design, er I velkomne til at kontakte undertegnede på tlf. 3395 1021 eller e-mail hn@rigsrevisionen.dk

Med venlig hilsen

Hanne Nørby
Specielkonsulent



Notat om styringen af kræftbehandlingen

5. maj 2011

Indledning

1. Der igangsættes en større undersøgelse af styringen af kræftbehandlingen. Undersøgelsens formål er at vurdere, om regionerne har sikret en effektiv behandling mod kræft. Videre er formålet at vurdere, om Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne har fulgt udviklingen på kræftområdet.

Beretningen er en opfølgning på Statsrevisorernes ønske om at følge op på beretning om sammenhængende patientforløb (beretning nr. 7/2008). Beretningen supplerer den tidligere beretning om sammenhæng på tværs af almen praksis, sygehus og kommune ved at undersøge patientforløb internt på sygehusene.

Undersøgelsens baggrund

2. Kræftområdet har været i det politiske fokus igennem en årrække, og området har udviklet sig betydeligt de seneste 10 år. I denne periode har Folketinget gennemført en række initiativer til at forbedre kræftbehandlingen i Danmark. Der er iværksat 3 nationale kræftplaner, og herunder indført såkaldte pakkeforløb for kræftpatienter.

De igangsatte initiativer har bl.a. haft fokus på at forebygge, skabe sammenhængende udrednings- og behandlingsforløb, reducere ventetid til udredning og behandling, øge kapaciteten og uddanne personale.

3. Der er over 200 forskellige kræftformer, og i 2009 blev der konstateret over 35.000 nye kræfttilfælde i Danmark. Ved udgangen af 2009 levede cirka 223.000 danskere med en kræftsygdom. Det er både personer, som er i behandling eller går til kontrol og personer, som betragtes som raske. Udviklingen i antallet af nye kræfttilfælde er stigende, hvilket bl.a. skyldes, at vi bliver ældre, og jo ældre man bliver, des større er risikoen for at få kræft. Kræft er dog samtidigt den hyppigste dødsårsag blandt personer under 65 år.

4. Selvom flere danskere lever med – og overlever - kræft, er den danske overlevelsesrate efter henholdsvis 1 og 5 år efter diagnosen er stillet, stadig lav i forhold til lande, vi normalt sammenligner os med. Danmark har i mange

år haft en dårlig placering i internationale sammenligninger af dødelighed for kræft, og der kan konstateres en stigende dødelighed indenfor flere kræftformer.

5. Initieret af udviklingen på kræftområdet i Danmark er der fra politisk side igangsat en række initiativer for at forbedre kræftbehandlingen. Historikken for de væsentligste initiativer på kræftområdet i perioden 2000 til 2010 fremgår af boks 1:

Boks 1: Kræftbehandlingens historie 2000-2010

2000: Kræftplan I fremlægges. Planen danner baggrund for udbygning af sundhedsvæsenets indsats mod kræftsygdomme og fokuserer primært på strålebehandling, øget kapacitet til scanning og uddannelse af personale.

2005: Kræftplan II udarbejdes med anbefalinger for hele kræftområdet. Regeringen og Dansk Folkeparti indgår "Aftale om Kræftplan II" og afsætter 425 millioner kroner til en række initiativer.

2006: Regeringen og Dansk Folkeparti indgår tillægsaftale om Kræftplan II og opretter en tværgående kræftenhed mellem ministeriet og Sundhedsstyrelsen. I økonomiaftalen afsættes resurser til kræftmedicin og eksperimentel behandling og lånepuljer til medicinsk udstyr, scannere og strålekanoner.

2007: Opfølgningen på Kræftplan II viser, at udviklingen på nogle områder går for langsomt. Samtidig halter det med at udbrede pakkeforløb, som anbefales i Kræftplan II. Regeringen og Danske Regioner aftaler pakkeforløb som akut kræftbehandling.

2008: Pakkeforløb for alle kræftområder bliver gennemført. Pakkeforløb er et fast program for, hvilke undersøgelser og behandlinger, som patienten bør modtage, herunder hvor lang tid der bør være mellem de enkelte undersøgelser og behandlinger. Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræftsygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og efterbehandling.

2009: Sundhedsstyrelsen arbejder på en Kræftplan III med fokus på tidlig opsporing, hurtig diagnostik, forebyggelse, rehabilitering og palliation.

2010: Kræftplan III udarbejdes, og der indgås finanslovsaftale om planen.

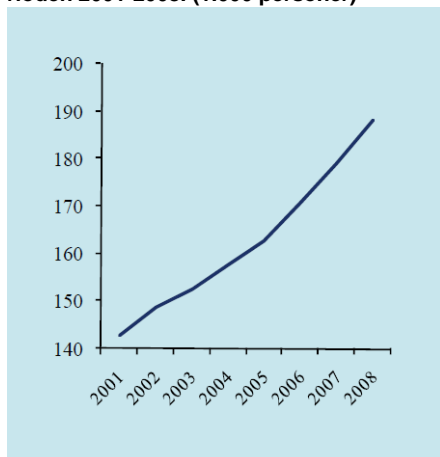
Kilde: Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

6. Kræftområdet har fået betydelige økonomiske ressourcer de seneste år. Ifølge Dansk Sundhedsinstitut har kræftområdet siden 2004 modtaget 7,1 mia. kr. i særbevillinger, og dertil kommer 10-20 mia. kr. via de almindelige grundbevillinger (bloktilskud). De 7,1 mia. kr. er afsat til flere forskellige dele af kræftområdet herunder styrkelse af sygehusene, sygehusmedicin, pakkeforløb, forskning og lægernes efteruddannelse.

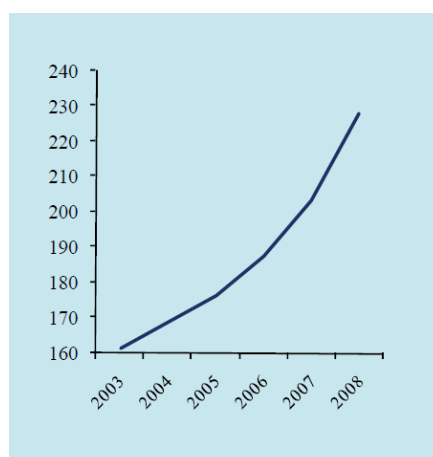
Finansieringen af hele sundhedsområdet aftales i den årlige økonomiaftale mellem regeringen og Danske Regioner. Økonomiaftalen indgås for regionerne under ét (og ikke for den enkelte region) og er den samlede ramme for regionernes budgetlægning. Regionerne har herefter ansvaret for at udmønte og fordele pengene på sygehusniveau.

7. Figur 1-4 viser udviklingen i antal personer, der modtog kræft- eller kræftrelateret behandling i perioden 2001-2008, antal kræftbehandlinger i perioden 2003-2008, og antal opererede og antal operationer for kræft eller kræftrelaterede forhold i perioden 2001-2008.

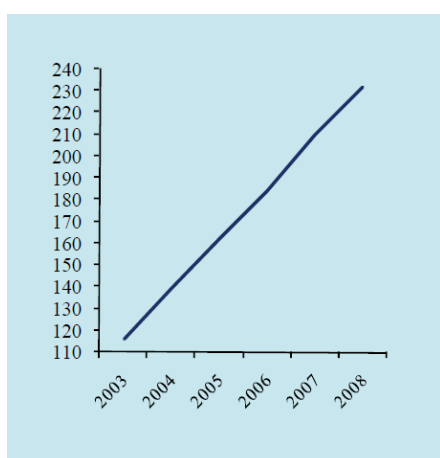
Figur 1. Antal personer der modtog kræft- eller kræftrelateret behandling i perioden 2001-2008. (1.000 personer)



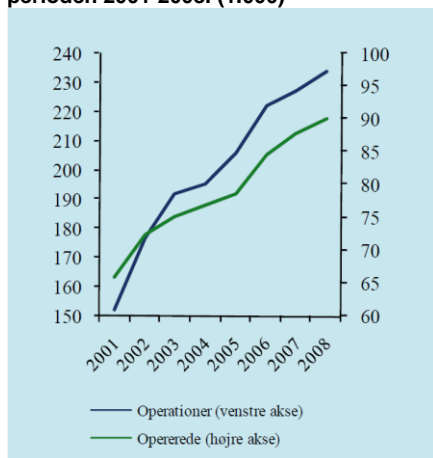
Figur 2. Antal eksterne strålebehandlinger i perioden 2003-2008. (1.000 behandlinger)



Figur 3. Antal kemobehandlinger i perioden 2003-2008. (1.000 behandlinger)



Figur 4. Antal opererede og antal operationer for kræft eller kræftrelaterede forhold i perioden 2001-2008. (1.000)



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Nøgletal for kræft april 2009.

8. Figurene 1-4 viser, at der er sket en væsentlig forøgelse af aktiviteten på kræftområdet. Det gælder både antal behandlede kræftpatienter, antal behandlinger og antal opererede patienter. I perioden 2001-2008 er der en samlet vækst på 32 % i antallet af personer i kræftbehandling, mens antallet af strålebehandlinger i perioden 2003-2008 er vokset med 41 %. Tilsvarende er antallet af kemobehandlinger fordoblet i perioden. Den øgede aktivitet skyldes bl.a., at behandlingen for den enkelte patient er intensiveret. Figur 4 viser således, at lægerne i dag forsøger at operere den enkelte patient flere gange, hvor man tidligere ofte kun opererede patienten én gang.

