



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

03-02-2022

MDR-2022-00076

Maren Munk-Madsen

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 10. februar 2022 kl. 14.30

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

Afbud: Lone Sondrup

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til 10 årsplanen for psykiatri. Oplæg ved Søren Brostrøm	4
2 (Offentlig) Den aktuelle situation i regionerne, herunder status på COVID-19, februar 2022	7
3 (Fortrolig)	8
4 (Fortrolig)	8
5 (Fortrolig)	8
6 (Fortrolig)	8
7 (Offentlig) Status for ansættelse af speciallæger februar 2022.....	9
8 (Offentlig) Status fra Regionernes Sundheds-it (RSI)	13
9 (Fortrolig)	19
10 (Offentlig) Danske Regioner regnskab 2021	20
11 (Fortrolig)	24
12 (Fortrolig)	24
13 (Offentlig) Input til rammerne for Danske Regioners generalforsamling i valgperioden 2022-2026.....	25
14 (Offentlig) Høringssvar - Redegørelse til Folketinget om anvendelse af epidemiloven.....	27
15 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag vedrørende ændringer i lov om sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet	30
16 (Offentlig) Høringssvar - Forslag til ændring af barselsloven, øremærket orlov og ændret fordeling af barselsdagpenge	35
17 (Offentlig) Generelle orienteringer	38
18 (Offentlig) Formandens meddelelser.....	42
19 (Offentlig) Næste møde	43
20 (Offentlig) Eventuelt	44

1 (Offentlig) Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til 10 årsplanen for psykiatri. Oplæg ved Søren Brostrøm

Josefina Hindenburg Krausing
EMN-2020-00886

Resumé

Sundhedsstyrelsens direktør Søren Brostrøm præsenterer ved mødet oplægget "[Fremme af indsatser for mennesker med psykiske lidelser – Fagligt oplæg til en 10-årsplan](#)", som Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen offentliggjorde den 13. januar 2022. Oplægget er vel modtaget af en lang række centrale parter, herunder [Danske Regioner](#).

Det faglige oplæg er inspireret af udviklingen på kræftområdet, hvor man med ambitiøse investeringer over mange år og tæt monitorering er lykkedes med at bringe dansk kræftbehandling op i den bedste liga. Anbefalingerne i det faglige oplæg omhandler både udvidelse af kapacitet, men også omlægninger af den måde vi gør det på i dag, f.eks. med forpligtende forløbsbeskrivelser på tværs af sektorer, bedre og nemmere adgang til tidlig mental hjælp, bedre sammenhængende og samtidig behandling af psykisk sygdom og misbrug.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager Søren Brostrøms oplæg til efterretning, og
at bestyrelsen drøfter Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien i dialog med Søren Brostrøm.

Sagsfremstilling

Det faglige oplæg "Fremme af indsatser for mennesker med psykiske lidelser – Fagligt oplæg til en 10-årsplan" er afsat for, at der politisk skal vedtages en 10-årsplan for psykiatrien. Danske Regioner har sammen med en række andre centrale parter deltaget i arbejdet med udarbejdelsen af oplægget. Oplægget indeholder 10 mål og 37 anbefalinger, som favner indsatser i forhold til prioriterede temaer.

Særligt to forslag til indsatser ser Danske Regioner som væsentlige omdrejningspunkter for løft af kvaliteten. De omhandler:

- Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel af ensartet høj kvalitet via etablering af et kommunalt tilbud med én indgang baseret på nationale faglige rammer.
- Styrkede indsatser til mennesker med svær grad af psykisk lidelse bl.a. velbeskrevne rammer og krav til kvalitet og sammenhæng gennem forpligtende tværsektorielle og tværfaglige forløbsbeskrivelser.

Derudover kan kvaliteten og kapaciteten i socialpsykiatrien løftes gennem bl.a. en national udviklingsstrategi for et kvalitetsløft samt etablering af midlertidige og akutte kommunale tilbud til voksne, der f.eks. venter på et botilbud efter indlæggelse på sygehus.

Udvalgt politisk respons på oplægget

Danske Regioner bakker i sin pressemeddelelse fuldt og helt op om det faglige oplægs bud på tendenser og udviklingspotentialer i psykiatrien, og om at målet er en psykiatri, der kan sammenlignes med kræftområdets tidlige opsporing, kvalitet og sammenhæng. Det noteres også, at oplægget i høj grad indeholder regionernes faglige input til gavn for patienterne. Oplægget lægger sig også tæt op ad regionernes fokus på at skabe mere lighed i sundhed.

Sundhedsminister Magnus Heunicke har i forbindelse med offentliggørelsen af oplægget lagt vægt på, at udfordringerne i psykiatrien kræver, at de politiske partier forpligter sig til en vedholdende indsats de næste 10 år. Ministeren henviser til, at psykiatrien er et stort tema, og at der er en omfattende efterspørgsel efter, at samfundet tager denne opgave på sig.

KL hilser det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien velkommen, og roser blandt andet anbefalingerne om styrket samarbejde mellem kommuner og regioner. KL peger på, at når det kommer til behandlingen af det enkelte menneske, må ensartethed aldrig være et mål i sig selv, og at det desuden er forskelligt fra kommune til kommune, hvordan man bedst organiserer sin indsats. KL ønsker, at kommunerne sættes fri til at sammensætte det bedste lokale tilbud frem for at pålægges flere bureaukratiske bindinger og overflødige statslige detailkrav.

SIND, Bedre Psykiatri og Lægeforeningen roser oplægget, som de mener er ambitiøst, og peger på, at hvis alle anbefalingerne bliver vedtaget, opnås en god psykiatri, hvor mennesker med psykisk sygdom har gode muligheder for at få det bedre. Alle tre organisationer peger på vigtigheden af, at der stilles klare kvalitetskrav på tværs af sektorer, så børn, unge og voksne får tilbudt en ensartet behandling og ensartede indsatser på tværs af hele landet – som bygger på evidens. SIND peger særligt på behovet for en bred indsats, og at "mennesket skal før systemet". Bedre Psykiatri opfordrer særligt til, at der startes med bedre inddragelse og undervisning til pårørende, idet det vil give alvorligt syge markant bedre mulighed for at blive raske og hjælper pårørende med at overkomme de store udfordringer, de møder i hverdagen. Lægeforeningen savner, at kapacitet sættes øverst på prioriteringslisten, samt at der leveres klare anbefalinger for, hvordan ressourcer og indsatser skal fordeles både her og nu og på længere sigt.

Dobbeltdiagnose

Indsatsen til mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug gennem et samlet og integreret behandlingstilbud indgår i det faglige oplæg, men ikke

som én af de først prioriterede indsatser i 2023. Det skyldes et arbejde, som pågår i regi af aftalen om regionernes økonomi for 2021, der undersøger modeller for "en ændret ansvarsfordeling for den gruppe af borgere, som lider af psykisk sygdom og samtidigt misbrug". Arbejdet forventes afsluttet snarest. Det fremgår i det faglige oplæg, at et integreret samlet ansvar for behandling af patienter med misbrug og psykiatrisk lidelse i regionerne er forudsætningen for, at andre indsatser i 10-års planen i forhold til de sværest syge patienter vil vise resultater, herunder nedbringelse af overdødelighed samt tvang.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

2 (Offentlig) Den aktuelle situation i regionerne, herunder status på COVID-19, februar 2022

Rósa Víkingisdóttir
EMN-2020-00440

Resumé

Bestyrelsen drøftede ved møderne i efteråret og vinteren 2021 den aktuelle situation i regionerne i lyset af bl.a. sygeplejerskekonflikten, RS-virus og COVID-19.

Der lægges op til en fornyet drøftelse af den aktuelle situation baseret på de seneste aktivitetstal fra Sundhedsdatastyrelsen, der er vedlagt som bilag, og formandens mundtlige orientering om status på COVID-19.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager formandens mundtlige orientering til efterretning, og at bestyrelsen drøfter den aktuelle situation i regionerne.

Sagsfremstilling

Statusrapporten for sygdomsbyrde og vaccination er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen på baggrund af dataopgørelser fra Sundhedsdatastyrelsen. I rapporten er der et afsnit om øvrig somatisk sygehusaktivitet for både det akutte og det elektive område. Rapporten ledsages af bilag, der viser den regionsfordelte aktivitet.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. SST's statusrapport, Sygdomsbyrde, sygehuskapacitet og vaccination, udg. 1.2.2022 (1521135 - EMN-2022-00042)

2. SST's bilag til statusrapport, udg. 1.2.2022 (1521134 - EMN-2022-00042)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Fortrolig)

7 (Offentlig) Status for ansættelse af speciallæger februar 2022

Astrid Sloth Kristensen
EMN-2017-00054

Resumé

Bestyrelsen besluttede ved sit møde den 15. december 2016 at opfordre regionerne til tre tiltag for at understøtte, at den fortsatte stigning i antallet af speciallæger ansat i regionerne bremses, at forholdet mellem overlæger og afdelingslæger ændres, samt at der skabes mulighed for en ændret geografisk fordeling af speciallægerne.

Bestyrelsen bad i den forbindelse sekretariatet om en halvårlig status. Sidste status blev givet på bestyrelsens møde den 23. september 2021.

Indstilling

Det indstilles, at
bestyrelsen tager orienteringen om status til efterretning.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen besluttede den 15. december 2016 at opfordre regionerne til at sætte fokus på ansættelser af speciallæger. Ordningen blev senest forlænget i september 2021. Det betyder konkret, at regionerne lokalt har implementeret pkt. 1-3 beskrevet nedenfor.

1. Overvejelser i forbindelse med fremtidige ansættelser i speciallægestillinger
Skærpet vurdering af behovet for at genbesætte en ledig stilling med speciallægekompeterer samt vurdering af, om stillingen i givet fald skal slås op som henholdsvis afdelingslæge- eller overlægestilling.

2. Fælles regionale principper for faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger

Supplerende til de hidtil gældende principper vil regionerne i forbindelse med den faglige bedømmelse fremadrettet tillægge ansøgernes erfaring særlig vægt, herunder særligt antal år som speciallæge.

Udgangspunktet for at være kvalificeret til en overlægestilling skal være, at ansøgeren har haft ansættelse som afdelingslæge eller tilsvarende inden for det pågældende speciale eller fagområde i minimum fem år efter, at vedkommende har fået sin speciallægeanerkendelse.

Kriteriet om fem års forudgående ansættelse som speciallæge følges ud fra "følg eller forklar princippet". Der kan i særlige tilfælde gives dispensation fra

de fem år, f.eks. hvis vedkommende skal have personaleansvar eller arbejder inden for et helt særligt nicheforskningsområde.

3. Fastfrysning af antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne i København, Århus og Odense i to år

Antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne omkring de tre største byer i Danmark "fastlåses" frem til 1. april 2023. Måltallet for fastfrysningen af antallet af speciallægestillinger ved universitetshospitalerne er antal besatte stillinger/faktisk ansatte speciallæger pr. 1. januar 2018.

Bestyrelsen har besluttet, at særlige specialiserede områder undtages fra "loftet", hvorfor der i fremstillingen er et "loft", hvor specialerne: dermatovenerologi, klinisk farmakologi, klinisk immunologi, thoraxkirurgi og neurokirurgi ikke indgår.

For disse måltal gælder også "følg eller forklar princippet". Der kan derfor kun undtagelsesvis kunne gives dispensation til at øge antallet af årsværk for speciallæger på de berørte hospitaler.

Status på ordningerne

Ved mødet den 15. december 2016 besluttede bestyrelsen også, at Danske Regioner skulle understøtte implementeringen af tiltagene ved bl.a. at præsentere bestyrelsen for en halvårlig status.

Status indeholder:

- A. Udviklingen i det samlede antal speciallæger ansat i regionerne
- B. Udviklingen i forholdet mellem antal overlæger og antal afdelingslæger ansat i regionerne
- C. Antal dispensationer for kravet om fem års ansættelse forud for første ansættelse som overlæge
- D. Antal dispensationer i forhold til det fastlåste antal speciallæger ved universitetshospitalerne

A. Det samlede antal speciallæger i regionerne

Det samlede antal ansatte speciallæger har været stigende i perioden fra december 2016 til oktober 2021. Stigningen er primært sket inden for gruppen af afdelingslæger.

En samlet opgørelse af speciallæger i hele landet og for de enkelte regioner er vist i vedlagte bilag.

B. Forholdet mellem antal overlæger og antal afdelingslæger ansat i regionerne.

I december 2016 var forholdet mellem afdelingslæger og overlæger 1:2,85. Det vil sige, at der for hver afdelingslæge var ansat 2,85 overlæge.

I oktober 2021 var forholdet mellem afdelingslæger og overlæger 1,93. Det vil sige, at der for hver afdelingslæge er ansat 1,93 overlæge.

Fordelingstal for de enkelte regioner fremgår af vedlagte bilag.

Der er i perioden fra 2016 sket en positiv udvikling i fordelingen mellem overlæger og afdelingslæger. Udviklingen er stadig positiv i oktober 2021, men udviklingen går ikke længere lige så hurtigt. Den positive udvikling i fordelingen mellem overlæger og afdelingslæger skyldes primært, at den samlede vækst i speciallægeansættelser er sket blandt afdelingslæger.

Samtidig er indeks for overlægeansættelser på 98, hvilket indikerer, at der ved overlægefratrædelser sker en genansættelse med overlæger.

C. Antal dispensationer for kravet om fem års ansættelse forud for første ansættelse som overlæge

Regionerne har givet følgende tilbagemeldinger vedrørende dispensationer for fem års kravet:

Region Nordjylland

Der blev i perioden 1. juli til 31. december 2021 givet fire dispensationer. Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos regionsdirektøren.

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar – 30 juni 2021 givet fem dispensationer.

Region Syddanmark

Der er i perioden 1. juli til 31. december 2021 givet 10 dispensationer. Kompetencen til at tildele dispensationer ligger hos koncerndirektionen.

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar – 30. juni 2021 givet 13 dispensationer.

Region Midtjylland

Der er i perioden 1. juli til 31. december 2021 givet 24 dispensationer. Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos koncerndirektionen med delegeret kompetence til koncern HR.

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar – 30. juni 2021 givet 20 dispensationer.

Region Sjælland

Der er i perioden 1. juli til 31. december 2021 givet 15 dispensationer. Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos koncerndirektionen

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar – 30. juni 2021 givet 13 dispensationer.

Region Hovedstaden

Der er i perioden 1. juli til 31. december 2021 givet 22 dispensationer, 6 dispensationer har først virkning/tiltrædelse 1. kvartal 2022. Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos regions sundhedsdirektøren.

Til sammenligning blev der i perioden 1. januar – 30. juni 2021 givet 19 dispensationer.

D. Antal dispensationer i forhold til det fastlåste antal speciallæger ved universitetshospitalerne

Opgørelserne viser, at der på alle universitetshospitaler er forekommet en stigning i antal speciallæger. Det gælder både det samlede antal speciallæger og antallet uden de undtagne områder.

Regionernes tilbagemeldinger fremgår af vedlagte bilag, herunder både en opgørelse over samlet antal speciallæger og antal speciallæger uden de undtagne områder.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Udvikling i ansættelse af speciallæger (1517041 - EMN-2017-00054)
2. Antal speciallæger i forhold til det fastlåste antal speciallæger ved universitetshospitalerne (1521260 - EMN-2017-00054)

8 (Offentlig) Status fra Regionernes Sundheds-it (RSI)

Lasse Borum Lunding
EMN-2017-00640

Resumé

Regionernes samarbejde på digitaliseringsområdet er forankret i Regionernes Sundheds-it (RSI). Som en del af RSI-samarbejdet gennemføres udviklingsinitiativer, der understøtter udvalgte strategiske mål, skaber sammenhæng for borgere og klinikere samt styrker digitaliseringen af sundhedsvæsenet.

Regionerne driver gennem RSI-samarbejdet i øjeblikket 23 fællesregionale digitaliseringsprojekter og drifter 10 fællesregionale systemer. Derudover indgår regionerne og Danske Regioner i et større antal fællesoffentlige digitaliseringsinitiativer og fora med ophæng i økonomiaftaler, overenskomster, fællesoffentlige strategier m.m.

Med denne sag orienteres om status for regionernes samarbejde på digitaliseringsområdet.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI) er regionernes samarbejde om digitalisering, teknologi, innovation og it. RSI blev formelt etableret i 2010 med økonomiaftalen for 2011 i forlængelse af drøftelser mellem staten og regionerne om potentialet for og ønsket om et stærkere regionalt samarbejde på området og flere fællesregionale it-projekter og drift.

I RSI-samarbejdet følges både de fællesregionale og de fællesoffentlige digitaliseringsprojekter og initiativer. Den samlede digitaliseringsportefølje består i øjeblikket af nedenstående delporteføljer, hvoraf der er et vist overlap mellem initiativerne:

Den fællesregionale portefølje

[Den fællesregionale portefølje](#) er forankret i RSI-samarbejdet og indeholder for øjeblikket 23 aktive udviklingsprojekter. Frem til i dag er der gennemført over 50 fællesregionale projekter, der er med til at understøtte udviklingen og sammenhængen i sundhedsvæsenet og på tværs af regionale velfærdsområder generelt. Projekterne har bl.a. ophæng i regionernes digitaliseringsstrategi, "[Sundhed for dig](#)". Den fællesregionale portefølje

udbygges løbende med nye projekter, som følge af fælles udbud mellem regionerne, nye strategiske målsætninger m.v.

Blandt de store projekter i den fællesregionale portefølje er:

Nyt system til administration af praksisområdet (LUNA)

Regionerne samarbejder om etableringen af en fællesregional it-løsning til at administrere praksisområdet på tværs af de fem regioner. Den nye it-løsning, LUNA, er en erstatning for projektet om udviklingen af Praksys.dk, som blev afbrudt i 2019. LUNA-projektet blev igangsat ultimo 2019 og fra december 2021 anvendes systemet i alle fem regioner til håndtering af praksisområdet, herunder afregning med praktiserende læger. Projektet afsluttes i september 2022, hvor den nuværende it-plattform, Notus, udfases endeligt.

Sundhedsjournalen

Sundhedsjournalen fungerer som fælles visning af patientoplysninger for sundhedspersoner på tværs af sektorer og bidrager til at sikre sammenhæng i patientbehandlingen. Sundhedsjournal-projekt 3.0 har i 2021 arbejdet med udrulning af integration til privathospitaler, to kommunale spor samt integration til speciallæger. De fire store indsatsområder for 4.0 er "brug" (statistik, formidling, undervisning, anvendelse), "bedre" (forbedre tilgængelige data og funktioner), "nyt" (nye data og funktioner) og "samarbejde" (parter, styregrupper, projekter, forvaltning). Arbejdet med scope og leveranceplan påbegyndes i august 2022 og projektet igangsættes i december 2022.

MinSundhed

Pr. december 2021 har der været knap 5 mio. downloads af appen MinSundhed. Der er i januar 2022 lanceret en ny funktionalitet, der giver let og hurtig adgang til regionernes akutte tilbud. Den nye funktion kan ved hjælp af en GPS-lokation og tidspunkt på døgnet henvise til, hvem man skal ringe til ved akut sygdom eller skader, uanset hvor i landet man befinder sig. Derudover udvikles ny funktionalitet om visning af hhv. aftaler og henvisninger på MinSundhed. Dette lanceres i løbet af 2022.

Ny Generation Digital Post & Ny Digital Identitet og Signatur

It-løsningen til håndtering af den offentlige digitale post i Danmark skal udskiftes, dels som led i en fremtidssikring af Digital Post, dels som led i den løbende pligt til udbud af offentlige it-løsninger. Den nye løsning etableres i et samarbejde mellem Digitaliseringsstyrelsen, Danske Regioner og KL og lanceres i 2022. Regionerne indgår i udviklingen af den nye løsning for at sikre, at den imødekommer regionernes behov på området, herunder behovet for en høj sikkerhed. Regionernes overgang til den nye Digitale Post sker i 1. kvartal 2022.

Regionerne skal desuden implementere nye elektroniske

medarbejderidentiteter for at tilgå den digitale brugergrænseflade på sygehuse m.v. Der er igangsat et projekt til at klargøre regionerne til implementeringen. Dette projekt forventes afsluttet medio 2023.

Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020 (forlænget t.o.m. 2021)

Staten, regioner og kommuner har siden 2001 samarbejdet om digitaliseringen af den offentlige sektor via flerårige aftaler om, hvilken retning den offentlige digitalisering i Danmark skal tage. Strategien er forankret i Digitaliseringsstyrelsen.

Den nuværende [fællesoffentlige digitaliseringsstrategi](#) indeholder i alt 34 initiativer, som enten er afsluttede eller er på vej mod afslutning. Strategien understøtter det brede digitaliseringsarbejde på tværs af Danmark, som skal sikre en fortsat og yderligere digitalisering af den offentlige sektor. Der udgives en ny digitaliseringsstrategi i 2022, som forventes at løbe 2022-2025.

De største projekter i den netop afsluttede fællesoffentlige digitaliseringsstrategi var:

Mit Overblik

Mit Overblik har haft til formål at give borgerne et bedre digitalt overblik over de mest relevante oplysninger om dem selv og deres igangværende sager, udbetalte ydelser, betalinger, frister og relevante aftaler – på tværs af den offentlige sektor.

Etableringen af Mit Overblik gennemføres trinvist frem mod 2024. I 2020 blev data fra de første myndigheder implementeret, mens kommunale og regionale bidrag blev aftalt. Yderligere kommunale og regionale bidrag til næste trin i implementeringen aftales i forbindelse med økonomiaftalen for 2023.

Signaturprojekter

Digitaliseringsstyrelsen, KL og Danske Regioner påbegyndte i 2020 signaturprojekter til støtte af afprøvning af nye teknologier i den offentlige sektor. Der blev ved økonomiaftalerne for 2020 igangsat 15 signaturprojekter. Ved økonomiaftalerne for 2021 blev igangsat 13 signaturprojekter, og ved økonomiaftalerne for 2022 blev der igangsat 12 signaturprojekter.

De signaturprojekter, der blev igangsat i forbindelse med økonomiaftalen for 2022, har i høj grad fokus på AI. De igangsatte projekter er bl.a. "Bedre diagnostik af gravide ved hjælp af kunstig intelligens", "WARD-HOME – Sikker udskrivelse fra hospitalet" og "Kunstig intelligens til understøttelse af visitation af henvisninger fra almen praksis".

Strategi for digital sundhed 2018-2022

[Strategi for digital sundhed 2018-2022](#) er udarbejdet af regeringen, Danske Regioner og KL med det formål at styrke det digitale samarbejde om sundhed for hver enkelt borger. Det sker gennem fem overordnede indsatsområder, som strategiens 27 initiativer fordeler sig inden for:

- Borgeren som aktiv partner
- Viden til tiden
- Forebyggelse
- Tillid og sikkerhed om data
- Fremdrift og fælles byggeblokke

Fremdriften for de 27 initiativer følges af Den nationale bestyrelse for Sundheds-it, hvor Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner er repræsenterede. En række af initiativerne afsluttes i 2022, men andre initiativer er forsinkede og fortsætter udover strategiperioden.

Af store initiativer i strategien kan nævnes:

National appguide

Det er aftalt i strategien at afsøge mulighederne for at lave en dansk guide til sundhedsapps. Formålet med appguiden er at give borgere og sundhedspersoner et bedre overblik over sundhedsapps, der giver et værdifuldt og fagligt supplement i patientbehandlingen, og som lever op til sikkerhedskrav om persondata. På baggrund af et gennemført pilotprojekt er der aktuelt et modningsprojekt for appguiden, der er planlagt til at vare til midten af 2022, men muligvis forlænges til udgangen af 2022.

Modningsprojektet skal kvalificere pilotprojektets leverancer og afprøve et muligt drift set-up for appguiden. Netop nu drøftes det mulige drift set-up, herunder regionernes/Danske Regioners rolle. Et kernespørgsmål i forhold til driften er, om appguiden alene skal inkludere CE-mærkede apps eller en bredere palette af apps. Danske Regioner sigter efter den brede model, da kun et fåtal af sundhedsapps er CE-mærkede.

Program for et samlet patientoverblik

Med økonomaftalerne for 2020 blev det aftalt at tage Aftaleoversigt og Fælles Stamkort i brug inden udgangen af tredje kvartal 2021.

Aftaleoversigten er en kalender, som giver patienter og deres pårørende et samlet overblik over deres aftaler med hospitaler, kommuner og egen læge, og giver sundhedspersoner mulighed for at koordinere aftaler på tværs. Fælles Stamkort giver patienter og deres pårørende mulighed for selv at indtaste stamoplysninger, som også bliver tilgængelige for sundhedspersoner.

Regionernes aktuelle tidsplaner:

- Region Hovedstaden/Sjælland forventer visning/deling af Aftaleoversigt og Fælles Stamkort i marts 2022 – det er dog under vurdering, om man er nødt til at udskyde visning/deling af Fælles Stamkort til et senere tidspunkt.

- Region Midtjylland forventer visning/deling af Aftaleoversigt og Fælles Stamkort i første kvartal 2023
- Tidsplanerne for Region Syddanmark og Region Nordjylland er fortsat under revision. Overgang til nyt EPJ-system og opgradering til seneste version af denne er en forudsætning for at gå i drift. Region Nordjylland forventer at have opgraderet til seneste version i første kvartal 2023, Region Syddanmark i tredje kvartal 2023.

Øvrige parters tidsplaner: Speciallægerne forventer deling af aftaler i januar 2022. Almen praksis forventer at kunne vise aftaler ved udgangen af første kvartal 2022, og forventer visning/deling af Fælles Stamkort i december 2022. Tidsplanerne for kommunerne er fortsat under revision.

Telemedicin/Fælles Udvikling af Telemedicin (FUT)

FUT-infrastrukturen kom i drift 2020 og flere telemedicinske løsninger er snart klar til at blive koblet på infrastrukturen. Den næste løsning, der udvikles er KOL-løsningen, som forventes at være færdig i 2023. Ligeledes bliver Kommunal PRO tilkoblet i slutningen af 2022, og medio 2022 påbegyndes implementeringen af Kommunal Gateway. Kommunal PRO er en løsning til kommunale medarbejdere og borgere, som skal besvare spørgeskemaer udsendt af kommunen. Kommunal Gateway er en løsning der lagrer og udstiller data, som kan bruges og genbruges på tværs af det offentlige. Derudover bliver der fortsat videreudviklet på det klinisk administrative modul (KAM) på infrastrukturen, som forventes færdigt i marts 2022. Modulet er en vigtig komponent for mange af de fremtidige løsninger og kommer bl.a. til at understøtte spørgeskema-funktionaliteter og specifikke KOL-funktionaliteter.

Arbejdsprogram for MedCom 12 2021-2022

[Arbejdsprogrammet for MedCom 12 i 2021 og 2022](#) har særligt fokus på implementering af moderniseret tværsektoriel kommunikation, udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen ved deling af data mellem almen praksis, sygehuse, kommuner, speciallægepraksis og borgere. Derudover fokuseres på styrket inddragelse af borgerne gennem understøttelse af borgerrettede løsninger, udbredt anvendelse af videokonferencer og fortsat hærdning af informationssikkerheden, herunder understøttelse af det nationale cybersikkerhedsarbejde. Arbejdsprogrammet indeholder 29 projekter og initiativer. I MedComs styregruppe er KL, Sundhedsministeriet samt Danske Regioner repræsenterede.

Arbejdsprogrammet har bl.a. stort fokus på modernisering af MedCom kommunikation og understøttelse af borgerrettede videokonsultationer og tværsektorielle videokonferencer.

Sundhedssektorens cyber- og informationssikkerhedsstrategi 2019-2022

Center for Cyberkriminalitet har vurderet, at truslen fra cyberspionage og cyberkriminalitet mod den danske sundhedssektor er ”meget høj”. Derfor er der lanceret en [strategi](#), som skal ruste sundhedssektoren til at imødegå den gældende trussel og fremtidssikre det danske sundhedsvæsen på cyber- og informationssikkerhedsområdet.

Strategien udmøntes gennem fire indsatsområder, som de i alt 17 initiativer fordeler sig inden for:

- Forudsige hændelser
- Forebygge hændelser
- Opdage hændelser
- Håndtere hændelser

Strategiens retning og initiativer er blevet evalueret årligt med henblik på tilpasning til de nye trusler, der er kommet på et så omskifteligt område som cyber- og informationssikkerhedsområdet. Når strategien udløber i 2022, skal den således fornyes.

Strategien følges af en styregruppe bestående af Sundhedsministeriet, Danske Regioner, KL, Center for Cybersikkerhed, PLO, MedCom og Sundhed.dk.

Regeringens digitaliseringsstrategi på baggrund af Digitaliseringspartnerskabet

I marts 2021 nedsatte regeringen et digitaliseringspartnerskab for Danmarks digitale fremtid. Digitaliseringspartnerskabet har bidraget med viden om, hvordan Danmark bedst udnytter den digitale omstilling. Ved afslutningen af sit arbejde har partnerskabet afleveret [46 anbefalinger](#) til regeringen om, hvordan Danmark udnytter og omsætter de teknologiske muligheder i fremtiden.

Digitaliseringspartnerskabet var et samarbejde mellem bl.a. regeringen, private organisationer, KL og Danske Regioner. Anbefalingerne indgår nu strategier og politiske udspil fra regeringen på det digitale område, herunder regeringens kommende digitaliseringsstrategi. Strategien forventes lanceret i foråret 2022.

Digitalisering af samtykke

Samtykkeprojektet udspringer af den fællesoffentlige digitaliseringspagt fra 2019, hvor det blev aftalt at igangsætte et analysearbejde om digitalt samtykke. Formålet med digitalisering af samtykker og frabedelse af samtykke er at give borgere og medarbejdere et digitalt overblik over relevante samtykker og frabedelser. Projektet har primo december 2021 materialiseret sig i et målbillede, der dækker hele samtykkets livscyklus. Det næste skridt er en afklaring af de juridiske udfordringer, der er forbundet med projektet, ligesom en nærmere teknisk udvikling af systemet er i umiddelbar pipeline. Der sigtes mod en idriftsættelse af en samtykke-testfunktion inden udgangen

af 2022. En endelig realisering og udbredelse af samtykkefunktionen vil tidligst ske i 2023.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Projektoversigt (1518705 - EMN-2017-00640)

9 (Fortrolig)

Resumé

Danske Regioners regnskab for 2021 aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens regler for klasse A virksomheder. Årsregnskaber er revideret af BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab.

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 5,8 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 29,1 millioner kroner, idet der er indtægter på 7,6 millioner kroner, omkostninger på 0,6 millioner kroner og kursgevinster på 22,1 millioner kroner. Dermed udviser resultatet af foreningens drift et overskud på 23,3 millioner kroner.

Udgiften til rammebevillingen Projekt Godt Sygehusbyggeri udgjorde 1,1 millioner kroner og til Ekstraordinær klimaindsats 0,2 millioner kroner.

Årets resultat er dermed et overskud på 21,9 millioner kroner.

Danske Regioners balance pr. 31. december 2021 udgør 707,5 millioner kroner. Egenkapitalen ultimo 2021 udgør 361,8 millioner kroner, hvilket er en stigning på 21,9 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen svarende til årets resultat.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioners regnskab for 2021 godkendes og underskrives, og at Revisionsprotokollatet underskrives.

Sagsfremstilling

Danske Regioners regnskab for 2021 er revideret af BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab. Revisionen har ved afslutningen af revisionen af Danske Regioners årsregnskab afgivet en beretning.

Konklusionen på den udførte revision er, at "godkender ledelsen årsregnskabet i den nuværende form, vil vi forsyne det med en påtegning uden forbehold, omtale af væsentlig usikkerhed vedrørende fortsat drift, fremhævelse af forhold eller andre rapporteringsforpligtelser."

Regnskabet aflægges som en årsrapport efter årsregnskabslovens regnskabsklasse A. Denne regnskabsklasse er beregnet på virksomheder, som ikke er forpligtet til at aflægge årsrapport, men som frivilligt har valgt at aflægge en sådan til ekstern brug. Bestyrelsen besluttede ved behandlingen af Danske Regioners kasse- og regnskabsregulativ den 23. november 2006, at regnskabslovens principper skulle anvendes.

Regnskabet for 2021

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 5,8 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 29,1 millioner kroner, idet der er indtægter på 7,6 millioner kroner, omkostninger på 0,6 millioner kroner og kursgevinster på 22,1 millioner kroner. Dermed udviser resultatet af foreningens drift et overskud på 23,3 millioner kroner.

Udgiften til rammebevillingen Projekt Godt Sygehusbyggeri udgjorde 1,1 millioner kroner og til Ekstraordinær klimaindsats 0,2 millioner kroner. Årets resultat er dermed et overskud på 21,9 millioner kroner.

Danske Regioner inkl. de selvstændigt finansierede områder

I det følgende tages der udgangspunkt i Budget og resultatoversigt 2021.

De samlede indtægter før finansielle poster endte godt 1,1 millioner kroner lavere end budgetteret. Kontingentindtægter var godt 0,4 millioner kroner højere som konsekvens af øget befolkningstal, mens sekretariatsbidragene var lavere end budgetteret.

Sekretariatsbidragene og øvrige indtægter fluktuerer bl.a. i takt med indgåede projektbevillinger i forskningsfondene og fordeler sig dermed ujævnt over årene.

De samlede personaleomkostninger på 194,4 millioner kroner er knap 10,0 millioner kroner lavere end budgetteret. Årsagen er primært et fald i hensættelsen til tjenestemandspensionister på 2,8 millioner kroner, hvilket resulterede i en samlet budgetforbedring på 3,8 millioner kroner, idet der var budgetteret med en forøgelse på 1 million kroner. Udgifterne til feriegodtgørelse var ligeledes lavere og refusioner i forbindelse med barsel og sygdom højere end budgetteret. Endelig var udgifterne til efteruddannelse lavere end budgetteret.

Driftsomkostningerne eksklusiv personaleomkostninger er 26,0 millioner kroner lavere end budgetteret.

Udgifterne til fremmede tjenesteydelser var 13,8 millioner kroner lavere end budgetteret, hvilket dels skyldes uforbrugte puljemidler på 4,1 millioner

kroner, og dels uforbrugte midler i de eksternt finansierede enheder (se nedenfor). Årsagen er primært, at mange initiativer er blevet udsat i 2021 på grund af COVID-19.

Udgifterne til mødeaktiviteter og rejser er 7,9 millioner kroner lavere end budgetteret. Igen er det COVID-19, der har betydet et kraftigt fald i møder, konferencer og rejser. Til gengæld er brugen af virtuelle møder fortsat på et højt niveau.

Finansielle poster

De finansielle indtægter udgør 7,6 millioner kroner, hvilket stort set svarer til det budgetterede. De finansielle omkostninger er 0,2 millioner kroner højere end budgetteret på grund af negative renter på indeståender. Kursgevinster udgør 22,1 millioner kroner. Overskuddet på de finansielle poster er samlet 29,1 millioner kroner i 2021.

Medicinerådet

Medicinerådet har egne kontingentindtægter og selvstændig økonomi, men indgår som en del af det samlede regnskab. I note 20 i årsrapporten vises hovedtallene for Medicinerådets del af regnskabet for 2021.

Medicinerådet modtager i årene 2019-2022 årligt 2 millioner kroner over finansloven til at understøtte arbejdet med brede behandlingsvejledninger. Primo 2020 blev opgaven vedrørende sundhedsøkonomiske vurderinger flyttet fra Amgros til Medicinerådet. I den forbindelse blev kontingentet til Medicinerådet øget med 5 millioner kroner fremover.

Medicinerådets udgifter til fremmede tjenesteydelser udgjorde 2,1 millioner kroner mod budgetteret 3,9 millioner kroner.

Medicinerådets resultat for 2021 er et mindreforbrug på 1,8 millioner kroner.

Behandlingsrådet

Behandlingsrådet har egne kontingentindtægter og selvstændig økonomi, men indgår som en del af det samlede regnskab. I note 23 i årsrapporten vises hovedtallene for Behandlingsrådets del af regnskabet for 2021.

Behandlingsrådet er under opbygning. Dette sammenholdt med COVID-19 har betydet, at opbygningen af sekretariatet er efter budgettet. Dette har resulteret i et mindreforbrug på alle budgetposter bortset fra it-drift. Budgettet som helhed er under løbende revidering som led i opbygningen. Behandlingsrådets udgifter til fremmede tjenesteydelser udgjorde 1,4 millioner kroner mod budgetteret 2,3 millioner kroner.

Behandlingsrådets resultat for 2021 er et mindreforbrug på 7,9 millioner kroner.

Status pr. 31. december 2021

Danske Regioners balance pr. 31. december 2021 udgør 707,5 millioner kroner. Egenkapitalen ultimo 2021 udgør 361,8 millioner kroner, hvilket er en stigning på 21,9 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen svarende til årets resultat.

Værdien af ejendomme og øvrige anlægsaktiver udgør 183,1 millioner kroner efter årets tilgange og afskrivninger.

Danske Regioner har indgået en kapitalforvaltningsaftale med Nordea Asset Management. Aftalens overordnede investeringspolitik medfører en maksimal aktieandel på 30 pct., og en deraf følgende obligationsandel på 70 pct.