9. Et behandlingsforløb for kræftpatienter består af udredning, behandling og kontrol. Behandlingen kan være både kemoterapi, kirurgi, strålebehandling eller antihormonbehandling. Kræftpatienter er omfattet af 3 forskellige ventetider, som dækker forskellige dele af et behandlingsforløb:

- ordningen om udvidet frit valg
- de maksimale ventetider
- forløbstider i pakkeforløb

10. De maksimale ventetider og forløbstiderne i pakkeforløbene er en forbedret ventetidsbeskyttelse for kræft- og hjertepatienter i forhold til andre patienter. Hvis disse ventetider overholdes, overholdes ventetiderne under det udvidede frie sygehus valg også. I vores undersøgelse fokuserer vi derfor alene på de maksimale ventetider og forløbstiderne i pakkeforløbene. Desuden omfatter ordningen om udvidet frit valg alene tiden fra henvisningen er modtaget til forundersøgelsens eller behandlingens start. De to andre ventetider omfatter – ud over ventetiden til forundersøgelse eller behandlingens start - også ventetider undervejs i undersøgelses- og behandlingsforløbene.

Problemstilling

11. I Danmark stiger antallet af kræfttilfælde, og kræft er den hyppigste årsag til død. Samtidig er kræftområdet i Danmark højt prioriteret både politisk og sundhedsfagligt, og Danmark har de seneste 10 år udvidet og udviklet kræftbehandlingen for at nedbringe ventetiderne og øge overlevelsen blandt kræftpatienter.

12. Et centralt initiativ på kræftområdet er det forpligtende samarbejde i de såkaldte DMCG-grupper (danske multidisciplinære cancergrupper) for det sundhedsvidenskabelige personale. DMCG'erne initierer og understøtter kræftforskningen i Danmark bl.a. ved at drive kliniske kræftdatabaser og ved at udarbejde kliniske retningslinjer på kræftområdet.

Den faglige udvikling i kræftbehandlingen dokumenteres og overvåges ved at registrere behandlinger og resultater i de kliniske databaser. Anvendeligheden af de kliniske databaser er afhængig af en præcis og systematisk registrering. Flere kilder peger dog på, at registrering i de kliniske databaser ikke er fuldstændig. Det skyldes bl.a., at afdelingerne ikke i alle tilfælde efterlever de krav, der er til registrering.

13. Kræftområdet har igennem en årrække fået tilført mange penge, men det er uklart, hvad pengene er gået til. Det skyldes ifølge Dansk Sundhedsinstitut, at ingen følger op på, hvor mange penge Danmark reelt bruger på kræftområdet, og om de når derhen, hvor de gør størst nytte. Videre henviser Dansk Sundhedsinstitut til, at når der indgås aftaler om økonomi, er pengene sjæl-

Ordningen om udvidet frit valg

Hvis patienten skal vente mere end 1 måned på forundersøgelse eller behandling, har patienten ret til at vælge private eller udenlandske sygehuse / klinikker.

De maksimale ventetider

For kræft- og hjertepatienter er der fastsat en række ventetider til forundersøgelse, behandling og efterbehandling.

Forløbstider i pakkeforløb

I aftalen fra 2007 mellem regeringen og danske regioner er der angivet fagligt begrundede ventetider (forløbstider) mellem undersøgelser og behandlinger.

Kliniske databaser

En klinisk database er et offentligt register vedr. en sygdomsgruppe, en bestemt diagnose, behandlings- eller undersøgelsesmetode, der etableres som led i kvalitetsudvikling.

Det overordnede formål med en klinisk database er at registrere indsats og resultater af sundhedsvæsenets aktivitet vedrørende en veldefineret patientgruppe mhp. at vurdere, om behandling og behandlingsresultater er på højde med det ønskelige samt at fastholde og forbedre et opnået kvalitetsniveau.

dent øremærket konkrete tiltag, og der er risiko for, at pengene ikke når ud til sygehusene som tiltænkt.

14. Der er sket en forøgelse af aktiviteten på kræftområdet de sidste 10 år. Hvorvidt den øgede aktivitet bevirker, at ventetiderne nedbringes er uklart. Det skyldes bl.a., at flere patienter får konstateret kræft, ligesom behandlingen er intensiveret i forhold til den enkelte patient (fx flere operationer pr. patient). Hvis ventetiderne skal nedbringes, kræver det, at sygehusene øger behandlingsaktiviteten udover det øgede antal patienter med kræft og det øgede antal behandlinger pr. patient. Den konstaterede aktivitetsforøgelse er dermed ikke nødvendigvis ensbetydende med, at tilførslen af ressourcer til kræftområdet har medført den tilsigtede effekt om kortere ventetider.

En indikation på udviklingen i ventetiderne er, at målet på lungekræftområdet siden 2003 har været, at 85 % af patienterne skulle have igangsat behandling 6 uger efter, at de er henvist til behandling. Det viser sig imidlertid ifølge Ugeskrift for Læger, at dette kun er sket i ca. 30 % af tilfældene.

15. De menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger, der er forbundet med behandling, pleje, rehabilitering og palliation, er betydelige. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne formoder, at indsatsen på kræftområdet - herunder kræftpakkerne - har forbedret prognosen for overlevelse, men der foreligger endnu ikke data på området, der viser prognosen over en længere årrække.

Undersøgelsens problemstilling er, om de øgede bevillinger til kræftområdet har betydet, at patienterne får en bedre behandling på et højt fagligt niveau, og om dette har medført bedre resultater af kræftbehandlingen.

Formål med undersøgelsen

16. Det overordnede formål med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har sikret en effektiv behandlingsindsats mod kræft, og om regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fulgt udviklingen på kræftområdet. Dette undersøger vi ved 2 delmål:

1. Har regionerne/sygehusene sikret kræftpatienterne bedre forløb og behandling, og følger regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet udviklingen i kvalitet, ventetid og prognose for overlevelse?
2. Har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne afsat penge til kræftbehandling, og er der sket en udbygning af kræftbehandlingen på sygehusniveau?

I delmål 1 undersøger vi, om kræftpatienter får bedre forløb og behandling. Det vurderer vi ved at se på ventetiden for patienterne, den faglige kvalitet i behandlingen, og prognosen for overlevelse. Den faglige kvalitet skal ikke for-

stås som en vurdering af den sundhedsfaglige behandling, men en undersøgelse af målopfyldelsen for de kvalitetsmål, der er beskrevet i pakkeforløbene og i de enkelte kliniske databaser. Vi undersøger også Indenrigs- og Sundhedsministeriets og regionernes procedurer for opfølgning og benchmarking på behandlingskvaliteten og på ventetiderne.

I delmål 2 undersøger vi, hvor mange penge der fra politisk side er afsat til kræftbehandlingen. Udgangspunktet er, at vi så vidt muligt følger pengene fra økonomiaftalerne mellem regeringen og regionerne over regionernes fordeling til sygehusene. Herefter undersøges det, om pengene er tilgået afdelinger, der udfører kræftbehandling, og hvorvidt det har medført en udbygning af både behandlingskapaciteten og behandlingsaktiviteten på sygehusene. Behandlingskapaciteten omfatter mængden af ressourcer målt i enheder som fx personaleressourcer, lokaler, hospitalsudstyr mv. Behandlingsaktiviteten måles i anvendelse af kapaciteten eksempelvis antal diagnostiske udredninger, antal patienter, antal strålebehandlinger, antal kemobehandlinger og antal operationer. Videre undersøger vi, om Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne følger, hvordan pengene til kræftområdet anvendes.

Undersøgelsens metode

17. For at besvare de 2 delformål vil vi anvende en række forskellige metoder til dataindsamling:

Via interviews, dokumentgennemgang, redegørelser for status på ventetider, prognoser for patienternes overlevelse og årsrapporter fra kliniske databaser vil vi undersøge, hvorvidt sygehusene har sikret kræftpatienterne bedre forløb og udredning. I den forbindelse vil vi også sammenligne udviklingen på området mellem sygehusene (benchmarking).

Via interviews, økonomiske redegørelser, prioriteringsoversigter og aktivitetsoversigter vil vi kortlægge tildelingen af midler til kræftområdet, og undersøge udviklingen i kapaciteten og aktiviteten på kræftområdet.

Undersøgelsens afgrænsning

18. Undersøgelsen vil være begrænset både i forhold til antallet af kræftformer og i forhold til antallet af sygehuse og afdelinger, der indgår i undersøgelsen.

Undersøgelsen omfatter 3 kræftformer, der er udvalgt efter drøftelser med Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Kræftens Bekæmpelse. De udvalgte kræftformer er: lungekræft, tyktarmskræft og kræft i æggestokkene.

Undersøgelsen vil inddrage sygehuse og afdelinger indenfor alle 3 kræftformer, og vi vil besøge ét sygehus i hver region. Vi har foreløbigt udvalgt føl-

gende sygehuse: Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Roskilde Sygehus og Herlev Hospital.

19. Undersøgelsen er afgrænset til perioden 2007-2010, for derved at kunne vurdere, om regionerne har sikret en fremdrift i udviklingen og udvidelsen af kræftbehandlingen i Danmark.



Sociale klausuler - uddannelses- og praktikaftaler

Indledning

Offentlige myndigheder skal ved indgåelse af vareindkøbs-, tjenesteydelses- og bygge- og anlægskontrakter iagttage de fællesskabsretlige udbudsregler, herunder udbuds- og forsyningsvirksomhedsdirektivet samt EUF-traktatens regler og principper.