Ultimo 2021 udgjorde aktieandelen 21,7 pct. af den samlede portefølje på 417,8 millioner kroner (inklusive indestående på tilhørende porteføljekonto på 1,4 millioner kroner ultimo 2021). Obligationsporteføljen søges placeret under hensyn til højest muligt afkast med lavest mulig risiko for kurstab ved renteudsving samtidig med, at det sikres, at der løbende frigives kapital til at dække de løbende driftsunderskud. Obligationernes restløbetid fordeler sig med 72 pct. af beholdningen mellem 0-5 år, 4 pct. mellem 5 og 10 år og 24 pct. over 10 år.

Interimskonti

Danske Regioner forvalter centrale overenskomstpuljer, der er opkrævet i amterne og regionerne siden 1993. Overenskomstparterne disponerer over puljerne, og der henstår 125,7 millioner kroner. Puljerne forrentes med diskontoen minus en procent. Da diskontoen er 0,0 pct., er der ikke sket en rentetilskrivning, idet aftalen indebærer, at der ikke udmøntes en negativ forrentning.

Der er hensat midler til projekter for 56,0 millioner kroner. Den største del heraf udgøres af Regionernes Medicinpulje(r), hvor der ultimo 2021 henstod 8,0 millioner kroner. Den seneste ansøgningsrunde er afsluttet i 2021, og der er givet tilsagn til forskningsprojekter i størrelsesordenen 19,3 millioner kroner, der delvist er udbetalt, mens resten kommer til udbetaling i 2022 og frem. Herudover udgjorde den Fællesregionale pulje til forskning i forebyggelse 8,5 millioner kroner ultimo 2021. Heraf er der givet tilsagn for 7,5 millioner kroner, der kommer til udbetaling i 2022 og frem.

Der er ingen erhvervsaktive tjenestemænd ansat i Danske Regioner. Der udbetales tjenestemandspensioner til 16 tidligere ansatte tjenestemænd eller deres enker. Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Sampension har fra 2020 ændret opgørelsesmetoden for pensionsdepotet således, at det nu beregnes med en grundlagsrente på 0 pct. Som konsekvens heraf er beregningen af

pensionsforpligtelsen for alle pensionisterne ændret til at følge EIOPAs rentekurve. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til indskudsværdien ultimo 2021 af den manglende forsikringsmæssige dækning svarende til 43,6 millioner kroner.

Til dækning af Danske Regioners feriepengeforpligtelse er hensat 12,7 millioner kroner.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Årsrapport 2021 Danske Regioner (1520472 - EMN-2021-00670)
2. Danske Regioner protokollat 2021 - 10.02.2022 (1521162 - EMN-2021-00670)
3. Budget og resultatoversigt 2021 (1520473 - EMN-2021-00670)

11 (Fortrolig)

12 (Fortrolig)

13 (Offentlig) Input til rammerne for Danske Regioners generalforsamling i valgperioden 2022-2026

Kirstine Korsager
EMN-2022-00042

Resumé

Danske Regioner afholder ordinær generalforsamling en gang årligt. Bestyrelsen har i oktober 2021 fastlagt, hvordan generalforsamlingen i 2022 skal afvikles. Det blev samtidig aftalt, at bestyrelsen ved et senere møde skulle drøfte erfaringer, som den nye bestyrelse kan tage med i overvejelserne om tilrettelæggelsen af generalforsamlingen fremadrettet. Det er op til den kommende bestyrelse at beslutte, hvordan generalforsamlingen i valgperioden 2022-2026 skal tilrettelægges.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter eventuelle forslag til den kommende bestyrelse vedr. tilrettelæggelsen af Danske Regioners generalforsamling i valgperioden 2022-2026.

Sagsfremstilling

Generalforsamlingen er Danske Regioners øverste myndighed, og ordinær generalforsamling afholdes i henhold til vedtægterne hvert år inden den 1. oktober.

I indeværende valgperiode er generalforsamlingen afviklet virtuelt i 2020 og 2021 på grund af COVID-19. I 2019 blev generalforsamlingen afholdt i Centralværkstedet, Aarhus. Tilsvarende planlægges i 2022. Som supplement til de formelle programpunkter (valg af dirigent, formandens tale, regnskab og kontingent, debat om formandens tale og beretning samt behandling af indkomne forslag) har der alle fire år været inviteret en gæstetaler, som i 2019 var på programmet som det sidste indslag, men i de efterfølgende år har været det første programpunkt.

Danske Regioner har tidligere afholdt generalforsamlingen over to dage med middag om aftenen på dag 1. I lyset af erfaringerne med fremmødet og engagementet på andendagen er generalforsamlingen fra 2010 og frem afviklet på én dag. De senere år er regionsrådsmedlemmerne i stedet mødtes dagen inden generalforsamlingen til en politikerkonference, hvilket også planlægges i 2022.

Bestyrelsen godkendte ved sit møde den 10. oktober 2021 rammerne for Danske Regioners generalforsamling i 2022. Det blev samtidig aftalt, at

bestyrelsen ved et senere møde skulle drøfte erfaringer, som den nye bestyrelse kan tage med i overvejelserne om tilrettelæggelsen af generalforsamlingen i valgperioden 2022-2026.

Bestyrelsen opfordres på den baggrund til at samle op på eventuelle forslag, som bestyrelsen ønsker at viderebringe til den kommende bestyrelse.

Det vil være op til den nye bestyrelse at træffe beslutning om, hvordan Danske Regioners generalforsamling skal afvikles i valgperioden.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

14 (Offentlig) Høringssvar - Redegørelse til Folketinget om anvendelse af epidemiloven

Rósa Víkingisdóttir
EMN-2021-01589

Resumé

Danske Regioner har primo januar 2022 sendt høringssvar til Sundhedsministeriet i forbindelse med en høring over redegørelse til Folketinget om anvendelse af epidemiloven.

Høringssvaret er udarbejdet på vegne af regionerne og Danske Regioner med forbehold for politisk godkendelse i bestyrelsen.

Redegørelsen vil danne grundlag for Folketingets Epidemiudvalgs videre drøftelser om behovet for en eventuel revision af loven.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Baggrund

Folketinget vedtog den 27. februar 2021 en ny epidemilov. Loven trådte i kraft den 1. marts 2021 og afløste således den dagældende epidemilov, som i lyset af COVID-19 blev ændret to gange i foråret 2020 ved to hastelove.

Som led i Folketingets behandling af epidemiloven tilkendegav regeringen, at den løbende ville opsamle viden og erfaringer med lovens anvendelse med henblik på at udarbejde en redegørelse om de gjorte erfaringer.

Sundhedsministeriet har på den baggrund udarbejdet en redegørelse om anvendelse af epidemiloven, som den 29. oktober 2021 blev oversendt til Folketinget. Sundhedsministeriet har efterfølgende sendt redegørelsen i bred offentlig høring.

Sundhedsministeriet vil samle de indkomne høringssvar og oversende dem til Folketinget sammen med et høringsnotat i slutningen af januar 2022, så den opsamlede viden om erfaringer med anvendelsen af loven kan indgå i det videre parlamentariske arbejde om epidemiloven.

Lovens primære formål er at beskytte samfundet og enkeltpersoner mod smitsomme sygdomme, alment farlige sygdomme og samfundskritiske

sygdomme ved at udrydde eller forebygge, forhindre, inddæmme og begrænse udbredelsen og indførelsen af disse sygdomme i Danmark.

Danske Regioners bemærkninger

Overordnet vurderer Danske Regioner, at epidemiloven har bidraget til og understøttet myndighedernes indsatser for at forebygge og begrænse udbredelsen af COVID-19, og at formålet med loven dermed er opfyldt.

Det bemærkes i høringssvaret, at redegørelsen bærer præg af, at der især er fokus på anvendelsen af epidemiloven set i lyset af COVID-19. Danske Regioner påpeger, at det i den videre opfølgning vil være relevant at have fokus på andre smitsomme, alment farlige og samfundskritiske sygdomme.

I høringssvaret bemærker Danske Regioner endvidere, at epidemiloven har en række snitflader til eksisterende lovgivning, og at det derfor er vigtigt, at der informeres tydeligt om rækkevidden af epidemiloven og dens bekendtgørelser, herunder hvis anden lovgivning eller vejledninger træder ud af kraft.

Endelig gør Danske Regioner opmærksom på, at det fremgår af epidemilovens § 4, at kommunalbestyrelser og regionsråd skal udarbejde planer for håndtering af smitsomme sygdomme. Da der allerede foreligger en række retningslinjer og krav til regioner og kommuner, vil der i det kommende arbejde med planer være behov for klare og entydige nationale krav til planerne med henblik på at sikre robuste planer for fremtidens epidemihåndtering.

De konkrete bemærkninger fremgår af høringssvaret, som er vedlagt som bilag.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen:
[Høringsdetaljer - Høringsportalen \(hoeringsportalen.dk\)](https://hoeringsportalen.dk)

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen er høringssvaret fremsendt til Sundhedsministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Bestyrelsen har tidligere behandlet Danske Regioners høringssvar i forbindelse med høringer over epidemiloven ved møde den 19. november 2020 og den 4. februar 2021.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar vedr. redegørelse til Folketinget om anvendelse af epidemiloven (1517502 - EMN-2021-01589)

15 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag vedrørende ændringer i lov om sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Kristian Enstrøm
EMN-2022-00113

Resumé

Danske Regioner har den 4. januar 2022 modtaget høring over lovforslag om ændring af lov om sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet fra Sundhedsministeriet.

Høringen består af fem delelementer, der er uafhængige af hinanden.

Danske Regioner er i høringssvaret generelt positivt indstillet over for de fem elementer.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har den 4. januar 2022 modtaget høring over lovforslag om ændring af lov om sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet fra Sundhedsministeriet.

Høringen består af følgende delelementer, der er uafhængige af hinanden:

1. Lægers varetagelse af vaccinationsopgaver
2. Statens Serum Instituts forsyningspligt
3. Statens Serum Instituts opgavevaretagelse i relation til grænseoverskridende sundhedsrisici
4. Drift og forvaltning af visse nationale databaser og registre
5. Regulering og forrentning af patienterstatninger (lovforslagets § 2)

Lægers varetagelse af vaccinationsopgaver

Der lægges op til at bemyndige sundhedsministeren til at fastsætte nærmere krav til det organisatoriske tilhørsforhold for de læger, der vil kunne indgå i varetagelsen af en konkret vaccinationsopgave eller et vaccinationsprogram, f.eks. læger i specifikke sektorer eller funktioner.

Under covid-19 har regionerne indgået kontrakter med private leverandører, almen praksis og apoteker om vaccinationsopgaven.

I høringssvaret hilses det derfor velkomment, at der med lovforslaget lægges op til, at læger i regionale vaccinationscentre kan tilbyde borgerne

vaccination. Regionerne ser det som afgørende for at kunne tilbyde nærhed i vaccinationstilbuddene i hele landet, at regionerne har planlægningsfrihed og kan supplere det regionale vaccinationstilbud med øvrige aktører.

Det nævnes endvidere i høringssvaret, at det forventes at medføre udgifter for regionerne, hvis regionerne skal varetage vaccinationer omfattet af offentlige vaccinationsprogrammer til den brede befolkning –f.eks. influenza eller pneumokok-vaccination .

Statens Serum Instituts forsyningspligt

Der lægges op til at præcisere Statens Serum Instituts (SSI) forsyningspligt for vacciner og beredskabsprodukter. Formålet er at tydeliggøre, at instituttet udover at fremskaffe vacciner og beredskabslægemidler også lagrer og distribuerer disse.

Danske Regioner bakker forslaget op og forventer, at det vil bidrage til at styrke tilgængeligheden af værnemidler, testkapacitet mm. Det ønskes, at snitfladen til Styrelsen for Forsyningssikkerhed præciseres.

SSI har understøttet vaccinationsindsatsen vedr. covid-19 ved at stille opdaterede data til rådighed for regionerne, hvilket har været et uvurderligt redskab i tilrettelæggelsen af vaccinationsindsatsen.

SSIs opgavevaretagelse i relation til grænseoverskridende sundhedsrisici

Der lægges op til, at formålsbestemmelsen i sundhedsloven vedrørende SSI præciseres, så den afspejler, at SSI er centrallaboratorie og har referencefunktioner nationalt og internationalt, f.eks. i relation til grænseoverskridende sundhedsrisici.

Danske Regioner har i høringssvaret fremhævet, at det påhviler SSI at understøtte og distribuere metoder og kontroller til decentral diagnostik i landets klinisk mikrobiologiske afdelinger, når det drejer sig om infektionssygdomme, som forventes at udgøre en væsentlig trussel for sundheden og drift af sundhedsvæsenet. Danske Regioner mener endvidere også, at SSI bør bemyndiges kompetence til at afgøre, hvilke myndigheder og private virksomheder som må varetage diagnostik af grænseoverskridende sundhedsrisici.

Drift og forvaltning af visse nationale databaser og registre

Der lægges op til at fastsætte, at Statens Serum Institut er ansvarlig for drift og forvaltning af visse nationale databaser og registre, som instituttet allerede i dag driver, samt at bemyndige sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om drift og forvaltning af disse databaser og registre, herunder om behandling af personoplysninger heri. Særligt for så vidt angår Den Danske Mikrobiologidatabase (MiBa), fastsætter lovforslaget, at SSI fremadrettet skal

være dataansvarlig for personoplysninger i MiBa. I dag er SSI kun dataansvarlig for den del af personoplysningerne, som SSI anvender bl.a. til overvågning af sundhedsrisici, mens de fem regioner er dataansvarlige for den del af MiBa, der vedrører regionernes kliniske arbejde.

Formålet med de foreslåede ændringer er at forenkle dataansvars-konstruktionen, hvilket bl.a. skal ses i lyset af, at der i forbindelse med COVID-19-pandemien har vist sig at være behov for at kunne agere hurtigt og resolut. Der ønskes med forslaget skabt en mere effektiv proces i forbindelse med SSI's videregivelse af oplysninger fra MiBa til eksterne modtagere. I dag kræver dette koordinering mellem alle de dataansvarlige, dvs. SSI og de fem regioner, hvilket i praksis har vist sig uhensigtsmæssigt vanskeligt.

Danske Regioner kan støtte det overordnede formål med lovforslaget om, at der skal sikres en bedre mulighed for at agere hurtigt og resolut i forhold til bl.a. udviklingsopgaver i forbindelse med en pandemi samt at sikre en smidig proces for at kunne fremskaffe valide fakta som styringsredskab for epidemihåndtering.

På den baggrund kan Danske Regioner støtte, at dataansvaret for MiBa overføres til SSI. Danske Regioner havde dog gerne set, at SSI og regionerne i fællesskab havde forsøgt at løse de aktuelle udfordringer med det delte dataansvar, før et forslag til overførsel af dataansvar blev fremsendt.

Danske Regioner finder hertil, at beskrivelsen af regionernes formål med at behandle data i MiBa skal beskrives bedre i lovforslaget.

Danske Regioner forudsætter, at der med lovændringen skabes sikkerhed for, at regionerne – også efter overdragelse af dataansvaret til SSI – får samme adgang til data i MiBa, som de har i dag.

Danske Regioner finder det ydermere vigtigt, at regionerne også fremover får en nem og smidig adgang til dataudtræk fra MiBa til brug for forskning. På den baggrund skal der etableres et fagligt organ – gerne nedsat af Forretningsstyregruppen – med repræsentanter fra regionerne med henblik på at sikre en lige og smidig faglig administration af ansøgninger om dataudtræk.

Danske Regioner har modtaget divergerende svar fra regionerne på denne del af høringen. Det bemærkes, at regionerne i en efterhøring alle har godkendt det samlede høringssvar.

Regulering og forrentning af patienterstatninger (lovforslagets § 2)

Højesteret afsagde den 4. december 2020 dom i en sag, som fundamentalt ændrede Patienterstatningens og Ankenævnet for Patienterstatningens

mangeårige praksis for fastsættelse af tidspunktet for forrentning af tilkendte erstatnings- og godtgørelsesbeløb. Dommen betyder, at rentedatoerne i hver enkelt anerkendt sag bliver fastsat subjektivt og skønsmæssigt. Det risikerer at medføre mindre forudsigelighed og gennemsigtighed og for borgerne et øget behov for anvendelse af professionel bistand. Dommen betyder også, at både Patienterstatningen og de erstatningspligtige har flere omkostninger til administration. Dette vil på sigt føre til forlængede sagsbehandlingstider, anker og retssager.

Med lovforslaget lægges op til ændringer af patienterstatningsordningen, som skal modvirke konsekvenserne af ovennævnte dom fra Højesteret. Der foreslås en beregningsmodel, som er gennemskelig og forståelig, og som ikke vil nødvendiggøre professionel bistand for borgerne, og som forenkler lovens administration, samtidig med at der opnås en værdisikring af patienternes erstatning, imens sagsbehandlingen pågår.

Ændringen vil imidlertid også betyde, at der vil blive givet færre renter af erstatningen men til gengæld en noget højere erstatning, som dog ikke helt opvejer de færre renter. Skattemæssigt er det dog en fordel for patienten, at få en højere erstatning fremfor flere renter, idet der skal betales skat af renter, men ikke af (alle) erstatningssummerne.

Danske Regioner anser den foreslåede forenkling af reglerne for at være et godt tiltag. Udkastet til lovforslaget er efter regionernes opfattelse udtryk for den rette balance mellem forskelligartede hensyn. Lovændringen vil sikre ensartethed i fastsættelsen af forrentningstidspunktet ved at placere et objektivi fast forrentningstidspunkt. Dette vil medføre en tiltrængt klarhed og gennemskelighed til gavn for både patienterne, patienterstatningsmyndighederne og de erstatningspligtige.

Derudover vil de meget store rente- og administrationsudgifter afstedkommet af Højesteretsdommen af 4. december 2020 blive begrænset. Endelig harmoniserer lovændringen patienterstatningsområdet med de regler, som også findes på arbejdsskadeområdet.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på Høringsportalen:

<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/65960>.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen er høringssvaret fremsendt til Sundhedsministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar - Danske Regioner (1521778 - EMN-2022-00042)

16 (Offentlig) Høringssvar - Forslag til ændring af barselsloven, øremærket orlov og ændret fordeling af barselsdagpenge

Malene Vestergaard Sørensen
EMN-2021-01567

Resumé

Beskæftigelsesministeriet har den 8. december 2021 sendt forslag til ændring af barselsloven i høring. Forslaget indeholder indførelse af øremærket orlov og ret til overdragelse af barselsdagpenge til sociale forældre og nærtstående familiemedlemmer m.v.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Lovforslag om ændring af barselsloven har til formål at udmønte den [politiske aftale](#) mellem regeringen (S) og Venstre, SF, Radikale Venstre, Enhedslisten og Alternativet af 26. oktober 2021 om implementering af EU's orlovsdirektiv og ligestilling af orlovsrettigheder mellem forældre og øremærket forældreorlov. Direktivet skal skabe mere ligestilling mellem mænd og kvinder på arbejdsmarkedet og i familien ved at tilskynde til en større lighed af orloven mellem forældrene.

Direktivet indeholder også en bestemmelse om, at alle arbejdstagere har ret til fem dages omsorgslov pr. år uden ret til dagpenge eller løn. Den bestemmelse vil blive implementeret i lov om fravær af familiemæssige årsager, som endnu ikke er sendt i høring.

I dag er der i de første 14 uger efter barnets fødsel 14 ugers fravær med barselsdagpenge til moren og to uger til faren (barselsorlov). Efter barnets 14. uge har hver forælder 32 uger (forældreorlov) med 32 ugers dagpenge, som forældrene kan fordele imellem sig efter eget valg. Det vil sige, at der samlet set mulighed for 48 ugers orlov med dagpenge, hvoraf to uger er øremærket faren.

Forskellen i forældrenes fraværsret skyldes, at forholdene for moren de første 14 uger har været reguleret i direktiv om gravide og ammende, og perioden for begge forældre efter barnets 14. uge har været reguleret af forældreorlovsdirektivet. Ret til fravær ved barsel er nu samlet i det nye direktiv.

Med lovforslaget lægges der op til, at orloven fordeles således, at forældre som udgangspunkt hver får ret til 24 uger med barselsdagpenge efter barnets fødsel eller modtagelse. Udgangspunktet vil således være en lighedeling af orlovsugerne med ret til barselsdagpenge mellem forældrene.

Samtidig foreslås, at de af ni ugerne med dagpenge øremærkes til hver forælder.

Efter de nye regler er der samme fraværsret med dagpenge til begge forældre: to (som hidtil) + ni uger øremærket og yderligere 13 uger, som kan overføres til den anden. Efter de nye regler er der således stadig samlet 48 uger med barselsdagpenge, men til forskel fra i dag vil de ni af ugerne falde bort, hvis de f.eks. ikke anvendes af faren.

Lovforslaget vil umiddelbart få betydning for den regionale aftale om fravær af familiemæssige årsager (barselsaftalen). Det drejer sig om den nye fordeling, hvor udgangspunktet er, at dagpenge fordeles ligeligt mellem forældrene. Og det drejer sig om den yderligere øremærkning af dagpenge på ni uger. Retten til løn efter aftalen berøres ikke af lovforslaget.

De nye regler kan tilskynde til, at flere fædre tager en større del af orloven. På det regionale arbejdsmarked er 77 pct. kvinder, og en ændring i orlovsmønsteret kan få positiv betydning for udbuddet af arbejdskraft.

Lovforslaget indeholder også en ændring i retten til at udskyde orlov. Efter de gældende regler kan den ene forælder udskyde 8 – 13 uger. Fremover kan begge forældre udskyde fem uger.

Der indføres endvidere en ret for forældre til at overdrage deres overførbare orlovsuger (13 uger) og barselsdagpengerettigheder til sociale forældre først og fremmest i lgbt+ familier. Det betyder, at de personer, der er tiltænkt en forældrelignende relation til barnet, får mulighed for at tage del i orloven med barnet.

Med lovforslaget indføres der en ret for soloforældre til at overdrage orlov med barselsdagpenge til et nærtstående familiemedlem, sådan at forælderen kan blive aflastet i den første tid, hvor forælderen ellers ville være alene med barnet.

Loven træder i kraft den 1. juli 2022 og har virkning for børn født den 2. august 2022 eller senere.

Lovforslagets bestemmelser om overdragelse af orlov til sociale forældre og et nærtstående familiemedlem træder i kraft den 1. december 2023 og har virkning for børn født den 1. januar 2024 eller senere.

Danske Regioners bemærkninger

I høringssvaret tilkendegiver Danske Regioner bl.a. at være positivt indstillet overfor, at der sigtes efter en mere ligelig fordeling af ret til orlov mellem forældrene. Det anerkendes, at der med lovforslaget sikres bedre rettigheder til soloforældre og LGBT+ familier.

De konkrete bemærkninger fremgår af høringssvaret, som er vedlagt som bilag.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen:

<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/65896>

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret er på grund af høringsfristen fremsendt til Beskæftigelsesministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners høringssvar over lovforslag om ændring af barselsloven (1514732 - EMN-2021-01567)

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Høringssvar vedrørende de nye EU-strukturfondsprogrammer 2021-2027
 - Administrativt høringssvar vedrørende udkast til national klinisk anbefaling for igangsættelse af fødsler
 - VIVE-rapport om avancerede terapier
 - Arrangementer og konferencer
-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Høringssvar vedrørende de nye EU-strukturfondsprogrammer 2021-2027
(EMN- 2019-00404)

Udkast til det danske Socialfondsprogram, Regionalfondsprogram og Partnerskabsaftale 2021-2027 har været i høring. Programmerne skitserer, hvordan Danmark vil anvende de midler, som EU har stillet til rådighed. Regionerne har bl.a. fået en ny opgave med hensyn til at indstille midler til den del af Socialfondsprogrammet, der vedrører ungdomsuddannelser.

Danske Regioner afgav indenfor tidligere mandater fra bestyrelsen høringssvar i december 2021. Danske Regioner tilkendegiver her, at det er positivt, at regionerne har fået retten til at indstille 20 procent af midlerne fra Den Europæiske Socialfond Plus. Dermed styrkes regionernes strategiske arbejde med ungdomsuddannelserne som beskrevet i de regionale udviklingsstrategier.

Regionerne opfordrer Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse til i deres del af Socialfondsprogrammet at åbne calls, som retter sig specifikt mod indsatsen for gruppen af unge 16 - 24-årige, som står uden job eller uddannelse, og som mangler støtte til at komme i gang med en uddannelse, f.eks. en FGU.

Regionerne ser positivt på, at udvikling af styrkepositionen for velfærdsteknologi er gjort til en prioritet i Regionalfondsprogrammet. Dog er det afsatte beløb meget begrænset – ca. 40 mio. kr. over en syvårig periode. Regionerne finder, at indsatsen bør komme ud at virke i hele Danmark via

Danish Life Science Cluster, samt at regioner og sygehuse bør skrives eksplicit ind som væsentlige aktører i innovationssamarbejder på sundheds- og velfærdsteknologiområdet.

I forhold til Fonden for Retfærdig Omstilling tilbyder regionerne at samle et partnerskab til at bistå med selve programmeringen og udformningen af de territoriale planer og til den efterfølgende gennemførelse.

Endelig henstiller Danske Regioner i høringssvaret til, at der bliver proportionalitet mellem de relativt begrænsede midler, som regionsrådene får indstillingsret til, og omfanget af de administrative byrder, som indstillingsretten medfører.

Administrativt høringssvar vedrørende udkast til national klinisk anbefaling for igangsættelse af fødsler (EMN-2020-00980)

Danske Regioner har med bidrag fra regionerne indgivet høringssvar til Sundhedsstyrelsens udkast til national klinisk anbefaling for igangsættelse af fødsler. Høringssvaret rejser en række faglige spørgsmål til udkastet. Høringssvaret er vedlagt.

VIVE-rapport om avancerede terapier (EMN-2022-00180)

VIVE har udarbejdet rapporten [Avancerede terapier \(ATMP\) - En kortlægning af potentialer og udfordringer ved introduktion af nye behandlingsmuligheder i Danmark](#). Rapporten er finansieret af lægemiddelvirksomheden Pfizer.

Formålet med rapporten har været at kortlægge de finansieringsmæssige, organisatoriske og evalueringsmæssige udfordringer og muligheder, som nye gen- og celleterapier samt vævsteknologier giver anledning til, når de introduceres i det danske sundhedsvæsen. Avancerede terapier er f.eks. Luxturna, som anvendes til at behandle en øjensygdom.

Udfordringerne vil i de kommende år tage til og stille krav til lægemiddelproducenter, offentlige myndigheder og indkøbere i forhold til at udvikle løsninger, som kan håndtere de nye behandlingsmuligheder.

Rapporten peger på, at introduktionen af nye avancerede terapier i udgangspunktet kræver høje startomkostninger i det offentlige sundhedsvæsen. Dette skyldes dels, at der skal betales for hele behandlingen ved opstart, da behandlingen ofte kun skal gives én gang. Der kan samtidig f.eks. være behov for investeringer i udstyr, opbevaringskapacitet og uddannelse, før patienter kan behandles. Rapporten afdækker desuden,

hvorvidt budgetkonsekvenserne for regionerne og hospitalerne vil blive så store, at det kan begrænse optaget af nye avancerede terapier. Her kan det overvejes, om der skal være mulighed for statslig medfinansiering.

Rapporten peger endvidere på, at der kan være behov for at foretage metodiske tilpasninger, når Medicinrådet skal vurdere den kliniske effekt og omkostningerne ved brug af de nye avancerede terapier. Det skyldes bl.a., at der er stor usikkerhed om terapiernes effekt og -varighed, bivirkninger og behandlingsomkostninger.

Rapporten fremhæver, at der er et behov for at opdatere sundhedslovgivningen, så den tager højde for de nye terapier.

Endelig afdækker rapporten erfaringer med introduktion af nye avancerede genterapier i England og Sverige. I begge lande investeres aktivt i kapacitet til behandling med gen- og celleterapi inden for det offentlige sundhedsvæsen. Samtidig er der i begge lande behov for at sikre bedre datakvalitet og mulighed for at kombinere datakilder, da dette kan understøtte diagnostiske praksisser og opfølgning på behandlingseffekter af de nye avancerede terapier.

Model for fremtidig håndtering af avancerede teknologier

Amgros har overfor Danske Regioner bekræftet, at der i forhold til de avancerede terapier er en række udfordringer med den nuværende indkøbsmodel. For det første er der ofte tale om dyre behandlinger, hvor der er usikkerhed om langtidseffekten, og for det andet, stiller avancerede terapier større krav til de aftaler, som indgås med leverandører. Amgros har derfor foreslået, at der findes en ny model, som kan håndtere udfordringerne med de nye avancerede terapier. Sekretariat vil på den baggrund udarbejde forslag til, hvordan de nye avancerede terapier kan håndteres fremadrettet.

Arrangementer og konferencer

(EMN-2018-0274)

23. marts 2022

Politikerkonference før Danske Regioners generalforsamling. Aarhus. Danske Regioner er arrangør.

24. marts 2022

Danske Regioners generalforsamling 2022, Aarhus.

10. marts 2022 kl. 10 – 15.30

Sundhedsprofilen 2022, DGI Byen, København. Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner er arrangør.

3. maj 2022 kl. 13 – 16

Ungepanelerne i Danmark, Fællessalen, Christiansborg, København.
Ungepanelerne er arrangør.

3. november 2022 kl. 10 – 16

Sundhed for Alle – Danske Regioners sundhedspolitiske konference,
København. Danske Regioner er arrangør.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar - Udkast til nationale operationelle programmer, Danske Regioner (1517377 - EMN-2022-00042)
2. Danske Regioners høringssvar om udkast til NKA for igangsættelse af fødsler (1521644 - EMN-2022-00042)

18 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen
EMN-2022-00042

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

19 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen
EMN-2022-00042

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes onsdag den 23. marts 2022 kl. 17 – 19 i Aarhus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

20 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen
EMN-2022-00042

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

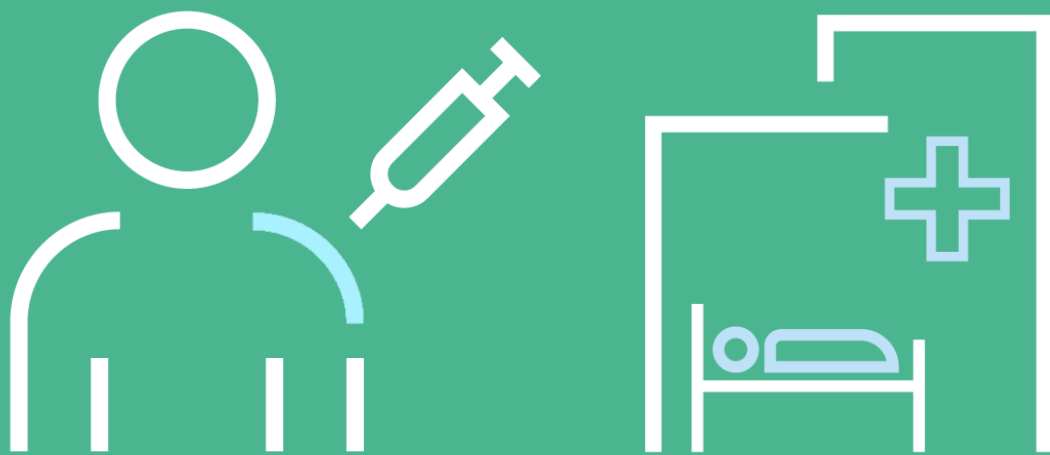
Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	SST's statusrapport, Sygdomsbyrde, sygehuskapacitet og vaccination, udg. 1.2.2022
Dagsordens titel	Den aktuelle situation i regionerne, herunder status på COVID-19, februar 2022
Dagsordenspunkt nr	2
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



SUNDHEDSSTYRELSEN



Statusrapport

Sygdomsbyrde, sygehuskapacitet og vaccination



Data per 25. januar 2022, udgivet 1. februar 2022.

Samlet status

Hvor vi tidligere i epidemien så en meget tæt sammenhæng mellem testincidens og antal indlagte med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, så er denne sammenhæng ikke længere tydelig. Dekoblingen skyldes både den omfattende befolkningsimmunitet og omikron-variantens evne til at fremkalde sygdom (virulens). Særligt ses en meget tydelig dekoobling mellem testincidens og antal indlagte på intensiv med positiv PCR-test for SARS-CoV-2.

Aktuelt er der relativt få patienter indlagt på sygehusene, som er alvorligt syge og behandlingskrævende grundet covid-19.

På baggrund af forskellige opgørelsesmetoder, herunder data om diagnoser og afdelingstyper vurderer vi, at på nuværende tidspunkt har 30 - 40% af patienter indlagt med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, ikke covid-19 sygdom, hvilket aktuelt svarer til ca. 300-350 patienter.

Blandt de resterende ca. 500 patienter er det vores vurdering, at maksimalt 250-300 har en nedre luftvejsinfektion som led i deres covid-19 sygdom. Dette baserer vi bl.a. på opgørelser fra Sygehusmedicinregistreret omkring medicinforbrug blandt ny-indlagte patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 og deres gennemsnitlige indlæggelsestid.

Patienter med nedre luftvejsinfektion, særligt hvis de har andre risikofaktorer som høj alder, svær overvægt, anden sygdom eller manglende vaccination, kan risikere at udvikle lungesvigt og få behov for intensiv behandling, herunder respiratorbehandling. I de seneste uger, sammenfaldende med at omikron-varianten er blevet altdominerende også blandt indlagte, har vi set et tydeligt faldende antal covid-19 syge indlagt på intensiv afdeling, ligesom der også er en lavere dødelighed end under de to øvrige bølger.

Der er i den seneste tid set en stigning i indlæggelser på sygehuse blandt børn med positivt PCR-test for SARS-CoV-2, hvilket skal ses i relation til den høje samfundssmitte blandt børn og unge. Sundhedsstyrelsen har fået oplyst at der generelt er kortere kontakter på samme måde som der ses ved udbrud af øvrige virussygdomme og at det primært er lettere symptomer.

Sygehusene oplever stadigvæk som den resterende del af samfundet et betydeligt fravær grundet sygdom personalet og aflyste behandlinger/undersøgelser grundet sygdom blandt patienterne.

Det er vurderingen, at Danmark (d. 24. januar) havde en beskyttelse på befolkningsniveau (befolkningsimmunitet) med effekt mod omikron-smitte (positiv PCR-test for SARS-CoV-2) på 46,5% og mod omikron-sygdom på 80,4%. Vi forventer, at den fortsatte og omfattende samfundssmitte domineret af omikron, kombineret med den lavere virulens og fortsat meget høje befolkningsimmunitet mod alvorlig sygdom, yderligere vil øge den samlede befolkningsimmunitet, uden samtidigt at medføre et kritisk niveau af sygdom og død. Vi forventer samtidig at antallet af patienter indlagt med covid-19 med nedre luftvejsinfektion vil falde yderligere. Sundhedsstyrelsen vil fortsat følge dette meget tæt, både ift. omfanget af behandlingskrævende sygdom ved omikron-smitte og virulens af nye virusvarianter.

Abstract

The daily infection rate has increased significantly after the Omicron variant has become dominant. It is expected that this infection rate will continue to increase. This is, however, not directly correlating with the number of patients at the hospital, as it has been seen with previous SARS-CoV-2 variants. The low hospitalization rate is expected to correlate with the high vaccine-induced immunity in society, resulting in a milder course of the disease.

Out of the total amount hospitalized with a positive PCR test for SARS-CoV-2, it is assessed that approximately 30-40 pct. of the hospitalized patients are not hospitalized because of the covid-19 diagnosis, resulting in approximately 300-350 patients, based on current admission numbers.

Among the remaining 500 patients, it is assessed that approximately 250-300 patients are hospitalized with covid-19 and a lower respiratory infection (pneumonia), however, it is expected that this number will decrease as Omicron will become dominant among the hospitalized patients. Also, there has been a decrease in numbers among patients in the intensive care unit, indicating that the severity of the course of disease is milder than previous covid-19 variants.

Indhold

Samlet status	2
Abstract	3
Sygdomsbyrden på sygehuse	4
Øvrig somatisk sygehusaktivitet	20
Vaccination mod covid-19	23
Datagrundlag	26

Sygdomsbyrden på sygehuse

Figurer i dette afsnit beskriver sygdomsbyrden på sygehusene for covid-19 og influenza. Der er mulighed for efterregistrering i data, og data efter medio januar skal derfor tolkes med forsigtighed.

Hvordan sygehuskapaciteten påvirkes af covid-19 og influenza skal ses i lyset af andre forhold, som også har indflydelse på sygehusenes kapacitet, herunder antallet af akutte patienter, følgevirkninger fra sommerens konflikt på sygeplejerskeområdet, og personalefravær i forbindelse med sygdom grundet covid-19. Sundhedsstyrelsen følger disse udviklinger tæt. I kapitlet 'Øvrig somatisk sygehusaktivitet' beskrives, hvorledes situationen på sygehusene påvirker den øvrige sygehusaktivitet.