5. april 2011

Udbudsreglerne giver mulighed for, at offentlige myndigheder i forbindelse med udbud kan tage hensyn til sociale aspekter blandt andet ved i kontrakten at opstille vilkår for opgavens udførelse. Sådanne krav i kontrakten betegnes som sociale klausuler.

Notatet har til formål at bidrage til en kortlægning af de ordregivende myndigheders mulighed for at anvende sociale klausuler om ansættelse af erhvervsuddannelses- og erhvervsgrunduddannelseselever i forbindelse med udførelse af en offentligt udbudt opgave, der er omfattet af EU's udbuds- eller forsyningsdirektiv, samt virksomhedernes retsstilling i forhold hertil.

Notatet skal ses i sammenhæng med de foreliggende mere generelle vejledninger om udbud og sociale klausuler, hvis indhold ikke vil blive gentaget systematisk her.

Yderligere oplysninger om praksis m.v. vedr. sociale klausuler kan findes på Udbudsportalen.dk og i vejledninger fra bl.a. EU-Kommissionen og Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, jf. især Konkurrencestyrelsens (nu Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen) vejledning "Sociale hensyn ved offentlige indkøb" fra 2004, som findes på styrelsens hjemmeside: www.ks.dk og Kommissionens vejledning fra 2010 "Buying Social – A guide to taking account of social considerations in public procurement".

Retlige overvejelser i forbindelse med sociale klausuler og uddannelsesaftaler

Når en ordregivende myndighed ønsker at anvende kontraktvilkår om oprettelse af uddannelses- og praktikaftaler¹ i et udbud, skal myndigheden generelt være opmærksom på, at vilkåret skal overholde fællesskabsrettens bestemmelser og principper.

¹ Ved en uddannelsesaftale forstås i notatet en aftale mellem en virksomhed og en erhvervsuddannelseselev om skoleundervisning og praktikuddannelse, indgået i henhold til lov om erhvervsuddannelser hhv. en aftale mellem en virksomhed og en elev om praktikuddannelse indgået i henhold til lov om erhvervsgrunduddannelse mv.

Der foreligger ingen praksis fra Klagenævnet for Udbud eller domstolene vedrørende de ordregivende myndigheders mulighed for at anvende sociale klausuler om ansættelse af elever i uddannelsesstillinger. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har som myndighed på udbudsrettens område heller ikke udtalt sig vejledende om spørgsmålet eller på anden vis taget stilling til spørgsmålet.

Det er ikke muligt at opstille udtømmende generelle retningslinjer for, hvordan anvendelse af sociale klausuler vedrørende uddannelses- og praktikaftaler kan være forenelig med fællesskabsrettens krav. Ethvert udbud skal således bedømmes konkret i forhold til de gældende regler og principper.

Fællesskabsrettens bestemmelser og principper indebærer navnlig, at følgende betingelser skal være opfyldt:

For det første skal kontraktvilkåret være beskrevet i det offentliggjorte udbudsmateriale (Åbenhed og gennemsigtighed).

For det andet skal kontraktvilkåret være sagligt begrundet (Saglighed).

For det tredje skal kontraktvilkåret overholde proportionalitetsprincippet og må således ikke være mere vidtgående, end udførelsen af den konkrete kontrakt tilsiger (Proportionalitet).

For det fjerde må kontraktvilkåret ikke have direkte eller indirekte diskriminerende virkning på tilbudsgivere fra andre medlemsstater (Ikke-diskriminerende).

Endelig vil det som hovedregel kun være lovligt at opstille kontraktvilkår, der vedrører eller regulerer udførelsen af ydelser i myndighedens eget land.

Nedenfor vil disse krav blive behandlet nærmere.

1. Åbenhed og gennemsigtighed

En social klausul skal være gennemsigtig og klart beskrevet i udbudsmaterialet, herunder i en eventuel udbudsbekendtgørelse, sådan at tilbudsgiveren kender vilkåret og kan tage det i betragtning i forbindelse med sin beslutning om at afgive tilbud.

Såfremt betingelserne ikke er klart beskrevet i udbudsmaterialet, vil det skabe usikkerhed for tilbudsgiverne, og derved reelt kunne afskære potentielle tilbudsgivere fra at afgive tilbud.

Det må formodes, at reglerne om erhvervs- og erhvervsgrunduddannelse og de krav, der stilles til praktikvirksomheder i forbindelse hermed, ikke er almindeligt kendt hos tilbudsgiverne. Derfor må kravet om åbenhed og gennemsigtighed indebære en særlig oplysningsindsats fra den ordregivende myndigheds side, hvis myndigheden vil anvende klausuler om uddannelses- og praktikaftaler som kontraktvilkår.

Dette betyder, at en ordregivende myndighed som udgangspunkt bør foretage en nærmere beskrivelse af reglerne om erhvervsuddannelser/ erhvervsgrunduddannelse og de krav, der stilles til en praktikvirksomhed i forbindelse med ansættelse og uddannelse af elever.

2. Saglighed

En social klausul skal være sagligt begrundet.

Som udgangspunkt gælder, at hvis myndigheden lovligt kan varetage et uddannelsesmæssigt hensyn i myndighedens normale opgavevaretagelse, kan en social klausul om uddannelses- eller praktikaftaler være sagligt begrundet.

Der er som nævnt ingen retspraksis på området, men almindelige forvaltningsretlige principper indebærer, at der skal være en saglig sammenhæng mellem myndighedens formål og de hensyn myndigheden varetager, når den udøver sin virksomhed.

EU-rettens krav om saglighed kan bl.a. indebære, at myndigheden ikke vil kunne stille krav om indgåelse af uddannelses- eller praktikaftaler, såfremt der ikke er ledige, praktikpladssøgende elever inden for de faglige uddannelsesområder, som virksomheden er i stand til at dække.

3. Proportionalitet

En social klausul skal være proportional med den opgave, der udbydes. Det vil sige, at vilkår, der stilles i kontrakten, ikke må være mere vidtgående, end udførelsen af den konkrete kontrakt tilsiger.

Klausulens forpligtigelse af tilbudsgiveren skal derfor vurderes i forhold til den udbudte opgave. I den sammenhæng kan opgavens tidsmæssige udstrækning og økonomiske omfang indgå i vurderingen. Det er imidlertid ikke muligt at opstille en udtømmende liste over forhold, der kan indgå i vurderingen af et kontraktvilkårs overholdelse af proportionalitetsprincippet.

Proportionalitetsprincippet indebærer bl.a., at en social klausul ikke må forpligte tilbudsgiveren i længere tid, end den pågældende kontrakt løber. For kontrakter af kortere tidsmæssig udstrækning end en hel erhvervsuddannelse må den ordregivende myndighed derfor vurdere de potentielle

le tilbudsgiveres faktiske muligheder for at indgå uddannelses- eller praktikaftaler, der ikke overstiger kontaktens løbetid.

Denne vurdering kompliceres af, at erhvervsuddannelserne omfatter flere end 100 uddannelser med flere end 300 specialer og kompetencegivende trin med meget stor variation med hensyn til varighed, struktur og indhold og deraf følgende forskellige muligheder for indgåelse af uddannelsesaftaler. Praktikaftaler med erhvervsgrunduddannelseselever indgår i individuelt tilrettelagte uddannelser og er typisk af kortere varighed.

Fælles for uddannelsesaftaler i erhvervsuddannelserne er, at aftalerne er uopsigelige efter en prøvetid på tre måneder. Der kan indgås følgende typer af uddannelsesaftaler:

- Klassiske uddannelsesaftaler
- Restuddannelsesaftaler
- Kombinationsaftaler
- Korte aftaler og
- Delaftaler

En klassisk uddannelsesaftale er en aftale, der omfatter samtlige praktik- og skoleophold på en given uddannelse (eller et kompetencegivende trin) samt den afsluttende prøve, dog eventuelt uden det indledende grundforløb på skole. Der henvises herom til lov om erhvervsuddannelser, § 48, stk. 1, 1. og 2. pkt.

Disse uddannelsesaftaler varer typisk fra tre til fire år, men kan vare fra et til fem et halvt år afhængigt af hvilken uddannelse, det drejer sig om.

En restuddannelsesaftale er en aftale, der omfatter resten af en uddannelse, som den pågældende elev allerede har gennemgået, men endnu ikke har færdiggjort, fx på grund af praktikvirksomhedens konkurs. En sådan aftale kan kun omfatte elevens resterende uddannelse, jf. erhvervsuddannelseslovens § 48, stk. 5.

En kombinationsaftale er en aftale mellem en elev og flere praktikvirksomheder, hvoraf det fremgår, hvilke skole- og praktikophold den enkelte virksomhed har del i, jf. lovens § 48, stk. 3, og bekendtgørelse om erhvervsuddannelser, §§ 94 - 98.

En kort aftale er en aftale, der består af mindst en hel praktikperiode med en tilhørende skoleperiode i en uddannelses hovedforløb, jf. lovens § 48, stk. 1, 3. og 4. pkt. Aftalen kan omfatte yderligere perioder, herunder grundforløbet. Det er ikke muligt at sige noget konkret om den tidsmæssige udstrækning af en kort aftale, da det afhænger af den pågældende uddannelse, de pågældende perioder og de pågældende parter, der

indgår aftalen. En elev, der har afsluttet en kort uddannelsesaftale, som ikke omfatter uddannelsens afsluttende del, skal derpå indgå en ny uddannelsesaftale eller optages til skolepraktik for at kunne afslutte sin uddannelse.