Indlagte

Det daglige antal af nye smittetilfælde konstateret ved PCR-test for SARS-CoV-2 (testincidensen) er steget kraftigt, efter at omikron-varianten er blevet dominerende.

Hvor vi tidligere i epidemien så en meget tæt sammenhæng mellem testincidens og antal indlagte med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, så er denne sammenhæng ikke længere tydelig.

Dekoblingen skyldes formentlig både den omfattende befolkningsimmunitet og omikron-variantens evne til at fremkalde sygdom (virulens). Særligt ses en meget tydelig dekoobling mellem testincidens og antal indlagte på intensiv med positiv PCR-test for SARS-CoV-2.

Den samlede immunitet mod covid-19 i befolkningen består af både smitteerhvervet og vaccineinduceret immunitet, hvoraf mange vil have en hybridimmunitet fra både vaccination og infektion, og evt. også fra reinfektion med nye varianter. Det er vurderet, at Danmark på opgørelsestidspunktet d. 24. januar 2022 havde en beskyttelse på befolkningsniveau (befolkningsimmunitet) med effekt mod omikronsmitte (positiv PCR-test for SARS-CoV-2) på 46,5% og mod omikron-sygdom på 80,4%.¹

Det aktuelle høje smittetryk og den store testaktivitet betyder, at flere indlægges med en positiv PCR-test for SARS-CoV-2, men at indlæggelsen skyldes anden sygdom. Antallet af personer, der indlægges med betydende og behandlingskrævende COVID-19 sygdom, er faldende, hvilket vil blive beskrevet yderligere nedenfor.

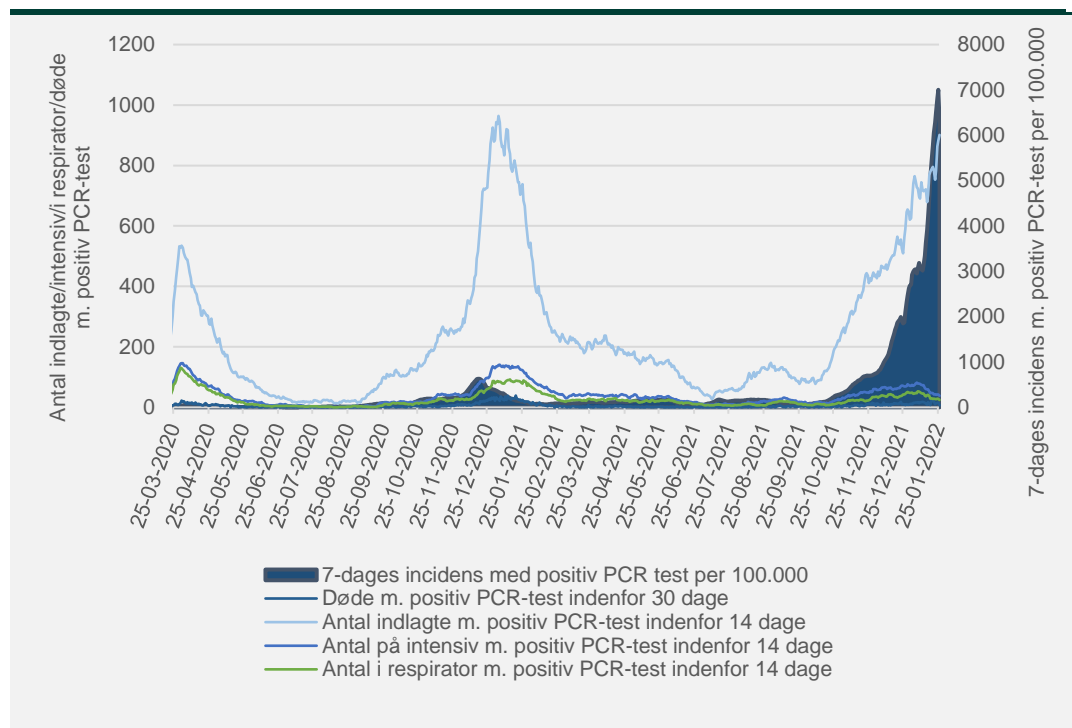
Betydning af covid-19 for både sygdomsbyrde og sygehuskapaciteten kan belyses ved forskellige typer af dataopgørelser, som både har fordele og ulemper.

Figur 1 giver et overblik over antallet af indlagte med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 igennem hele pandemien.

Af Bilag 1 fremgår antallet af indlagte fordelt på regioner over de seneste to måneder, samt aldersfordeling af indlagte.

¹ [Vurdering-af-befolkningsimmunitet-mod-SARS-CoV-2-i-Danmark.ashx \(sst.dk\)](#)

Figur 1: Indlagte og døde med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 (opgjort pr. 25. januar 2022)



I denne opgørelse er patienter medtalt, hvis de har en positiv PCR-test for SARS-CoV-2, som er udført indenfor 14 dage før indlæggelsen eller under indlæggelse. Data opgøres på baggrund af data fra Landspatientregisteret (LPR), øjebliksbillede-data fra sygehusene samt prøvesvar fra den danske mikrobiologi database (MiBa). Sygehusenes øjebliksbillede-data indsendes dagligt kl. 7 og kl. 15. Data bearbejdes af Sundhedsdatastyrelsen og Statens Serum Institut, og afrapporteres to gange dagligt alle ugens dage til Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, regioner m.v.

Antal indlagte på intensiv afdeling er indeholdt i det samlede antal indlagte, ligesom antal respiratorbehandlede er indeholdt i det samlede antal indlagte på intensiv afdeling.

Data for døde opgøres som dødsfald hos personer indenfor 30 dage fra en positiv PCR-test for SARS-CoV-2.

En væsentlig fordel ved denne opgørelsesmetode er den hurtige, tidstro og ensartede opgørelse på tværs af landet, hvilket særligt ved hurtige ændringer kan være vigtig ift. planlægning og styring, særligt vedrørende sygdomsbelastning og kapacitet på de intensive afdelinger.

Den væsentligste ulempe ved denne opgørelsesmetode er, at den ikke tidstro kan beskrive om testpositive indlagte har betydende og behandlingskrævende covid-19 sygdom. En anden ulempe er, at data i denne opgørelsesmetode påvirkes af skift i testaktivitet, herunder skiftende retningslinjer for screeningstest af indlagte.

I det følgende beskrives supplerende opgørelsesmetoder og analyser, der bruges til at kvalificere omfanget af betydende og behandlingskrævende sygdom (sygdomsbyrden) blandt indlagte patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2.

Diagnosealgoritme

Statens Serum Institut (SSI) har udviklet en algoritme, der anvender diagnosekoder registreret i Landspatientregisteret (LPR) hos patienter indlagt med positiv PCR-test for SARS-CoV-2².

SSIs diagnosealgoritme anvender LPR-registrerede primære diagnosekoder under aktuelle indlæggelsesforløb, som typisk først foreligger ved udskrivelsen af patienterne, hvorfor der generelt er ca. tre ugers forsinkelse på opgørelserne for at sikre retvisende data.

Algoritmen inddeler patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 i tre grupper:

1. Patienter indlagt pga. covid-19 betyder, at de har en covid-19-diagnose registreret som deres primære diagnose i hovedparten af deres forløb.
2. Patienter indlagt muligvis pga. covid-19 betyder patienter, som er indlagte med sygdom, der er forenelig med covid-19, men ikke er blevet registreret med en covid-19-diagnose.
3. Patienter indlagt med covid-19 betyder patienter, som har en positiv PCR-test for SARS-CoV-2, men har fået stillet diagnosekoder, der ikke er forenelige med covid-19-sygdom, fx med fraktur, graviditet eller hjernerystelse og har ikke nødvendigvis indlæggelseskrævende symptomer på covid-19 sygdom

Den væsentligste fordel ved denne opgørelsesmetode er, at den kan bruges til at estimere andelen af indlæggelseskrævende covid-19 sygdom.

En ulempe ved metoden er, at den ikke kan levere tidstro opgørelser på indlæggelsestidspunkt. En anden ulempe er, at de anvendte diagnosekoder generelt ikke angiver alvorligheden af sygdom.

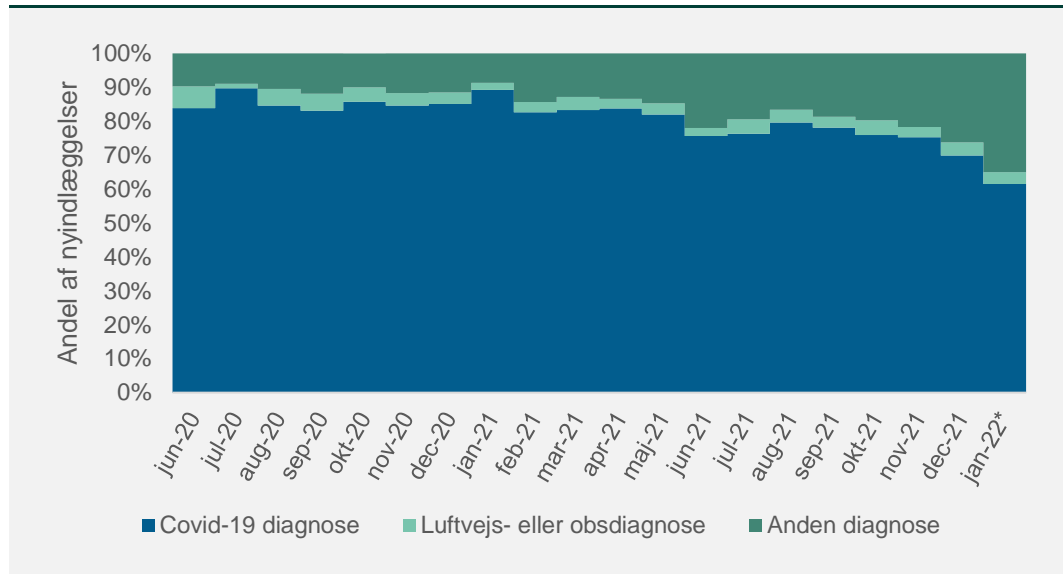
Figur 2 viser, at der hen over efteråret 2021 har været en stigende andel af patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, som er registreret med andre diagnosekoder end covid-19 eller luftvejssygdom. Ved opgørelsen for uge 1 2022 var denne andel steget til ca. 35% fra 24% i december.

Da omikron-varianten har været altdominerende siden nytår, antages det, at den aktuelt også er altdominerende blandt ny-indlagte patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, hvilket også understøttes af variant PCR-tests. Samtidig vurderes det, at indlæggelsesforløb for patienter med covid-sygdom forårsaget af delta-varianten vil være afsluttet ved udgangen af januar. Vi vurderer derfor, at andelen af patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, som er registreret med andre diagnosekoder end covid-19 eller luftvejssygdom er steget yderligere siden uge 1, og formentlig nu er over 40%.

Figur 3 viser, at det særligt er i den yngre del af befolkningen, at der fra december ses stigende andel som er registreret med andre diagnosekoder end covid-19 eller luftvejssygdom. Andelen blandt patienter over 60 år, registreret med andre diagnoser end COVID-19 har været stabil omkring 20% frem til slut december, men er nu også stigende.

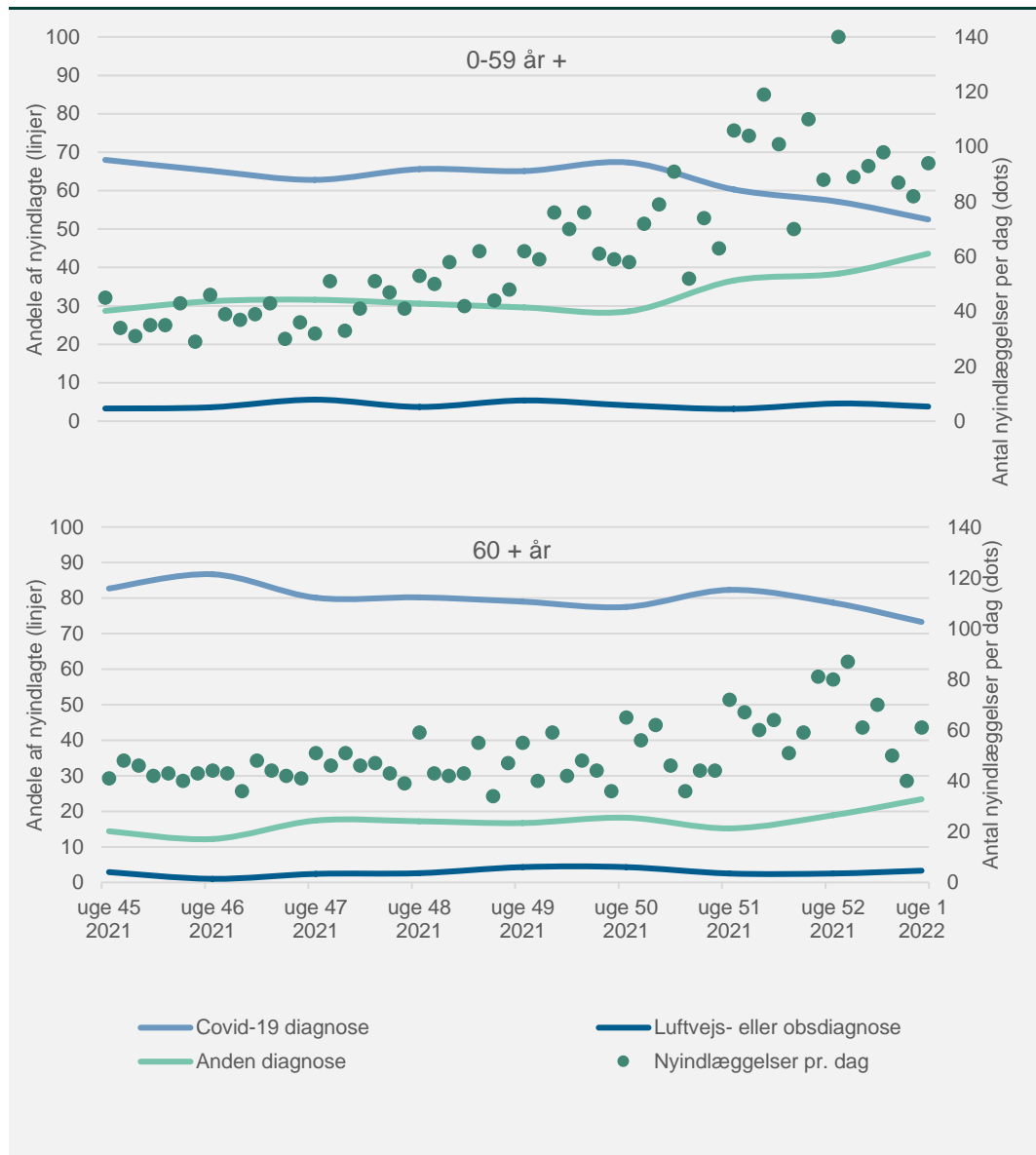
² <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2022/tendensen-fortsætter---smitten-stiger-mens-andelen-af-indlagte-falder>

Figur 2: Registrerede diagnoser hos indlagte med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 (opgjort pr. 25. januar 2021)



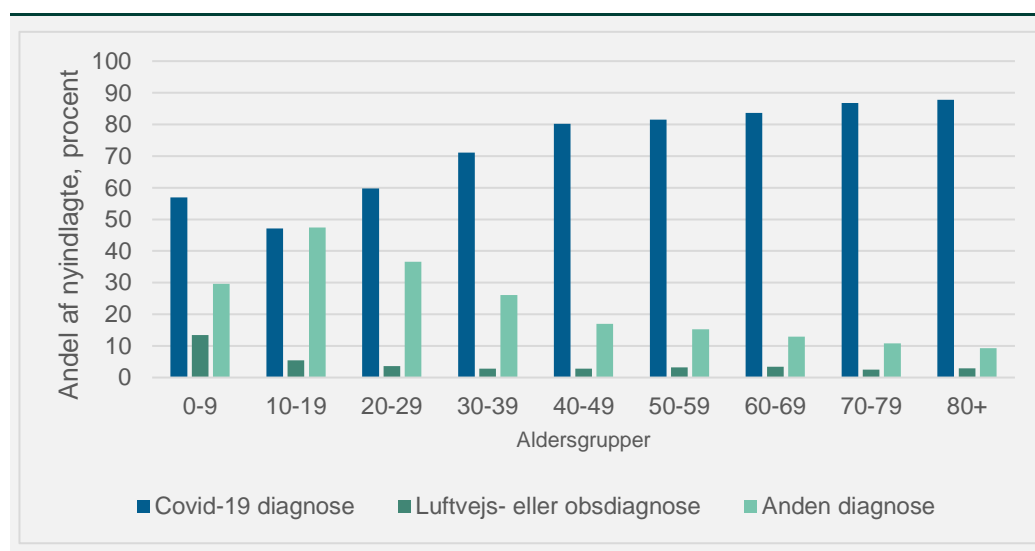
* Januar indeholder kun data for uge 1 og ikke fuld måned som foregående datapunkter.

Figur 3: Registrerede diagnoser hos indlagte med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 opdelt på aldersgruppe over tid (opgjort pr. 25. januar 2021)



Figur 4 viser, at andelen indlagt med covid-19 diagnose er stigende med alderen fraset den yngste gruppe. Fra andre datakilder ved vi, at det særligt er de helt yngste mellem 0-6 måneder, der har mange indlæggelser med covid-19 diagnose. Det er tidligere igennem kliniske studier vist, at der er meget få børn, som indlægges med behandlingskrævende covid-19. Der vil dog ved en stigende incidens blandt børn generelt være et øget antal kontakter til børneafdelinger med symptomatiske børn, som kræver udredning i børnemodtagelser i en kortere perioder mv.³ Antallet af disse kontakter er således også steget i forbindelse med efterårets og vinterens bølge. Regionerne beskriver, at det drejer sig om mange kortere kontakter med vurdering af børn med symptomer som også ses ved andre infektionssygdomme herunder feberkræmper, væskemangel osv. SSI undersøger aktuelt registreringspraksis i forhold til at sikre at opgørelsen er retvisende.

Figur 4: Registrerede diagnoser hos nyindlagte med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 opdelt på aldersgruppe (opgjort pr. 25. januar 2021)



Afdelingstyper

Opgørelse af hvilke sygehusafdelinger patienter er indlagt på, kan også bruges til at estimere sygdomsbyrde og sygehuskapacitet. I den tidstro opgørelse som beskrevet ovenfor opgøres antal indlagte på intensiv afdelinger, herunder antal der respiratorbehandles, hvilket er et eksempel på, hvordan denne opgørelsesmetode kan bruges til at estimere sygdomsbelastning og kapacitet.