En delaftale kan alene indgås med elever, der er optaget til skolepraktik, jf. lovens § 66 f. Denne type uddannelsesaftale kan derfor alene indgås inden for uddannelser, der udbydes med skolepraktik. En delaftale består af maksimalt en praktikperiode. En delaftale kan derfor være af meget begrænset tidsmæssig udstrækning, men da aftalen alene kan indgås med en elev, der er optaget til skolepraktik, kan det ikke garanteres, at det vil være muligt for en tilbudsgiver at indgå en delaftale på alle tidspunkter. Endvidere vil der ikke være garanti for, at de elever, der er optaget til skolepraktik, vil have behov for eller forudsætninger for at lære det, som den udbudte opgave giver mulighed for.

I bedømmelsen af, om proportionalitetsprincippet er opfyldt, kan det endvidere indgå i vurderingen, om det antal elever, der skal beskæftiges under kontrakten er proportional med de faktiske muligheder for at ansætte elever med kontrakter af passende art og varighed.

Proportionalitetsprincippet indebærer endvidere, at antallet af elever, der skal beskæftiges under kontrakten, skal være proportional med opgavens størrelse. Opgaven, der udbydes, må derfor bl.a. have en vis medarbejdermæssig størrelse for, at der kan stilles krav om praktikpladser. Dette indebærer en særlig udfordring for myndighederne, idet de ikke nødvendigvis har indsigt i, hvor mange medarbejdere leverandøren forventer at bruge til at udføre den udbudte opgave. Forpligtelsen for myndigheden er ikke desto mindre at foretage en vurdering.

Kontraktværdien og lønsummens størrelse kan være indikatorer for, hvor mange personer der medgår til at løse opgaven, men et ensidigt fokus på kontraktværdien kan give et fejlagtigt billede af den medarbejdermæssige størrelse af opgaven, bl.a. fordi materialeomkostninger m.v. kan udgøre en væsentlig post, ligesom lønsummens fordeling på forskellige medarbejdergrupper (ufaglærte, faglærte, teknikere, ingeniører, administrativt personale, salgs- og marketingspersonale, finansielle medarbejdere m.v.) kan have betydning for vurderingen af opgavens personalemæssige volumen.

4. Ikke-diskrimination

En social klausul skal overholde EUF-traktatens ligebehandlingsprincip, hvorfor den ikke direkte eller indirekte må diskriminere tilbudsgivere fra andre EU-lande. Der må derfor ikke stilles krav, der kun kan opfyldes af tilbudsgivere, der har hjemsted eller forretningssted i Danmark, eller som

det vil være vanskeligere for udenlandske end danske tilbudsgivere at opfylde.

En tilbudsgiver skal efter EU-retten frit kunne vælge, hvilke personer eller underleverandører den pågældende tilbudsgiver vil gøre brug af i forbindelse med opfyldelse af en kontrakt. Tilbudsgiveren skal derfor have mulighed for at ansætte personer fra ethvert EU-land, som tilhører en persongruppe, der svarer til den, som er fastlagt i klausulen. Det vil derfor som udgangspunkt stride mod ligebehandlingsprincippet at henvise til bestemte (danske) uddannelser.

Det vil derimod antageligt være nødvendigt, at myndigheden i udbudsmaterialet beskriver de sociale hensyn, som ønskes tilgodeset ved at oprette uddannelses- og praktikaftaler inden for de danske uddannelser.

Princippet om ikke-diskrimination indebærer således en betydelig udfordring, hvis hensigten med at anvende sociale klausuler i form af krav om at ansætte erhvervsuddannelses- og erhvervsgrunduddannelseselever er at tilvejebringe flere praktikpladser til ungdommen i Danmark inden for erhvervsuddannelserne og erhvervsgrunduddannelsen.

Dette skyldes – ud over det forhold, at tilbudsgiveren frit skal kunne vælge medarbejdere og underleverandører uanset disses nationalitet – at erhvervsuddannelsesloven foreskriver, at en praktikvirksomhed skal være godkendt som praktiksted.

En virksomhed, der ønsker at ansætte en erhvervsuddannelseselev, skal efter erhvervsuddannelsesloven godkendes til den uddannelse, som aftalen skal omfatte. Godkendelsen gives efter ansøgning af vedkommende faglige udvalg, som er en særlig forvaltningsmyndighed, nedsat i henhold til erhvervsuddannelsesloven af arbejdsmarkedets parter inden for de enkelte uddannelsesområder. Som følge af territorialprincippet kan et fagligt udvalg ikke godkende virksomheder uden for Danmark. En virksomhed kan kun godkendes som praktikvirksomhed, hvis den har enten hovedsæde i Danmark eller en afdeling med hjemsted i Danmark og virksomheden er registreret i Det centrale Virksomhedsregister (CVR). Vilkåret kan derfor afskære tilbudsgivere fra andre medlemsstater fra at byde.

Der gælder ikke en tilsvarende godkendelsesprocedure for virksomheder, der indgår praktikaftaler med erhvervsgrunduddannelseselever, men disse elever skal efter reglerne herom, være bosat i Danmark for at kunne påbegynde en erhvervsgrunduddannelse og efterfølgende indgå praktikaftale med en virksomhed. Derfor vil et krav om indgåelse af praktikaftaler med erhvervsgrunduddannelseselever også kunne være en overtrædelse af EU-traktatens ligebehandlingsprincip.

Andre overvejelser i forbindelse med sociale klausuler

Krav om oprettelse af uddannelses- og praktikaftaler i forbindelse med udbud kan tænkes udformet på flere måder. En myndighed kan fx overveje at stille krav om, at der til løsningen af opgaven skal nyansættes et bestemt antal elever, og at personer, som tilbudsgiveren i forvejen har en uddannelsesaftale med, ikke kan tælle med.

Det kan også tænkes, at myndigheden ønsker at tillade, at allerede ansatte elever kan tælle med.²

Det bemærkes, at hverken Klagenævnet for Udbud eller domstolene har taget stilling til, om disse modeller er i overensstemmelse med fællesskabsrettens principper og krav.

Hvis myndigheden vælger at stille krav om nyansættelser, vil myndigheden forholdsvis let kunne konstatere, hvor mange praktikpladser der bliver oprettet i forbindelse med kontrakten. Må elevstillingerne besættes ved overførsel til opgaven af elever, der i forvejen er ansat i virksomheden, kan det være vanskeligere at konstatere, hvorvidt der bliver oprettet flere praktikpladser som følge af klausulen.

Det kan indgå i beslutningsgrundlaget, at nogle tilbudsgivere måske vil være tilbageholdende med at indgå frivillige uddannelses- og praktikaftaler, hvis de må påregne at blive forpligtiget til at ansætte nye elever i forbindelse med indgåelse af kontrakter med myndigheden.

Den ordregivende myndighed bør generelt vurdere de økonomiske konsekvenser af en påtænkt klausul, da en pligt til ansættelse af elever kan medføre en forhøjelse af prisen i de modtagne tilbud. Denne vurdering skal ikke kun ses ud fra myndighedens egen økonomi, men også ud fra myndighedens pligt til at træffe saglige begrundet beslutninger, således at omkostningen ved indførelsen af en sociale klausul ikke klart overstiger den opnåede gevinst i form af indgåelse af uddannelses- og praktikaftaler.

Afsluttende bemærkninger

Udbudsreglerne skal sikre, at det offentlige får løst sine opgaver til den bedste pris og kvalitet, og at alle potentielle tilbudsgivere får en ligelig og fair behandling.

² Kommunernes Landsforening har i maj 2010 indlagt en artikel om krav om uddannelsesaftaler på Udbudsportalen.dk, hvor disse to modeller er beskrevet som et forslag til hvordan krav om praktikpladser kan opstilles som et vilkår i offentlige indkøbskontrakter.

Den offentlige myndighed bør derfor altid overveje, hvilke krav der er væsentlige for at opnå en god kontrakt, og som følge heraf stille netop de krav, som er nødvendige for at få løst den konkrete opgave.

Der kan i princippet tages sociale hensyn i alle faser af en udbudsproces. Det mest almindelige er at anvende sociale klausuler som vilkår for, hvordan den vindende leverandør skal udføre kontrakten.

Det er ikke muligt generelt at angive, i hvilket omfang det er foreneligt med fællesskabsrettens krav og andre retskilder at anvende sociale klausuler vedrørende uddannelses- og praktikaftaler. Det vil derfor bero på en konkret vurdering af en række elementer i hver enkelt udbudssituation.

I forhold til andre områder, hvor myndigheder ønsker at varetage sociale hensyn, rummer uddannelsesområdet en række særlige udfordringer, som er knyttet til de lovregulerede ansættelsesforhold med uddannelses- sigte for erhvervsuddannelses- og erhvervsgrunduddannelseselever, jf. lov om erhvervsuddannelser og lov om erhvervsgrunduddannelse mv.

Udkast til
Initiativer som opfølgning på
dialogmøder om
Sund vækst og velfærdsløsninger



Maj 2011

Indledning

På dialogmøderne om ”Sund Vækst og velfærdsløsninger” d. 28. april 2011 og ”Eksport og markedsføring af sundheds- og velfærdsløsninger” d. 9. maj 2011 blev der med afsæt i debatoplæg drøftet muligheder og udfordringer for styrket vækst i danske sundheds- og velfærdsvirksomheder. Og som led heri foreslået og drøftet en række initiativer, der kan iværksættes for yderligere at styrke vækstvilkårene på området.