Generelt har det gennem epidemien været sådan, at patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, som er indlagt på intensiv afdeling, også har alvorlig og behandlingskrævende covid-19 sygdom, hvorfor den tidstro opgørelse på dette punkt er meget retvisende. Det skal dog bemærkes, at den betydelige samfundssmitte og omikron-variantens lave virulens kan betyde, at der aktuelt kan være en mindre andel af patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, som er indlagt på intensiv afdeling, der ikke har behandlingskrævende covid-19 sygdom, men er indlagt af anden alvorlig årsag.

³ [The Need for Hospitalization due to SARS-CoV-2 in Children: A Population-based Estimate - PubMed \(nih.gov\) - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33956760/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33956760/)

Fsya. patienter indlagt på andre sygehusafdelinger end intensiv afdeling, så kan en opgørelse på forskellige brede kategorier bruges til at estimere mulig sygdomsbyrde og kapacitet. Således vil en opgørelse mellem afdelingstyper for børn (pædiatri og børne/ungdomspsykiatri) hhv. voksne kunne belyse dette, da børn generelt meget sjældent har alvorlig behandlingskrævende covid-19 sygdom.

For voksne patienter vil en opgørelse mellem psykiatri og somatiske sygehusafdelinger ligeledes kunne belyse sygdomsbyrde og behandlingsbehov, da det generelt må antages at patienter med behandlingskrævende covid-19 sygdom er indlagt på somatisk afdeling, mens patienter med behandlingskrævende psykisk sygdom, hvor der er asymptomatisk eller let symptomatisk smitte med SARS-CoV-2, vil være indlagt på psykiatrisk afdeling.

Uanset hvor en patient med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 er indlagt, så skal det dog anføres at disse patienter generelt vil være mere ressourcekrævende grundet krav til isolation, enestue, brug af værnemidler m.v.

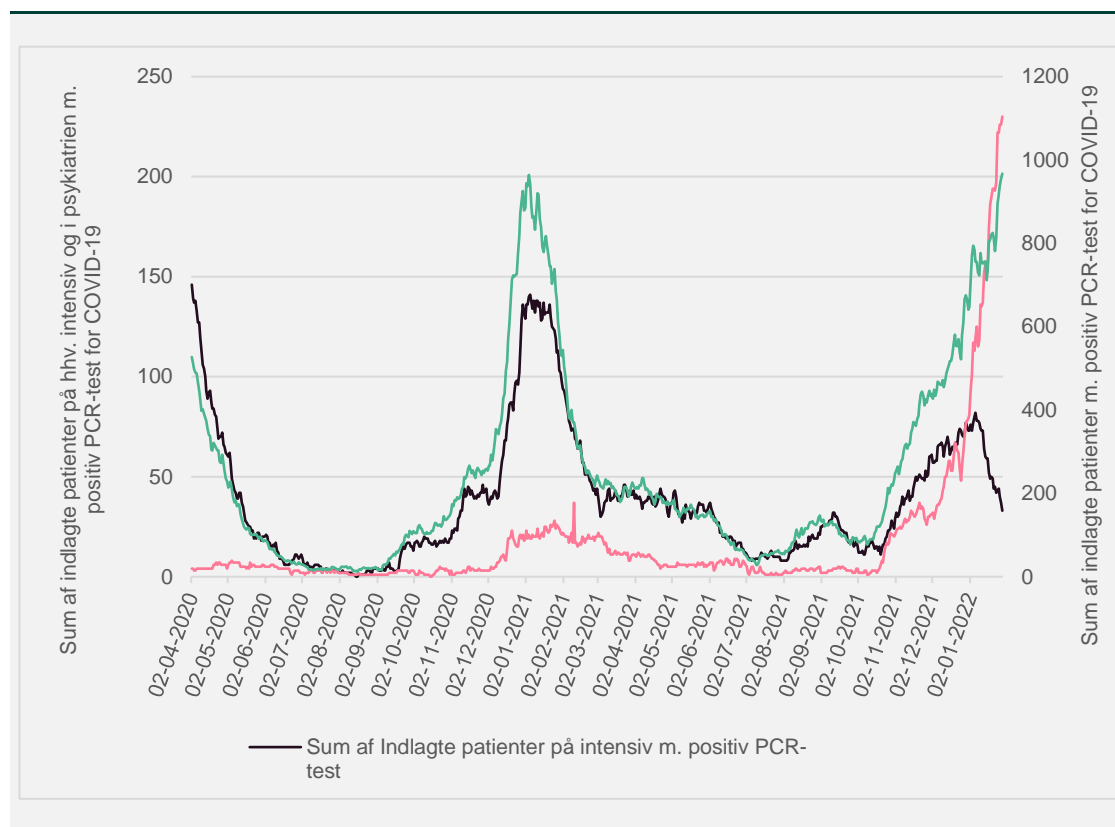
Fordelen ved denne opgørelsesmetode er at den kan give estimater, der kan være relevante i planlægning og styring, herunder i regionernes skaleringsplaner og Sundhedsstyrelsens overordnede nationale overvågning og planlægning af sygehusberedskabet.

Ulempen er at denne opgørelsesmetode svækkes betydeligt i takt med den tiltagende dekobling mellem smitte og betydende sygdom, hvorfor det fremadrettet må forventes at det kun er opgørelsen på intensiv afdelingstype, der er meningsfuld, idet denne dog også fremadrettet bør tage højde for SARS-CoV-2 som tilfældigt fund.

Opgørelse pr. 25. januar 2022 viser, at blandt patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 var 67% indlagt på en somatisk afdeling, 22% indlagt på en psykiatrisk afdeling, 6% af de indlagte var indlagt i en af de to børnespecialer, og de resterende 4% var nytilkomne, som endnu ikke var registreret med afdelingskode.

Af figur 5 fremgår at i takt med fremvæksten af omikron-varianten er der sket en ganske markant øgning i antallet af patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 indlagt på en psykiatrisk afdeling. Under de to forrige bølger var denne andel typisk kun få procent.

Figur 5: Antal indlagte patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 fordelt på intensiv afdeling, psykiatrisk afdeling og samlet (opgjort pr. 25. januar 2022)



Behandling

Opgørelse af behandlingstyper under indlæggelse kan bruges til at estimere sygdomsbyrden, da det generelt må antages, at patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, som under sygehusindlæggelse får en behandling, der er indiceret ved covid-19 sygdom, faktisk også har alvorlig og behandlingskrævende covid-19 sygdom.

En række lægemidler anvendes til behandling af alvorlig covid-19 sygdom, hvoraf specifikke lægemidler har covid-19 som eneste godkendte indikation. En opgørelse af anvendt sygehusmedicin hos indlagte med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 kan derfor bruges til at estimere sygdomsbyrden.

Nedre luftvejsinfektion, herunder lungebetændelse, er den typiske alvorlige kliniske indikation for behandling med ilt og lægemidler som binyrebarkhormonet dexamethason og det antivirale lægemiddel Remdesivir⁴. Monoklonale antistoffer anvendes ofte, men gives typisk enten forebyggende hos usmittede eller hos lettere syge patienter med særlig høj risiko.

Ved opgørelser af brug dexamethason og remdesivir kan man derfor estimere antallet af patienter, der har alvorlig nedre luftvejsinfektion som led i deres covid-19 sygdom. I det følgende angives denne surrogatmarkør som 'covid-19 med nedre luftvejsinfektion'.

Sundhedsdatastyrelsen (SDS) har ved samkøring af data fra Sygehusmedicinregisteret (SMR) og LPR udarbejdet en opgørelse til Sundhedsstyrelsen, der beskrives nedenfor. SDS

⁴ [COVID-19 behandling - skematisk \(infmed.dk\)](https://infmed.dk) -

vil samtidigt udarbejde yderligere opgørelser omkring covid-19 patienters behandling i Danmark⁵, herunder nærmere analyser af betydningen af alder og vaccinstatus for de indlagte.

Opgørelsen er baseret på data fra Sygehusmedicinregisteret (SMR) opdateret til og med 23. januar 2022 og Landspatientregisteret (LPR) opdateret til og med 23. januar 2022, som er sammenkørt med positive PCR-prøvesvar for SARS-CoV-2 virus fra SSI's MiBA database.

Indlagte er afgrænset til personer med en positiv PCR-test indenfor 14 dage af indlæggelsen eller under indlæggelse, med en indlæggelsesvarighed på over 12 timer. Indlagte på psykiatrisk afdeling samt indlæggelser længere end 100 dage er ikke inkluderet, medmindre der er tilknyttet en af de covid-19 specifikke aktionsdiagnoser DB972A og DJ960. Børn som bliver indlagt er også medtaget i algoritmen.

Patienter med covid-19 med nedre luftvejsinfektion defineres som indlagte personer hvor der er registreret en administration af Remdesivir og/eller dexamethason på mindst to forskellige dage inden for start- og slutdato for indlæggelsesforløbet. En person tæller med i den uge, hvor indlæggelsen starter.

Data opgøres som det samlede antal nyindlagte patienter på en uge med positiv PCR-test for SARS-Cov-2, der sættes i behandling med de givne lægemidler. Opgørelserne inkluderer indlæggelser på intensiv afdeling og på andre afdelinger. Af intensivrapporten fra RKKP (nedenfor) fremgår det at hovedparten af de patienter der er indlagt på intensiv afdeling med positiv PCR-test for SARS-CoV-2 er i behandling med remdesivir, dexamethason mv.

Dette er således en opgørelse, der viser det samlede antal af nyindlagte patienter med positiv PCR test for SARS-Cov-2 per uge, og hvor mange af dem der sættes i behandling for covid-19 nedre luftvejsinfektion, og den beskriver ikke, hvor mange der på et givent tidspunkt er indlagt og i behandling for covid-19 nedre luftvejsinfektion. Estimeringen af antallet af patienter med covid-19 med nedre luftvejsinfektion der på et givent tidspunkt er indlagt, afhænger af den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed. Fordelen ved denne opgørelsesmetode er, at disse specifikke lægemidler er et meget relevant surrogatmål for alvorlig covid-19 sygdom, som potentielt kan udvikles sig til lungesvigt.

Ulempen kan være, at både læge og patient kan fravælge behandling af forskellige årsager, herunder kontraindikationer. Der skal desuden tages forbehold for, at SARS-CoV-2 i stigende grad kan være et tilfældigt fund, f.eks. hos patienter, der er i behandling med dexamethason af anden årsag end covid-19. Endelig er denne opgørelsesmetode følsom for efterregistreringer, hvorfor der skal tages forbehold ved anvendelse af tidstro data.

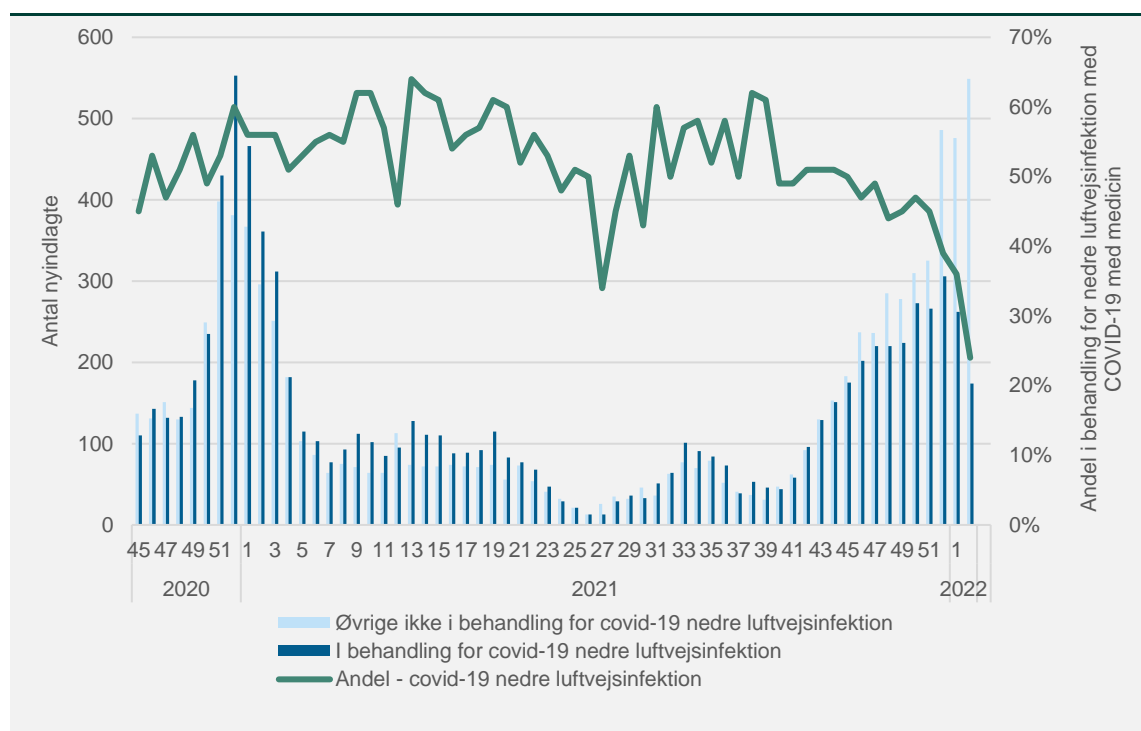
Figur 6 viser, at andelen og antallet af nyindlagte patienter per uge, der er i behandling med lægemidler, som er indiceret ved nedre luftvejsinfektion som led i covid-19 sygdom under anden bølge var stabil på 50 - 60% af det samlede antal nyindlagte med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, men under den tredje bølge er faldet til nu 20 - 30%, formentlig som udtryk for

⁵ https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2022/covid_medicin_210122

flere forhold, herunder den omfattende revaccinationsdækning i risikogrupper, den mindre virulente omikron-variants fremvækst og en stigende andel særligt yngre patienter hvor SARS-CoV-2 må antages at være tilfældigt fund.

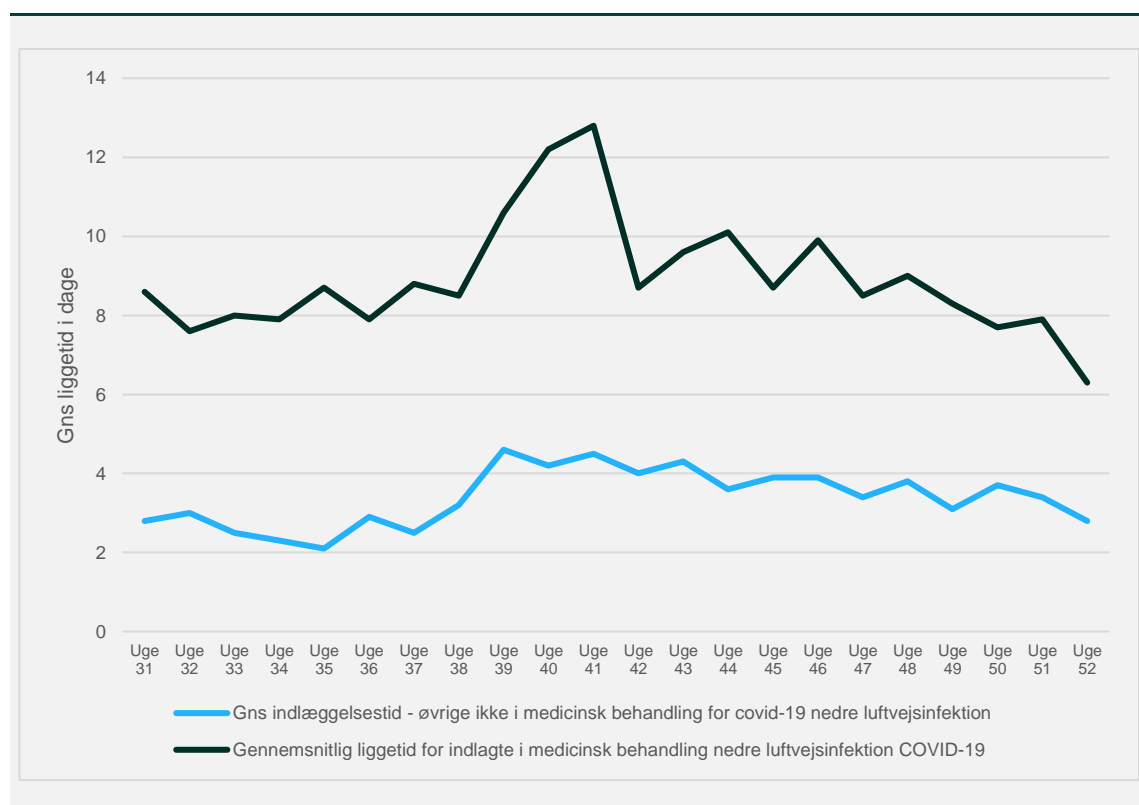
Det bemærkes samtidigt, at det ugentlige antal nyindlagte patienter med positiv test for SARS-CoV-2 der er i behandling for COVID-19 med nedre luftvejsinfektion steg fra godt 200 i november 2021 til knap 300 i december 2021. I januar 2022 er det igen faldende til under 200 i uge 2, og dermed under det halve antal af niveauet samme tidspunkt sidste vinter.

Figur 6: Antal og andel af nyindlagte i behandling med lægemidler, der er indiceret ved nedre luftvejsinfektion som led i covid-19 sygdom (opgjort pr. 25. januar 2022)



Figur 7 viser, at patienter, som modtager behandling for covid-19 nedre luftvejsinfektion under deres indlæggelse, har en gennemsnitlig liggetid på cirka 9 dage, mens patienter som ikke er i behandling for covid-19, men har positiv PCR-test for SARS-CoV-2 og en indlæggelsestid på over 12 timer har en gennemsnitlig liggetid på 3,5 dage. Det estimeres, baseret på en vurdering af liggetiderne sammenholdt med det ugentlige antal af nyindlagte patienter med positiv PCR-test for SARS-CoV-2, der modtager behandling, at der aktuelt er omkring 250-300 indlagte patienter i behandling for en covid-19 nedre luftvejsinfektion.

Figur 7: Liggetider for patienter indlagt i medicinsk behandling for nedre luftvejsinfektion og positivt prøvesvar for COVID-19 (opgjort pr. 25. januar 2022)



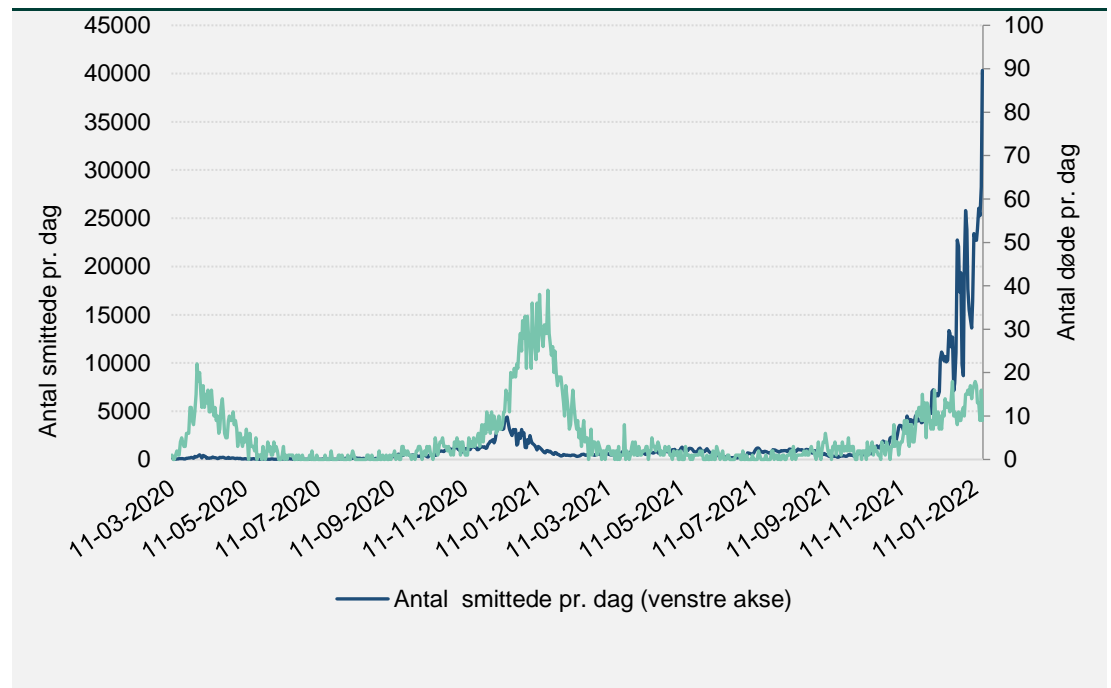
Mortalitet

Dødeligheden (mortalitet) ved covid-19 kan estimeres ud fra den løbende opgørelse af dødsfald hos personer, der inden for 30 dage før døden har haft positiv PCR-test for SARS-CoV-2. Det er vigtigt at bemærke, at denne opgørelsesmetode ikke kan belyse, om covid-19 har været dødsårsag eller medvirkende årsag til død, eller om SARS-CoV-2 er et tilfældigt fund hos person med anden dødsårsag. Andelen af tilfældige fund eller ubetydende covid-19 sygdom må alt andet lige antages at være stigende under de aktuelle forhold med bl.a. meget stor samfundssmitte, stor testaktivitet, høj revaccinationsdækning og mindre virulent dominerende virusvariant.

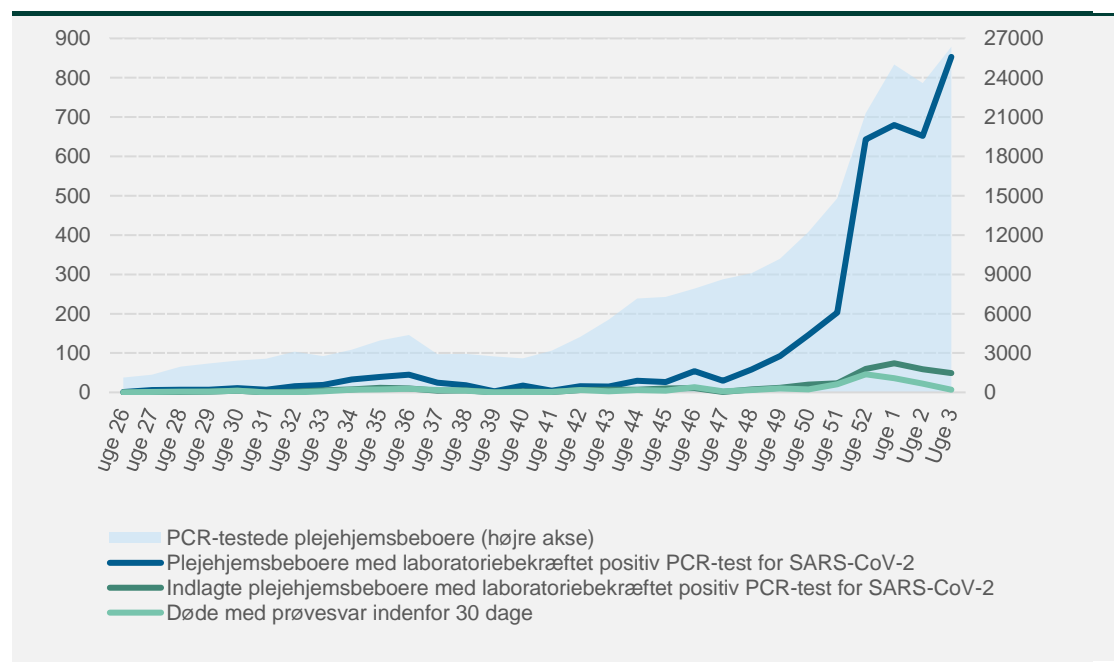
I figur 8 og 9 er mortalitetsopgørelsen sammenstillet med testincidensen generelt i samfundet, og specifikt på plejehjem. Figurene viser, at også fvsa. mortaliteten er der under den aktuelle bølge en dekobling mellem samfundssmitte og mortalitet. På plejehjemmene har der i forbindelse med julen og fremvæksten af omikron-varianten været en stor smitteudbredelse og omfattende testsindsats, men både mortalitet og indlæggelser har i forhold til smittetryk været markant lavere end under tidligere bølger. Der er tidlige indikationer af at omikron-varianten først fuldt blev dominant på plejehjemmene i starten af

det nye år. Dermed vil en del af indlæggelsesmønsteret i julen (uge 51/52) skyldes både omikron-varianten og delta-varianten.

Figur 8: Testincidens og dødsfald indenfor 30 dage af positiv PCR-test for SARS-CoV-2 (opgjort pr. 25. januar 2022)



Figur 9 Testincidens, indlagte og døde blandt plejehjemsbeboere (opgjort pr. 25. januar 2022)



Covid-19 patienter på intensive afdelinger

Opgørelse af kliniske data for de mest syge og behandlingskrævende covid-19 patienter kan bruges til at belyse den mest ressourcetunge sygehuskapacitet og alvorligste sygdomsbyrde.

Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) udgiver månedligt en rapport om intensivkapaciteten af patienter med positiv PCR for SARS-CoV-2 inden for 14 dage før indlæggelsen eller i tilknytning til indlæggelsen på intensiv afdelinger. Heri fremstilles udviklingen i antallet af patienter indlagt på intensiv til behandling for covid-19.

Dansk Intensiv covid-19 rapport er udarbejdet i samarbejde med Dansk Intensiv COVID database og Dansk Intensiv Database. Patienter med positiv PCR for SARS-Co-2 inden for 14 dage før indlæggelsen eller i tilknytning til indlæggelsen og informationer om patientforløb er indsamlet ved manuelt opslag i patientjournaler. Opgørelsen af intensivkapaciteten foretages hver mandag formiddag ved rundringning til landets intensivafdelinger.

Dataindsamlingen foregår ved manuelt opslag i patientjournaler og kompletheden af data, og validitet må anses at være på højde med øvrige danske kliniske databaser. Ved indsamling om tilgængelige intensive senge er der mulighed for at sondre mellem patienter med positiv PCR for SARS-Co-2 inden for 14 dage før indlæggelsen eller i tilknytning til indlæggelsen samt andre patienter og ledige senge på intensiv afdelingerne, og det kan derfor danne grundlag for en detaljeret klinisk opgørelse af patienternes sygelighed.

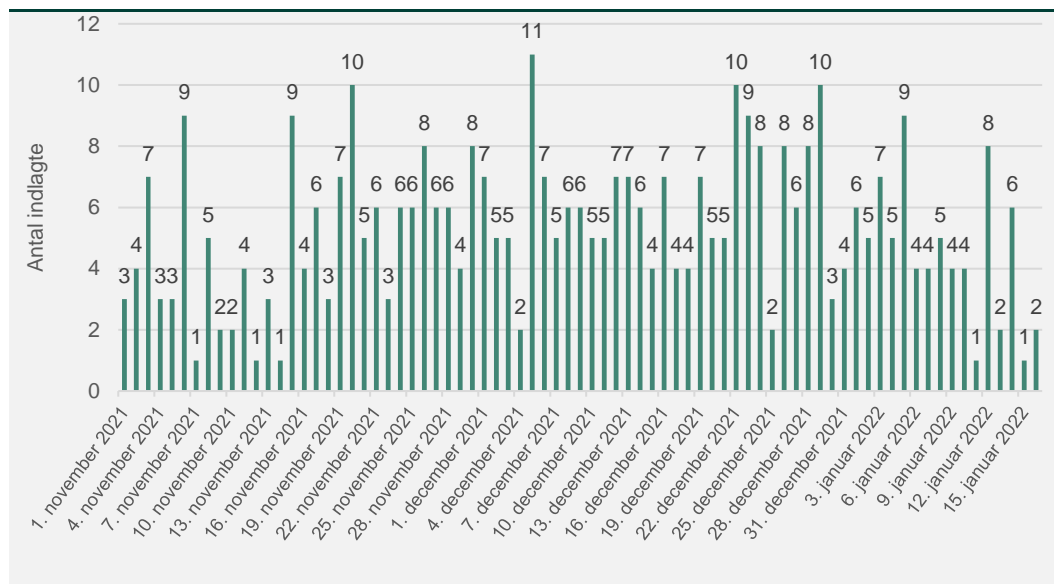
Antallet af og andelen af patienter med covid-19 indlagt på intensiv afdeling, vurderes at være det mest valide mål for en beskrivelse af alvorligheden af den nuværende epidemi med SARS-CoV-2 da denne indikator i mindre grad vil være påvirket af ændringer i teststrategi og samtidig beskriver den mest ressourcetunge del af sygehusindsatsen.

Indikationen for indlæggelse på intensiv er dog ændret over tid, da man har ændret og forbedret behandlingen af behandlingskrævende covid-19 patienter, hvilket blandt andet har medført ændring ift. tærsklen for at blive indlagt på intensivafdelingerne imellem de forskellige bølger.

Ulemperne ved brugen nedenstående data er det udelukkende giver et øjebliksbillede af belægningen på de intensive afdelinger og der nødvendigvis grundet den manuelle indsamling af data fra patientjournaler vil være forsinkelse på dataindsamlingen. Derudover indgår børneintensiv afdelingerne ikke i opgørelsen.

Figur 10 viser data fra RKKPs Dansk Intensiv COVID-19 rapport, herunder antallet af patienter med covid-19 indlagt på intensiv afdelinger over de sidste to måneder. Figuren viser, at antallet af nye indlæggelser på intensiv afdelinger varierede mellem 1 til 11 patienter i perioden fra den 2. november til den 16. januar 2022.

Figur 10 Antallet af nye patienter med covid-19 indlagt på intensiv afdeling de seneste to måneder opgjort i covid-19 intensiv databasen fra 16. januar.



Figur 11 viser opgørelser af de indlagtes vaccinationsstatus, og om de har andre sygdomme (komorbiditeter). Figuren viser en tydelig forskel i median alder ift. de vaccinerede intensivpatienter (73 år) og de ikke-vaccinerede intensivpatienter (55 år). Blandt de vaccinerede intensivpatienter med 3. stik er der en stor forekomst af patienter med hæmatologisk sygdom eller som modtager immundæmpende behandling. Nedenstående figur viser, at knap 37% af de patienter, der var indlagt på intensiv afdeling i perioden, ikke havde en kronisk sygdom.

Figur 11: Vaccinationsstatus og komorbiditet blandt patienter med covid-19 indlagt på intensiv (opgjort for perioden 1.november 2021 til 16.januar 2022)

	Alle (n = 406)	Vaccineret med 1stik (n = 18) og ikke-vaccineret (n = 194)	Vaccineret med 2 stik (n = 146)	Vaccineret med 3 stik (n = 48)
Antal patienter	406	212	146	48
Mænd, N (%)	263 (65)	133 (63)	94 (64)	36 (75)
Alder, år (median(IQR))	64 (49-75)	55 (40-67)	72 (62-77)	73 (68-78)
Body Mass Index (median(IQR))	29 (25-33)	29 (25-34)	29 (25-33)	28 (24-34)
Tid fra første symptomer til indlæggelse på hospital. Dage (median(IQR))	7 (3-9)	7 (5-10)	5 (1-7)	5 (2-8)

Tid fra indlæggelse på hospital til indlæggelse på intensivafdeling, dage (median(IQR))	1 (0-4)	1 (0-3)	1 (0-4)	1 (0-4)
Kroniske sygdomme, N (%)				
Hypertension	176 (43)	58 (27)	86 (59)	32 (67)
Iskæmisk hjertesygdom	56 (14)	10 (5)	33 (23)	13 (27)
Hjertesvigt	35 (9)	7 (3)	18 (12)	10 (21)
Kronisk lungesygdom	78 (19)	23 (11)	39 (27)	16 (33)
Kronisk nyresvigt	40 (10)	10 (5)	17 (12)	13 (27)
Levercirrhose	7 (2)	5 (2)	1 (1)	1 (2)
Diabetes	86 (21)	31 (15)	41 (28)	14 (29)
Aktiv cancer	16 (4)	5 (2)	7 (5)	4 (8)
Hæmatologisk cancer	13 (3)	1 (0.4)	4 (3)	8 (16)
Immunosuppression	44 (11)	8 (4)	17 (12)	19 (40)
Ingen af ovenstående	148 (37)	117 (55)	28 (19)	3 (6)

Note: Vaccinestatusdefinitioner 1) Vaccineret med 1. stik og ikke-vaccinerede 2) Vaccineret med 2 stik og indlagt på intensiv >21 dage efter 2. stik (14 dage til effekt af vaccine + 7 dage fra symptom til ITA) og 3) Vaccineret med 3. stik og indlagt >14 dage efter 3. stik (7 dage til effekt af vaccine + 7 dage fra symptom til ITA)

Figur 12 viser at der ikke er stor variation på tværs af vaccinationsstatus den mediane liggetid for patienter indlagt med positiv test for SARS-CoV-2 på intensiv afdeling.

Figur 12: Indlæggelsesvarighed for patienter med covid-19 på intensiv afdeling
(opgjort for perioden opgjort for perioden 1. november 2021 til 16. januar 2022)

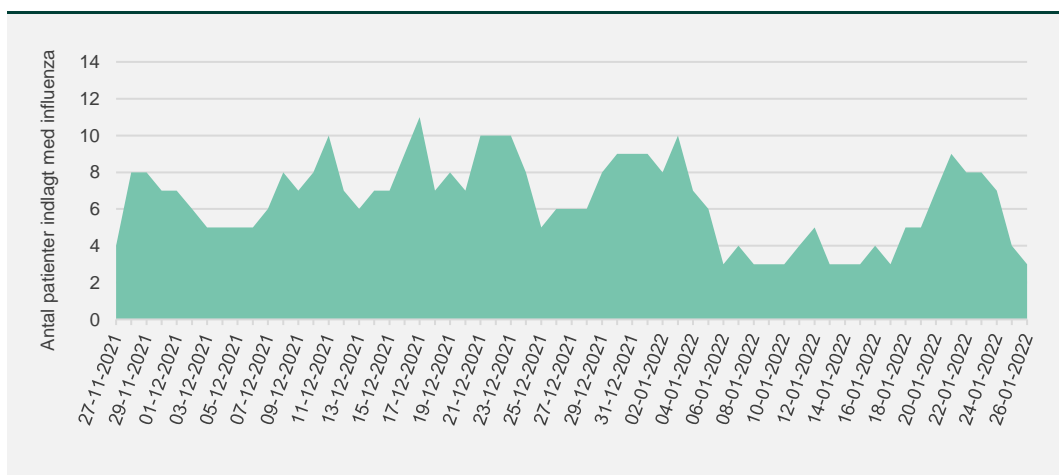
	All (n = 406)	Vaccineret med 1 stik (n = 18) og ikke-vaccineret (n = 194)	Vaccineret med 2 stik (n = 146)	Vaccineret med 3 stik (n = 48)
Antal patienter	406	212	146	48
Varighed af indlæggelse på intensivafdeling, dage (median (IQR))				
<i>Alle patienter</i>	8 (4-15)	8 (4-15)	8 (4-15)	6 (3-12)
<i>Overlevende</i>	7 (4-14)	8 (5-14)	6 (3-12)	5 (3-7)
<i>Døde</i>	10 (3-17)	8 (2-19)	11 (4-17)	12 (7-16)

Varighed af indlæggelse på hospital, dage (median (IQR))				
Alle patienter	15 (9-26)	15 (9-24)	16 (10-28)	12 (7-25)
Overlevende	16 (10-27)	16 (10-25)	17 (11-33)	12 (7-26)
Døde	14 (7-23)	13 (7-20)	15 (8-26)	14 (8-25)

Influenza

Der er stadig en meget lav sygdomsbelastning af influenza i Danmark, vurderet ud fra antal indlagte med laboratoriebekræftet influenza, som aktuelt er omkring 2-4 indlagte, se figur 10. Andre lande i Europa har stigende incidens af influenza. Det lave niveau i Danmark skyldes formentlig flere forhold, herunder samfundsrestriktioner og smitteforebyggende adfærd denne vinter, samt et historisk høj tilslutning til influenzavaccination, særligt blandt ældre. Med den forventede øgede samfundsaktivitet over de kommende uger må der dog forventes stigende influenzasmitte i Danmark, også i lyset af at influenzaepidemier sædvanligvis toppes primo februar.

Figur 13: Udviklingen i antallet af patienter indlagt med influenza de seneste 2 måneder



I Danmark testes man primært for influenza, hvis man har begrundet mistanke om influenza ved indlæggelse (symptomer) eller som en del af den løbende såkaldte 'sentinel overvågning' som varetages af udvalgte praktiserende læger m.v. Dermed er de nuværende indlagte for influenza et nogenlunde præcist mål for det antal patienter som for øjeblikket er indlagt grundet influenza. Testaktiviteten i forhold til influenza er højere end den er i normale sæsoner, mens forekomsten er lavere. For nærmere beskrivelser af testaktivitet mv. henvises til SSI's løbende overvågning af influenza⁶.

⁶ <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsovervaagning/i/influenza-ugens-opgørelse>

Øvrig somatisk sygehusaktivitet

Vi følger udviklingen på landets sygehuse ved at se på niveauet af planlagte ambulante besøg og planlagte operationer, der opgøres ud fra data fra LPR (med to ugers forsinkelse) og som sammenholdes med løbende kvalitative indberetninger fra regionerne.

I takt med at påvirkningen på sygehusvæsenet fra covid-19 aftager, har Sundhedsstyrelsen øget fokus på regionernes normalisering af sygehusaktiviteten, herunder på afvikling og genetablering af øvrig aktivitet.