Som opfølgning på drøftelserne er der udarbejdet en række initiativer inden for fem temaområder, som regeringen vil iværksætte, jf. boks 1. Flere af initiativerne er drøftet politisk og indgår i aftale om Danmark som Vækstnation, som regeringen indgik med Dansk Folkeparti og Pia Christmas-Møller den 27. maj 2011. Det drejer sig om forslagene om One-stop-shops for forskerstøtte, fast tracks for godkendelse af kliniske fase I forsøg, etablering af et Partnerskab for sygehus- og sundhedsinnovation, en ny Fond for Velfærdsteknologi samt etablering af et offentlig-privat markedsføringskonsortium, der skal øge kendskabet til Danmarks styrker og kompetencer inden for sundheds- og velfærdsløsninger.

Der er samlet tale om en bred vifte af initiativer, der vil styrke rammerne for offentlig-privat samarbejde, skabe grundlag for en øget eksport samt løfte markedsføringsindsatsen på sundheds- og velfærdsområdet. Initiativerne reflekterer således emner, som deltagerne tillagde særlig betydning ved møderne. Det gælder bl.a., at:

- Ramevilkårene for **klinisk forskning** skal forbedres for at sikre en fortsat stærk lægemiddel- og medicoindustri.
- Der skal være nem og effektiv adgang til **udvikling, test og markedsmodning** af nye sundheds- og velfærdsløsninger.
- Der er behov for et større fokus på udvikling og anvendelse af **fælles standarder**.
- Offentlige indkøbere skal stille **høje krav** til opgaveløsningen, når de udbyder opgaver, og i øget omfang anvende funktionsudbud, således at efterspørgslen efter innovative produkter og løsninger øges. Dette vil understøtte, at danske virksomheder kan anvende hjemmemarkedet som udstillingsvindue, når de skal ud på eksportmarkederne.
- **Fastsættelse af mål**, fx for udbredelse af telemedicinske løsninger, skal anvendes i højere grad som driver for udviklingsinitiativer.
- **Udbudsreglerne** bør gøres nemmere at forstå og anvende, fordi reglerne i nogle tilfælde unødigt stramme og administrativt tunge, hvilket kan være en barriere for offentlig-privat udviklingsamarbejde, særligt for små og mellemstore virksomheder.
- **Videndeling, erfaringsopsamling** samt **dokumentation af effekt**, herunder brugertilfredshed og -erfaringer skal koordineres og styrkes.
- Adgangen til risikovillig kapital bør styrkes, særligt for nyetablerede og små og mellemstore virksomheder, som ofte har vanskeligt ved at skaffe **finansiering** til forskning og udvikling af nye produkter og til at komme ud på nye markeder.

Boks 1. Indsatsområder og forslag til initiativer:

1. Styrkelse af rammerne for den kliniske forskning

- Revideret lov for de videnskabsetiske komitéer
- En elektronisk indberetning af lægemiddelforsøg
- One-stop-shops for forskerstøtte
- Fast-track for godkendelse af kliniske fase 1 forsøg
- Fokus på Sund Vækst i EU-formandskabet
- Bedre anvendelse af offentlige sundhedsdata til forskning

2. Udnyttelse af erhvervspotentialet i de kommende sygehusinvesteringer

- Partnerskab for sundheds- og sygehusinnovation
- Bedre videndeling og erfaringsopsamling
- Bedre mulighed for sundhedsinnovation i fremtidens sygehusvæsen
- Handlingsplan for telemedicin

3. Øget anvendelse og ibrugtagning af innovative velfærdsløsninger

- Styrket indsats for standardisering på sundheds- og velfærdsområdet
- Øget offentligt indkøb af prækommercielle løsninger
- Skattekreditter til forsknings- og udviklingsaktiviteter
- Ny udbudslov, smidigere udbudsregler og forenkling af EU-udbudsdirektiverne som prioritet under dansk EU-formandskab
- Ny Fond for Velfærdsteknologi
- Værktøjskasse til velfærdsinnovation

4. Øget eksport af sundheds- og velfærdsløsninger

- Bekæmpelse af tekniske handelshindringer og styrket vejledning om EU-regler
- ”Building China Health” – virksomhedsnetværk om Kinas sundheds- og velfærdsprojekter
- Born Global Konference i oktober 2011 om sundheds- og velfærdsløsninger

5. Styrket markedsføring og tiltrækning af udenlandske investeringer på sundheds- og velfærdsområdet

- Etablering af offentlig-privat konsortium om markedsføring af danske velfærdsløsninger
- Udarbejdelse af en fælles informationsmateriale om Danmark som Sund Vækst laboratorium
- Styrket indsats for tiltrækning, fastholdelse og integration af udenlandsk, højtuddannet arbejdskraft og internationale studerende
- Markedsførings- og investeringsaktiviteter i forbindelse med e-health week 2012 og afholdelse af World of Health IT – konference i København.

1. Styrkelse af rammerne for klinisk forskning

Den kliniske forskning i Danmark vurderes i internationale opgørelser til at være blandt verdens bedste. Dette skyldes ikke mindst, at der er en lang tradition for samarbejde om kliniske forsøg mellem virksomheder og hospitaler. En stærk klinisk forskning er afgørende for at fastholde en stærk industri inden for lægemiddel- og medicoområdet.

For at fastholde de kliniske forsøg i Danmark, foreslår regeringen, at der tages initiativer, der styrker sagsbehandlingen og vejledningen vedrørende godkendelse og forberedelse af kliniske forsøg, således at forsøgene kan gennemføres hurtigere.

Revideret lov for de videnskabetiske komitéer

Regeringen vil revidere lovgrundlaget for det videnskabetiske komitéssystem, så sagsbehandlingen bliver mere ensartet, og ansøgningerne kan forberedes hurtigere.

En væsentlig parameter for at nedbringe gennemførelses hastigheden for kliniske forsøg, og dermed give hurtigere adgang til markedet for nye produkter, er at lette de administrative byrder, der kan knytte sig til godkendelse af kliniske forsøg.

Med henblik på at gøre godkendelserne af kliniske forsøg mere gennemsigtig og ensartet har regeringen igangsat en revision af lovgrundlaget for det videnskabetiske komitéssystem. Hensigten med lovrevisionen er, at forsøgene kan forberedes og godkendes hurtigere til fordel for forskere, forsøgspersoner og virksomheder. Dette skal blandt andet realiseres ved at muliggøre, at afgørelser i komitéerne kan træffes ved afstemning, at formandskabet i regionale komitéer kan træffe afgørelse i sager, der ikke frembyder tvivl, og at kravet om dansk-sprogede forsøgsprotokoller fjernes.

En elektronisk indberetning af lægemiddelforsøg

Regeringen vil lave én fælles elektronisk ansøgning for godkendelse af lægemiddelforsøg.

For at skabe yderligere forenkling og harmonisering i arbejdet med at forberede de kliniske forsøg, foreslås det, at forsøg med lægemidler fra 2012 kan anmeldes til videnskabetisk komité og Lægemiddelstyrelsen gennem én fælles elektronisk platform.

One-stop-shops for forskerstøtte

Regeringen vil tage initiativ til, at der fra 2012 oprettes en one-stop-shop for forskerstøtte i tilknytning til hvert af universitetshospitalerne i Aalborg, Odense, Aarhus og København.

For at sikre bedre sparring og rådgivning for virksomheder og hospitalsforskere foreslås det, at der fra 2012 oprettes en one-stop-shop for forskerstøtte i tilknytning til hvert af universitetshospitalerne i Aalborg, Odense, Aarhus og København. De fire one-stop-shops skal tilbyde offentlige og private forskere sammenhængende vejledning i alle faser af de kliniske forsøg mv. både vedrørende protokolskrivning, fondsansøgninger, patenter og kontraktforhold mv. De skal endvidere formidle kontakt mellem virksomheder og offentlige forskere samt lette patientrekruttering mv. Endelig skal de fire One-stop-shops understøtte den tværfaglighed, som i stigende omfang præger forskningen i sundhedsvæsenet.

De fire nye One-stop-shops skal erstatte og samle de nuværende forskerstøtteenheder i regionerne. Den nærmere udmøntning af ordningen aftales med regionerne i regi af økonomiforhandlingerne.

Fast Track for godkendelse af kliniske fase I forsøg

Regeringen vil oprette et Fast Track for godkendelse af kliniske fase I forsøg

Fokus på initiativer, der kan forbedre gennemførelshastigheden af kliniske forsøg, kan bidrage til, at Danmark kan fastholde en internationalt førende position inden for klinisk forskning.

Kliniske forsøg i Danmark har høj kvalitet, men sammenlignet med lande i eksempelvis Asien eller Østeuropa, er det dyrt at lave kliniske forsøg i Danmark. Mulighederne for at tiltrække kliniske forsøg i fase I til Danmark er imidlertid gode, fordi disse forsøg er mindre og dermed ikke så dyre som forsøg i de senere faser (fase II og III). Har man succes med at tiltrække og fastholde fase I (dvs. forsøg i raske mennesker, som anvendes til at undersøge stoffets sikkerhed) og fase II forsøg (forsøg der har til formål at finde den rette dosis af et potentielt lægemiddel), er sandsynligheden for, at det også medfører tiltrækning af fase III forsøg (hvor man sammenligner det nye præparat med standardbehandlingen) endvidere større.

For at tiltrække flere fase I forsøg til Danmark foreslås det, at der oprettes et Fast Track for godkendelse af kliniske fase I forsøg. Med dette Fast Track kan fase I forsøg fremover godkendes inden for 3 uger mod ca. 4 – 5 uger i dag.

Fokus på Sund Vækst i EU-formandskabet

Regeringen vil under det kommende danske EU-formandskab arbejde for at sikre, at den fælles europæiske regulering for medicoteknisk udstyr og kliniske forsøg på én gang understøtter patientsikkerhed og forskning og innovation.

De europæiske direktiver for henholdsvis medicinsk udstyr og kliniske forsøg skal revideres i forbindelse med det danske EU-formandskab. Fra det danske formandskabs side fremmes forhandlingerne, så man sikrer en fælles europæisk regulering, der på én gang understøtter patientsikkerhed og forskning og innovation.

Bedre anvendelse af offentlige sundhedsdata til forskning

Regeringen vil sikre en mere systematisk og fleksibel adgang til at anvende offentlige data på sundhedsområdet til forskning.

Danmark har i international sammenhæng unikke patientdata, som muliggør, at man i Danmark kan lave undersøgelser, som ikke kan laves andre steder i verden. Dataadgangen vil således kunne anvendes som en positiv konkurrenceparameter og øge tiltrækningen af bl.a. udenlandske medicinalvirksomheder til landet, idet de vil få et unikt sammenhængende datagrundlag til forsknings- og forsøgsvirksomhed. Det foreslås på den baggrund, at der ned sættes en arbejdsgruppe, der inden udgangen af 2011 skal komme med anbefalinger til en øget erhvervsmæssig anvendelse af de danske sundhedsdata.

2. Udnyttelse af erhvervspotentialet i de kommende sygehusinvesteringer

Staten og regionerne har tilsammen afsat 41,4 mia. kr. til investeringer i en moderne sygehusstruktur i perioden 2009-2018, der kan åbne for nye forretningsmuligheder for dansk erhvervsliv og fungere som demonstratorium og udstillingsvindue for moderne og innovative dansk sundheds- og velfærdsløsninger. Det er imidlertid vigtigt med en mere samlet og strategisk indsats, således at udnyttelsen af det erhvervsmæssige potentiale i forbindelse med sygehusinvesteringerne sikres bedst muligt.

Partnerskab for sundheds- og sygehusinnovation

Der etableres et Partnerskab for sundheds- og sygehusinnovation i regi af Fornylsesfonden, som skal fremme udvikling, standardisering og markedsmodning af moderne danske sundhedsløsninger i forbindelse med sygehusbyggerierne.

I forbindelse med sygehusbyggerierne vil der bl.a. i lyset af målsætningerne om færre indlæggelser, flere ambulante behandlinger, flere behandlinger i eget hjem og mere specialiserede behandlingstilbud skulle udvikles en række nye løsninger, som kan imødekomme disse behov.

Der etableres derfor et Partnerskab for sundheds- og sygehusinnovation i samarbejde med regionerne og med tæt inddragelse af erhvervslivet. Målet er, at partnerskabet som minimum skal have 100 mio. kr. til rådighed, og at de samlede investeringer, inklusiv privat medfinansiering, bliver i størrelsesordenen 200 mio. kr.

Partnerskabet skal støtte projekter, der som udgangspunkt ledes og medfinansieres af private virksomheder. Det kan fx være inden for robotteknologi, præfabrikerede moduler (badeværelser, operationsstuer mv.), facility management eller it-understøttelse (fx telemedicin). Partnerskabets indsatsområder foreslås udvalgt under inddragelse af bygherrer på sygehusbyggerierne, faglige eksperter mv. Det skal understøtte, at der er efterspørgsel efter de løsninger, der udvikles.

Nationale og internationale standarder bør indgå som en central parameter for partnerskabets støtte. Det skal sikre, at der ikke udvikles særlige regionale løsninger på udfordringer, der er identiske på tværs af regionerne, samt understøtte, at eksportpotentialet i projekterne realiseres.

De nærmere rammer for partnerskabet vil blive fastlagt i samarbejde mellem Fornylsesfonden og de medfinansierende regioner.

Bedre videndeling og erfaringsopsamling

Regeringen vil drøfte med regionerne, hvorledes indsatsen for videndeling og erfaringsopsamling i relation til de kommende sygehusbyggerier kan styrkes. Regeringen vil derudover bl.a. i regi af de kommende regionale partnerskabsaftaler aftale med regionerne, hvorledes den regionale og nationale vækstindsats på sundheds- og velfærdsområdet kan tilrettelægges, således at der skabes størst mulig effekt.

Der skal de næste 10 år bygges nye sygehuse fordelt på 16 hospitalsprojekter i alle fem regioner. Da sygehusbyggerierne igangsættes inden for en relativt kort årrække og med forskellige bygherrer, bliver det en udfordring at sikre systematisk erfaringsopsamling. Det gælder både i forhold til byggeprocesser, udvikling og test af nye teknologiske løsninger samt nye samarbejdsformer om drift og vedligeholdelse.

Danske Regioner har på den baggrund bl.a. iværksat projektet *vidensdeling i sygehusbyggeri*, hvor regionerne har identificeret hhv. 11 pejlemærker for fælles indsatser om sygehusbyggeri og 8 fokusområder for udvikling af indhold i de nye sygehuse.

Der er desuden igangsat en række innovations- og udviklingsaktiviteter i den regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling. Der er bl.a. oprettet innovationscentre i de fleste regioner, som har til formål at understøtte brugerdreven innovation, opbygge kompetencer og netværk med virksomheder samt arbejde med kommercialisering og implementering af nye produkter.

Regeringen vil drøfte med regionerne og de regionale vækstfora, hvorledes den regionale og nationale vækstindsats på sundheds- og velfærdsområdet kan tilrettelægges, således at der skabes størst mulig effekt.

Bedre mulighed for sundhedsinnovation i fremtidens sundhedsvæsen

Regeringen vil gøre det muligt for regionerne at stille faciliteter til rådighed for virksomheder, som ønsker at afprøve og udvikle nye, innovative produkter samt forbedre mulighederne for, at kommuner og regioner kan deltage i offentlig-private selskaber.

Det er blevet peget på, at nogle af bestemmelser i lov om kommuners og regioners deltagelse i offentlig-private selskaber har vist sig uhensigtsmæssige i forhold til private virksomheders eksport af offentlig-private løsninger. Der har fx været tilfælde, hvor udlandet i forbindelse med eksport har stillet krav om offentlig deltagelse i selskabet. På samme måde har bestemmelser i Sundhedsloven været en hindring for, at regionerne kan være ”værter” for innovationsprojekter, sådan at private virksomheder kan skyde penge i projekter på sygehuse til afprøvning af ny teknologi.

Regeringen har derfor fremsat forslag om at revidere Lov 548 om kommuners og regioners deltagelse i offentlig/private selskaber med henblik på at styrke private virksomheders muligheder for eksport af løsninger udviklet i offentlig-privat samspil. Regeringen vil desuden tilpasse den såkaldte § 78 bekendtgørelse udstedt med hjemmel i sundhedsloven, som regulerer samarbejdet mellem regioner og virksomheder. En revision af § 78 bekendtgørelsen vil muliggøre, at regionerne kan tilbyde private virksomheder og andre at anvende regionernes testfaciliteter eller øvrige faciliteter mod betaling svarende til direkte og indirekte omkostninger for den pågældende ydelse.

Handlingsplan for telemedicin

Regeringen vil udarbejde en handlingsplan for telemedicin.

Virksomheder påpeger, at en række digitale løsninger allerede eksisterer, men at det er nødvendigt med større fokus på ibrugtagning og anvendelse i den offentlige sektor for at få nye løsninger produceret i en skala, der er rentabel for virksomhederne, og som samtidig kan give grobund for øget eksport.

For at sætte skub på udviklingen og udbredelsen af nye telemedicinske løsninger til gavn for patienterne og effektiviteten i sundhedsvæsenet, foreslås det, at der udarbejdes en handlingsplan for telemedicinske løsninger på sundhedsområdet i regi af ABT-fonden. Regeringen vil øremærke 50 mio. kr. i fonden til at understøtte handlingsplanen til blandt andet udbredelse af egnede telemedicinske løsninger i forlængelse af de allerede støttede initiativer. Som element i handlingsplanen skal der etableres et grundlag for fastsættelsen af mål for udbredelsen af telemedicinske løsninger.

3. Øget anvendelse og ibrugtagning af innovative velfærdsløsninger

Den offentlige sektor bidrager gennem sin opgavevaretagelse til at stimulere udvikling og produktion af velfærdsteknologiske løsninger. Alene på ældre- og handicapområderne bruger den danske offentlige sektor over 60 mia. kr. årligt, og der er ansat over 110.000 medarbejdere (årsværk). Danmark står samtidig over for en væsentlig demografisk udfordring med en aldrende befolkning og en faldende arbejdsstyrke.

Private virksomheder kan være med til at udvikle nye løsninger samt ny teknologi, der kan bidrage til højere produktivitet, driftsmæssige besparelser samt effektiviseringer i den offentlige sektor til gavn for danske borgere og virksomheder. For virksomhederne kan samarbejde med den offentlige sektor give mulighed for tættere dialog med brugerne samt adgang til demonstration, test og dokumentation af løsninger, der kan anvendes som reference i forbindelse med salg til nye kunder og på nye markeder.

Det er derfor fortsat vigtigt at have fokus på, om der er de rette incitamenter til at inddrage private virksomheder i udvikling af nye løsninger og i den offentlige opgavevaretagelse.

Styrket indsats for standardisering på sundheds- og velfærdsområdet

Regeringen vil iværksætte en styrket indsats for standardisering af sundheds- og velfærdsløsninger.

Der er fra flere sider peget på, at udvikling og anvendelse af internationale standarder på det velfærdsteknologiske område bør styrkes. På flere områder eksisterer endnu ikke nationale eller internationale standarder. Og hvor der eksisterer standarder, er de ofte udviklet for at tilgodese et konkret behov og uden et samlet strategisk sigte.

Økonomi- og Erhvervsministeriet vil derfor sætte øget fokus på standardisering af velfærdsteknologiske løsninger som led i de årlige resultatkontrakter med Dansk Standard. Indsatsen inkluderer bl.a. etablering af et standardiseringspanel på velfærdsområdet, der skal identificere indsatsområder samt udvikle en langsigtet plan for standardisering på velfærdsområdet. Indsatsen vil ligeledes inkludere udvikling af kurser og temadage for små og mellemstore virksomheder samt et website, som kan lette adgangen til oplysninger om krav på velfærdsområdet (CE-mærkning, direktiver, standarder etc.).

Regeringen vil desuden i regi af National Sundheds-IT (NSI) under Indenrigs- og Sundhedsministeriet i efteråret 2011 udmelde en første version af et nationalt katalog over standarder på sundheds-it området. Kataloget vil både opsamle standarder, der tidligere er offentliggjort, blandt andet i regi af MedCom, Sundhedsstyrelsen og SDS, samt fastlægge standarder for de områder, hvor behovet vurderes at være størst. Udmeldingen vil ske med tæt inddragelse af sundhedsvæsenets parter og med udgangspunkt i internationalt anerkendte standarder.

Fokus på anvendelse og udvikling af internationale standarder i forbindelse med investeringer i sundheds- og velfærdsløsninger i fx sygehuse kan bidrage til at fremme de danske virksomheders eksportmuligheder. Derudover kan danske virksomheder – hvis Danmark går foran i udviklingen af internationale standarder på områder, hvor vi har særlige styrkepositioner – opnå en strategisk fordel i den internationale konkurrence.

Øget offentligt indkøb af prækommercielle løsninger

Regeringen vil iværksætte en række pilotprojekter, hvor offentlige institutioner støttes i processen forbundet med indkøb af prækommercielle løsninger, bl.a. via funktionsudbud.

Den offentlige sektor er den største aftager af velfærds løsninger og derfor det vigtigste marked for danske virksomheder, der udvikler og producerer løsninger på velfærdsområdet. Mange virksomheder oplever dog, at det kan være svært at afsætte deres nye og innovative løsninger til den offentlige sektor. Det skyldes bl.a., at der i dag eksisterer en række viden- og kompetencemæssige barrierer, der gør, at offentlige indkøbere er tilbageholdende med at indkøbe disse prækommercielle velfærds løsninger, fx gennem anvendelse af funktionsudbud.

Der iværksættes i regi af Fornylsesfonden en række pilotprojekter, hvor offentlige institutioner støttes i processen forbundet med indkøb af prækommercielle løsninger bl.a. via funktionsudbud. Fornylsesfonden vil kunne yde støtte til faserne, der ligger op til selve indkøbet, dvs. til gennemførelse af en grundig behovsafklaring og markedsundersøgelse, samt til udarbejdelse af udbudsmateriale, der rummer plads til innovation ved at tage udgangspunkt i funktionsudbud.

Støtten kan bidrage til at øge den offentlige sektors efterspørgsel efter innovative løsninger på velfærdsområdet, og derved til at sikre virksomhederne det afgørende første salg og en vigtig reference.

Skattekreditter til forsknings- og udviklingsaktiviteter

Regeringen vil give mulighed for, at virksomheder kan få udbetalt negativ selskabsskat af den del af deres underskud, der stammer fra forsknings- og udviklingsaktiviteter (skattekreditter).

Virksomheder skal have mulighed for at få udbetalt negativ selskabsskat af den del af deres underskud, der stammer fra forsknings- og udviklingsaktiviteter (skattekreditter). Skattekreditter vil understøtte innovation, fordi de kan give en kapitalindsprøjtning for virksomheder, hvor forsknings- og udviklingsindsatsen endnu ikke har givet tilstrækkeligt afkast til, at de betaler selskabsskat. Nyetablerede og små og mellemstore virksomheder med forsknings- og udviklingsindsats sikres således likviditetsmæssige fordele.

Konkret kan virksomheder fra 2012 trække forsknings- og udviklingsudgifter for 5 mio. kr. årligt ind under ordningen.

Ny udbudslov, smidigere udbudsregler og forenkling af EU-udbudsdirektiverne som prioritet under dansk EU-formandskab

Regeringen vil nedsætte et bredt sammensat udvalg, der skal se på fordele og ulemper ved lovgivning på udbudsområdet, og gøre udbudsbekendtgørelsen smidigere, så fx fejl i formalia ikke betyder, at et ellers konditionsmæssigt tilbud erklæres for ugyldigt. Regeringen vil desuden under det kommende danske EU-formandskab arbejde for en forenkling af EU-udbudsdirektiverne.

Særligt mindre virksomheder oplever udbudsreglerne som en bremse for øget vækst, bl.a. fordi procedurer og krav i forbindelse med EU-udbuddene er meget ressourcekrævende. Det afskrækker mange virksomheder fra at byde ind i innovative udbud.

Regeringen indgik den 11. april 2011 aftale om Konkurrencepakken med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Kristendemokraterne. Pakken indeholder et omfattende katalog med 40 initiativer, der styrker konkurrencen og bidrager til øget vækst og produktivitet. I forlængelse heraf vil regeringen nedsætte et bredt sammensat udvalg, der skal se på fordele og ulemper ved lovgivning på udbudsområdet. Der inddrages bl.a. udenlandske erfaringer. Udvalget skal bl.a. se på, om lovgivning vil kunne skabe større klarhed og mere fleksibilitet, eller om den nuværende retstilstand er bedre. Udvalget skal afrapportere senest 1. juli 2012.

Regeringen vil desuden gøre udbudsbekendtgørelsen smidigere, så fx fejl i formalia ikke betyder, at et ellers konditionsmæssigt tilbud erklæres for ugyldigt. Endelig vil regeringen som en del af det kommende danske EU-formandskab i foråret 2012 prioritere at arbejde for at forenkle EU-udbudsdirektiverne, herunder at forhøje tærskelværdierne, udvide adgang til at benytte ”konkurrencepræget dialog”, udvide adgangen til dialog med tilbudsgivere samt gøre det lettere at indgå og anvende rammekontrakter.

Målet er at fremme, at alle virksomheder har gode og lige muligheder for at byde ind på varetagelsen af opgaver i den offentlige sektor samt i højere grad at indgå i offentlig-private samarbejder.

Ny Fond for Velfærdsteknologi

Regeringen vil omlægge den eksisterende ABT-fond til en ny Fond for Velfærdsteknologi, der skal have større fokus på nationale, strategiske satsninger samt udbredelsen af ny, men velafprøvet velfærdsteknologi.

Offentlig-privat innovation og samspil, hvor parterne sammen kan udvikle nye velfærdsteknologiske løsninger kan medvirke til at fremme nye markeder og nye forretningsmuligheder for private leverandører og samtidig skabe grundlag for, at den offentlige sektor kan løse sine opgaver effektivt.

Regeringen vil derfor omlægge den eksisterende ABT-fond til en ny Fond for Velfærdsteknologi, som skal være en motor for effektivisering af den offentlige sektor ved at drive demonstration og udbredelse af ny velfærdsteknologi. Fremadrettet vil fondens fokus være på større nationale projekter, koordinerede indsatser og investeringer i relativt ny, men også velafprøvet velfærdsteknologi. Fonden vil fortsat, men i mindre omfang finansiere lokalt initierede projekter.

De større nationale projekter vil omfatte investeringer i løsninger, som bl.a. er karakteriseret ved en høj grad af offentlig-privat samarbejde, fælles infrastruktur, genbrug og ens standarder samt tværsektorielle projekter.

Fonden kan udbyde problemer og efterspørge nye løsninger i forhold til serviceopgaver, som er udgiftstunge, og hvor teknologi og marked endnu er umodent. Investeringerne vil på sigt være rettet mod strategisk vigtige velfærdsområder, som vil være præget af stigende efterspørgsel og udgiftspres.

Værktøjskasse til velfærdsinnovation

Økonomi- og Erhvervsministeriet vil udarbejde en værktøjskasse til velfærdsinnovation, som skal styrke innovationssamarbejdet mellem offentlige og private aktører på velfærdsområdet samt inddragelsen af brugerne i innovationsprocessen.

Fremtidens velfærds løsninger forventes i øget omfang at blive skabt i et samarbejde mellem offentlige og private aktører, og med udgangspunkt i brugernes behov. Det vil understøtte, at nye løsninger er rettet mod en reel efterspørgsel. Ofte er det imidlertid forbundet med så store udfordringer for virksomheder at indgå i udviklingssamarbejde med offentlige myndigheder og institutioner, at virksomheder helt opgiver at give sig i kast med at samarbejde.

Værktøjskassen til velfærdsinnovation vil indeholde en vejledning til offentlige myndigheder om innovationssamarbejde med private virksomheder (en OPI-vejledning), bl.a. vedrørende juridiske forhold, strategisk forankring af samarbejdet, samt overvejelser om organisering.

Værktøjskassen vil endvidere indeholde en virksomhedsrettet vejledning om inddragelse af brugerne i innovationsprocessen. Vejledningen skal være en let anvendelig trin-for-trin guide til, hvordan virksomheder kan inddrage brugere, herunder offentlige institutioner, patientgrupper, sundhedsfagligt personale osv. i forbindelse med udviklingen af nye løsninger til velfærdsområdet. I regi af Program for Brugerdreven Innovation er der gennemført ca. 25 innovationsprojekter på velfærdsområdet med deltagelse af ca. 70 private virksomheder. Vejledningen vil tage udgangspunkt i den heri opbyggede viden og erfaring med brugerinddragelse i innovationsprocessen.

4. Øget eksport af sundheds- og velfærdsløsninger

Det forventes, at det globale marked for sundheds- og velfærdsydelser vil vokse betydeligt i de kommende år. Danmark har et godt udgangspunkt for at udnytte dette eksportpotentiale. Vi har en række styrkepositioner inden for bl.a. lægemidler, hjælpemidler og medicoteknisk udstyr. Danske sundheds- og velfærdsvirksomheder udfordres dog af udviklingen i en række andre lande. De seneste eksporttal viser, at den danske eksport af sundheds- og velfærdsløsninger har været stigende, men også at Danmark de seneste år har tabt markedsandele, og at vores styrkepositioner er vigende.

Bekæmpelse af tekniske handelshindringer og styrket vejledning om EU-regler

Regeringen vil iværksætte en indsats, der skal hjælpe virksomhederne med at overkomme tekniske handelshindringer i det indre marked med henblik på at understøtte danske virksomheders eksport af velfærdsløsninger.

Nationale standarder og særkrav udgør ofte en barriere for danske virksomheder, når de skal eksportere deres velfærdsløsninger. Op mod 40 pct. af de virksomheder, som forsøger at eksportere velfærdsløsninger, mødes med tekniske handelshindringer.

Indsatsen vil bl.a. indeholde et hold af ”markedsåbnere”, som kan hjælpe virksomheder, der står over for eksport af velfærdsteknologiske løsninger, med konkret og gratis bistand til håndtering af tekniske handelshindringer. Samtidig etableres én indgang for virksomheder med information om EU-regler og nationale krav ved salg af velfærdsløsninger i EU. Endelig vil harmonisering og standardisering på velfærdsområdet i det indre marked blive søgt fremmet mhp. at reducere tekniske handelshindringer og derved fremme danske virksomheders eksport af velfærdsløsninger.

”Building China Health” – virksomhedsnetværk om Kinas sundheds- og velfærdsprojekter

Eksportrådet under Udenrigsministeriet har etableret en virksomhedsgruppe med kompetencer inden for sundheds- og velfærdsområdet, ”Building China Health”, der i fællesskab følger hospitals- og sundhedscenterprojekter i Kina.

Inden 2020 vil Kina opgradere eller nybygge 80 pct. af landets over 16.000 hospitaler, herunder etablere 2000 lokale sundhedscentre. Danske virksomheders muligheder for at blive del af disse projekter kan styrkes gennem målrettet afdækning og prioritering af projekterne, og etablering af konsortier, der kan byde ind med systemløsninger til disse projekter. Samarbejde mellem flere virksomheder kan etablere kritisk masse, konkurrencekraft og trække mindre virksomheder med ud på eksportmarkederne.

Med udgangspunkt i virksomhedsgruppen skræddersyes individuelle konsortier i forhold til de enkelte konkrete projekter og partnerskaber indgås med lokale kinesiske professionelle partnere, der styrker lokalforståelsen og mulighederne for at vinde udbud. Initiativet hedder ”Building China Health”.

Born Global Konference i oktober 2011 om sundheds- og velfærdsløsninger

Eksportrådet under Udenrigsministeriet afholder Born Global Konference i oktober 2011 med sundheds- og velfærdsområdet som hovedtema.

Mange af de danske virksomheder oplever det som en barriere, at de har et begrænset videngrundlag at trække på med henblik på at udnytte de globale muligheder inden for sundheds- og velfærdsområdet. Det gælder ikke mindst fjernmarkederne. Virksomhederne har særligt brug for viden i forbindelse med kortlægning og udvælgelse af eksportmarkeder. For de konkrete markeder kan der være behov for analyse af godkendelsesprocedurer og dokumentationskrav, afdækning af mulighederne på et konkret marked og identifikation af lokale samarbejdspartnere.

Sundhed og velfærd, som er et prioriteret indsatsområde i Eksportrådet, er derfor hovedtema på Eksportrådets Born Global Konference, der afholdes i oktober 2011. Konferencen afholdes i samarbejde med Medicobrancheforeningen og Dansk Rehab Gruppe. Konferencen fokuserer på eksportmulighederne for danske sundheds- og velfærdsløsninger og de seneste trends inden for området. Der vil være mulighed for individuelle samtaler med Eksportrådets 20 sektorrådgivere inden for sundhed og velfærd fra både nær- og fjernmarkederne.

5. Styrket markedsføring og tiltrækning af udenlandske investeringer på sundheds- og velfærdsområdet

Markedsføring af danske kompetencer og styrker på sundheds- og velfærdsområdet er et vigtigt element i at understøtte en styrket eksport af danske sundheds- og velfærdsløsninger. Et øget kendskab til danske kompetencer og styrker øger også muligheden for at tiltrække udenlandske investeringer samt tiltrække og fastholde udenlandske talenter i Danmark.

Etablering af offentlig-privat konsortium om markedsføring af danske velfærdsløsninger

Regeringen vil oprette et offentlig-privat markedsføringskonsortium inden for danske velfærdsløsninger.

For at stå stærkere i den globale konkurrence om talenter, investeringer og markedsandele, er det nødvendigt at øge kendskabet til Danmarks styrker og kompetencer på sundheds- og velfærdsområdet.

Som led i videreførelsen af Handlingsplan for Offensiv Global Markedsføring af Danmark for 2011-2012 er der derfor øget fokus på den internationale markedsføring af danske kompetencer og styrker på sundheds- og velfærdsområdet. Formålet er at skabe et klart og positivt billede af Danmark i udlandet.

Det nye offentlig-private markedsføringskonsortium skal oprettes med støtte fra Fonden til Markedsføring af Danmark, der finansierer med op til 50 pct. Det er hensigten, at konsortiet skal være den nationale paraply for markedsføring af danske velfærdsløsninger og til dette formål samle en bred kreds af deltagere som partnere fra førende organisationer og virksomheder inden for området.

Forslaget skal ses i lyset af de positive erfaringer med Klimakonsortiet, der tidligere er etableret med støtte fra Fonden til Markedsføring af Danmark. Formålet med Klimakonsortiet er bl.a. at øge kendskabet til Danmarks styrker og kompetencer på clean tech-området, således at danske virksomheder på længere sigt øger deres globale afsætning, og at Danmark som nation øger sin tiltrækningskraft i forhold til investeringer, etableringer, arbejdskraft og studerende på energi- og miljøområdet.

Udarbejdelse af en fælles informationsmateriale om Danmark som Sund Vækst laboratorium

Regeringen vil udarbejde informationsmateriale om Danmark som Sund Vækst laboratorium

Der har fra flere sider været udtrykt behov for en samlet faktisk engelsksproget præsentation af den danske sundhedssektor. Regeringen har derfor taget initiativ til, at der i samarbejde med relevante brancheorganisationer udarbejdes informationsmateriale med væsentlige nøgletal om danske styrkepositioner på sundhedsområdet og de gode danske rammevilkår for udvikling af sundhedsløsninger.

Styrket indsats for tiltrækning, fastholdelse og integration af udenlandsk, højtuddannet arbejdskraft og internationale studerende

Regeringen vil styrke indsatsen for tiltrækning af udenlandsk arbejdskraft og internationale studerende gennem 3 initiativer: videreførelse og udbygning af netværket Expat in Denmark, markedsføring af Danmark som uddannelsesland samt nemmere og hurtigere adgang til Danmark for kvalificerede internationale studerende.

Udbuddet af højtuddannet arbejdskraft er én af de afgørende faktorer, når internationale virksomheder skal vælge, hvor de skal placere eksempelvis deres hovedkvarter eller forsknings- og udviklingsaktiviteter.

Som led i aftalen om Handlingsplan for offensiv global markedsføring er der derfor etableret et særskilt indsatsområde, der samler de hidtidige initiativer rettet mod tiltrækning, fastholdelse og integration af udenlandsk, højtuddannet arbejdskraft og internationale studerende. Målet er en øget koordination imellem ressortministerierne og en større sammenhæng mellem indsatsen for at tiltrække og fastholde internationale studerende og højt kvalificeret arbejdskraft.

Markedsførings- og investeringsaktiviteter i forbindelse med e-health week 2012 og afholdelse af World of Health IT – konference i København

Regeringen vil gennemføre en række markedsførings- og investeringsfremmeaktiviteter i forbindelse med e-health week 2012 og World of Health IT – konferencen i København

I arbejdet med tiltrækning af investorer inden for sundheds- og velfærdsområdet oplever Udenrigsministeriet, at der ikke er tilstrækkelig synlighed internationalt omkring danske kompetencer.

Sundheds IT/Velfærdsteknologi er derfor et indsatsområde under opbygning i Invest in Denmark. I forbindelse med e-health week og konferencen World of Health IT, der kommer til Danmark i maj 2012 som en del af Indenrigs- og Sundhedsministeriets formandskabsprogram, vil Indenrigs- og Sundhedsministeriet tage initiativ til, at der gennemføres en række demonstrationer, af danske kompetencer på sundheds-it-området. Endvidere gennemfører Invest in Denmark en række aktiviteter for internationale virksomheder. Det er tanken at tiltrække en række udenlandske virksomheder op til e-health week samt i forbindelse med World of Health IT-konferencen at arrangere udenlandske virksomhedsbesøg i danske testmiljøer indenfor sundheds- og velfærdsteknologi.