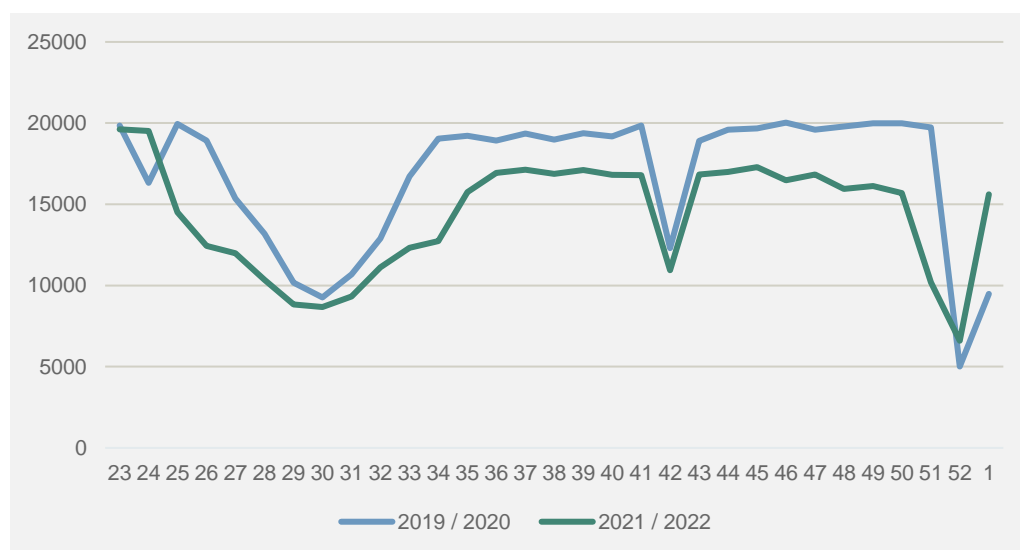
Alle regionerne oplever pres på sygehuskapaciteten, som bl.a. skyldes, at den store samfundssmitte også rammer personalet og deres familier, med stort fravær pga. sygdom og selvisolation, hvilket udfordrer arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene. Der opleves særligt pres på akutafdelingerne, på grund af den store mængde patienter, som har positive PCR test for SARS-CoV-2 og derfor kræver særlig håndtering og isolation.

Aktuelt har alle regioner orienteret Sundhedsstyrelsen om, at de på størstedelen af deres hospitaler fortsat udskyder en del af alt planlagt ikke-tidskritisk kirurgi, men aktuelt øger den planlagte aktivitet hvor muligt. Alle regioner har fokus på at vende tilbage til normal aktivitet, men med det aktuelle sygefravær blandt personalet er dette ikke realistisk i de nærmeste uger.

Den overordnede vurdering er, at presset på sygehusene er let aftagende, og flere regioner nedskalerer derfor deres beredskab.

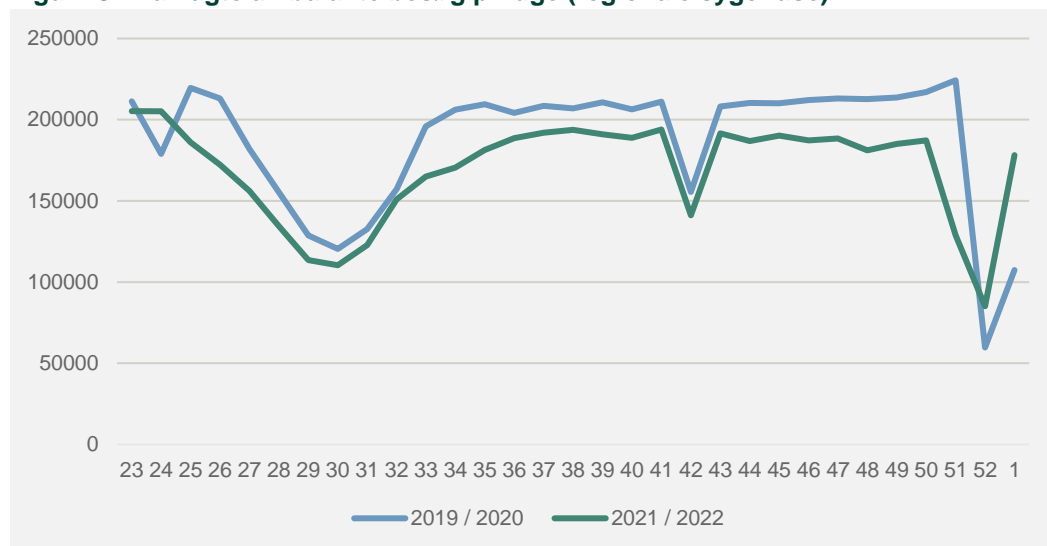
Figur 14 viser, at antallet af ugentlige planlagte operationer på landsplan har været faldende siden konflikten på sygeplejerskeområdet, og at den op til jul var 21 % lavere end tilsvarende tidspunkt i 2019. Aktiviteten i de efterfølgende uger kan ikke direkte sammenlignes med 2019 grundet forskellig placering af helligdage. Aktiviteten i uge 1 2022 er let stigende sammenlignet med uge 50 2021.

Figur 14: Planlagte operationer pr. uge (regionale sygehuse)



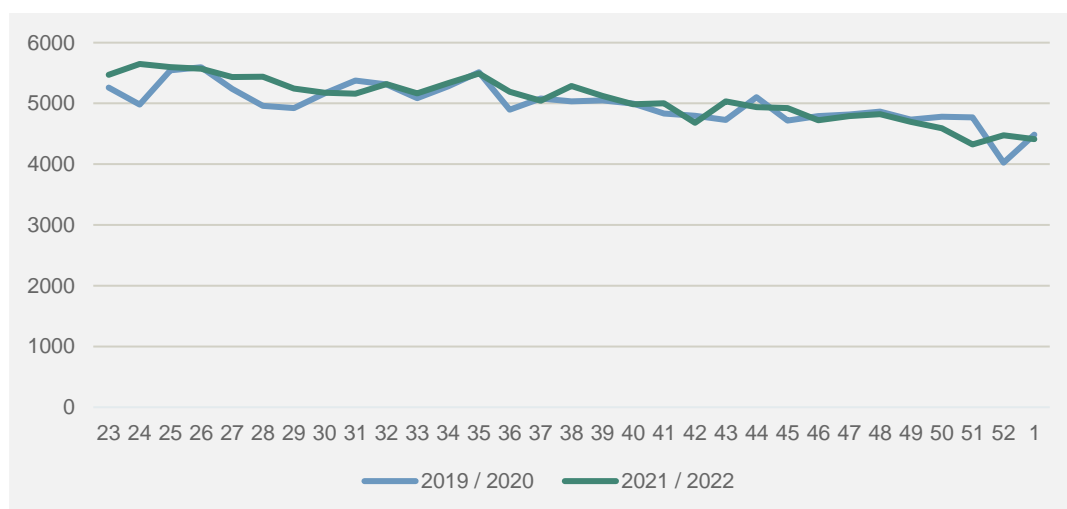
Figur 15 viser, at antallet af ugentlige planlagte ambulante besøg ligeledes har været faldende siden konflikten på sygeplejerskeområdet. Frem mod juleferien var aktiviteten knap 15 % lavere end samme periode i 2019. Aktiviteten i uge 1 2022 er sammenlignelig med uge 50 2021.

Figur 15: Planlagte ambulante besøg pr. uge (regionale sygehuse)

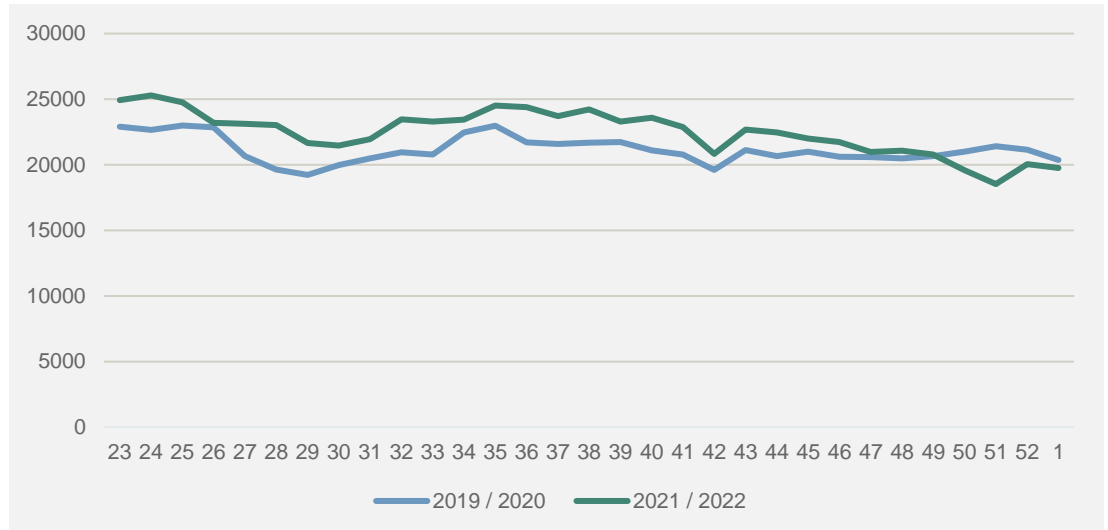


Figur 16-18 viser, at antallet af ugentlige akutte operationer, ambulante besøg og indlæggelser har været stabilt og sammenligneligt med niveauet i 2019. Det skal bemærkes, at der i uge 50 blev indført nationale restriktioner, der kan have påvirket den akutte aktivitet. Aktiviteten i uge 1 2022 er sammenlignelig med aktiviteten i uge 50 2021.

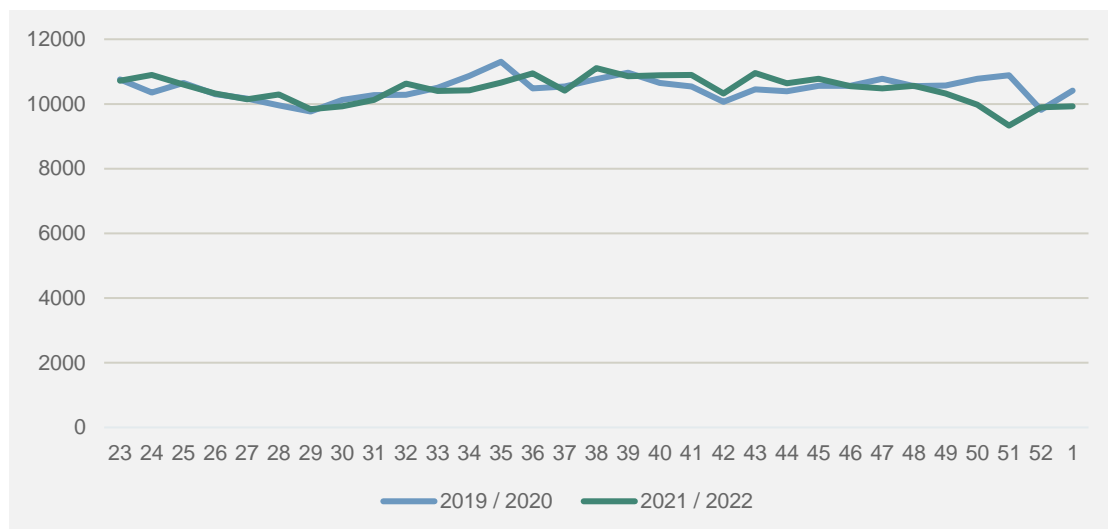
Figur 16: Akutte operationer pr. uge (regionale sygehuse)



Figur 17: Akutte ambulante besøg pr. uge (regionale sygehuse)



Figur 18: Akutte indlæggelser pr. uge (regionale sygehuse)

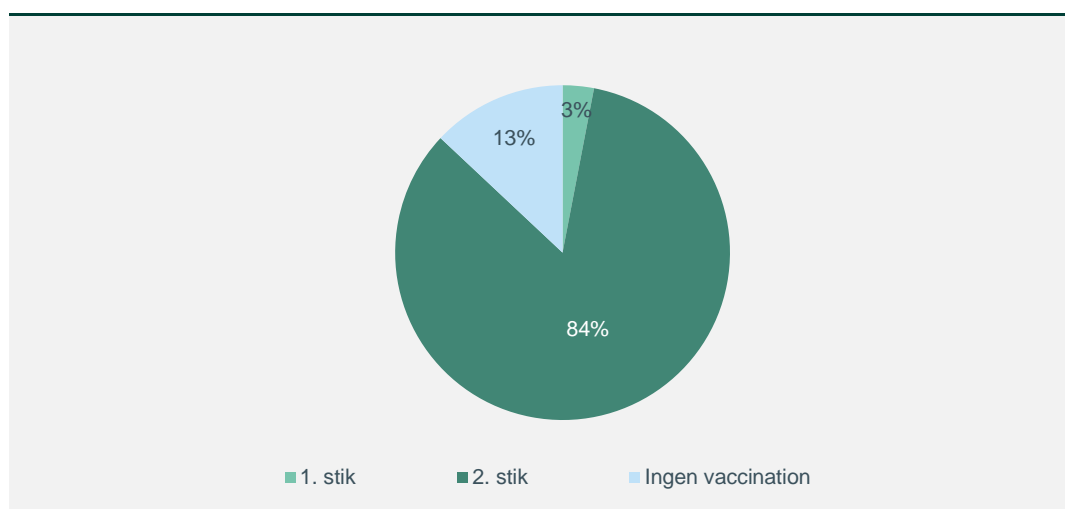


Vaccination mod covid-19

Der ses fortsat en stigende tilslutning til primærvaccination mod covid-19. Med primærvaccination menes der 1. og 2. stik med en covid-19 vaccine.⁷

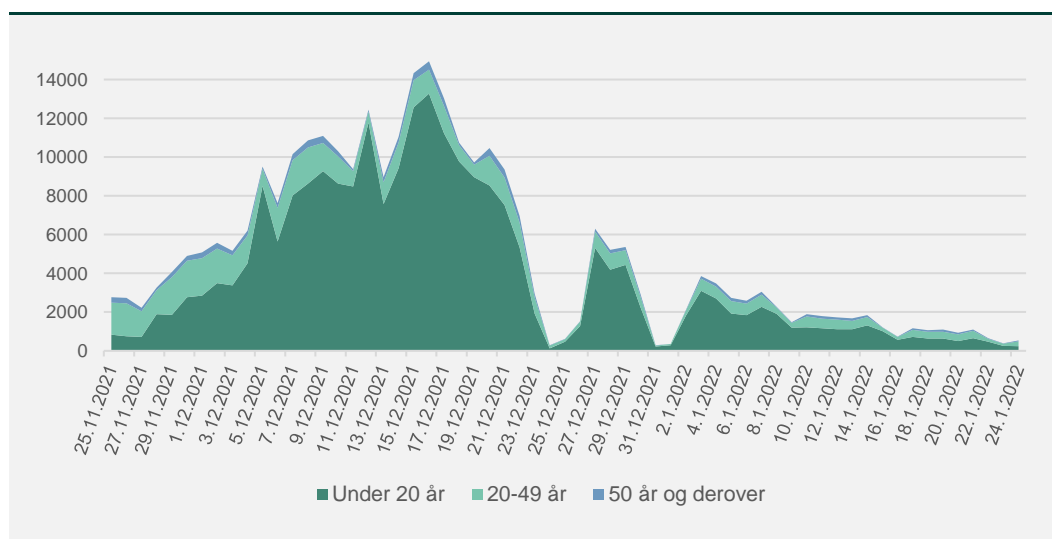
Figur 19 viser, at ca. 84 pct. af befolkningen på 5 år eller ældre har fået 2. stik mod covid-19, og at yderligere ca. 3 pct. enten afventer 2. stik eller har fået 2. stik mindre end 14 dage fra opgørelsetidspunktet.

Figur 19: Tilslutning til primærvaccination mod covid-19 for personer på 5 år eller ældre, opgjort pr. 25. januar 2022



Figur 20 viser, at antallet af personer, som har påbegyndt deres primære vaccinationsforløb, gennemsnitligt har ligget på ca. 1.200 per dag de seneste to uger.

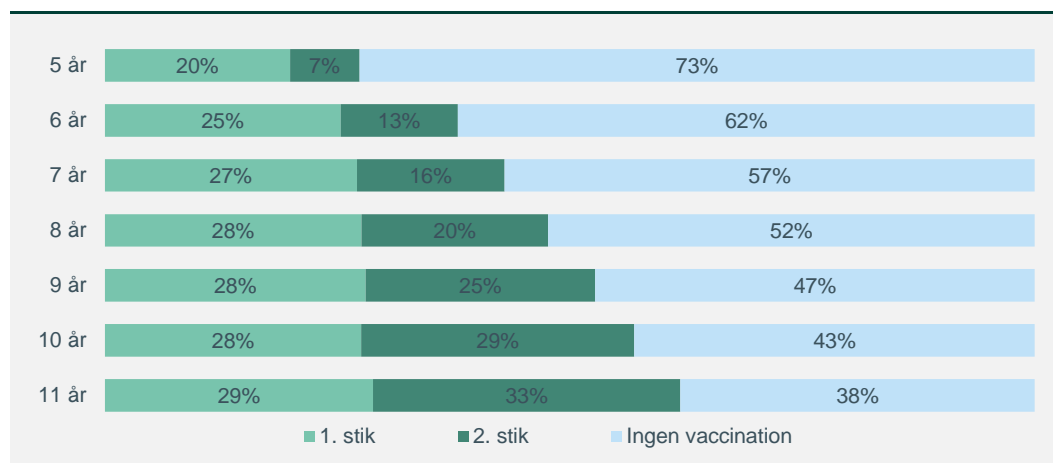
Figur 20: 1. stik mod covid-19 fordelt på aldersgrupper



⁷ For personer der har modtaget vaccinen fra Johnson & Johnson gælder, at de har fået ét stik jf. vaccineproducentens produktresumé.

Invitationen til børn mellem 5 og 11 år blev afsluttet primo-december. Børn, der fylder 5 år, inviteres løbende umiddelbart efter deres fødselsdag. Figur 21 viser, at tilslutningen er højest blandt børn på 11 år (62 pct.) og 10 år (57 pct.). Disse aldersgrupper blev også inviteret først. Siden seneste statusrapport er andelen af børn, der har fået 2. stik, steget, og der ses en lille stigning i den samlede tilslutning på tværs af aldersgrupperne, som nu ligger på knap 47 pct.

Figur 21: Tilslutningen til primær vaccination for børn på 5-11 år, opgjort pr. 25. januar 2022



Revaccination mod covid-19

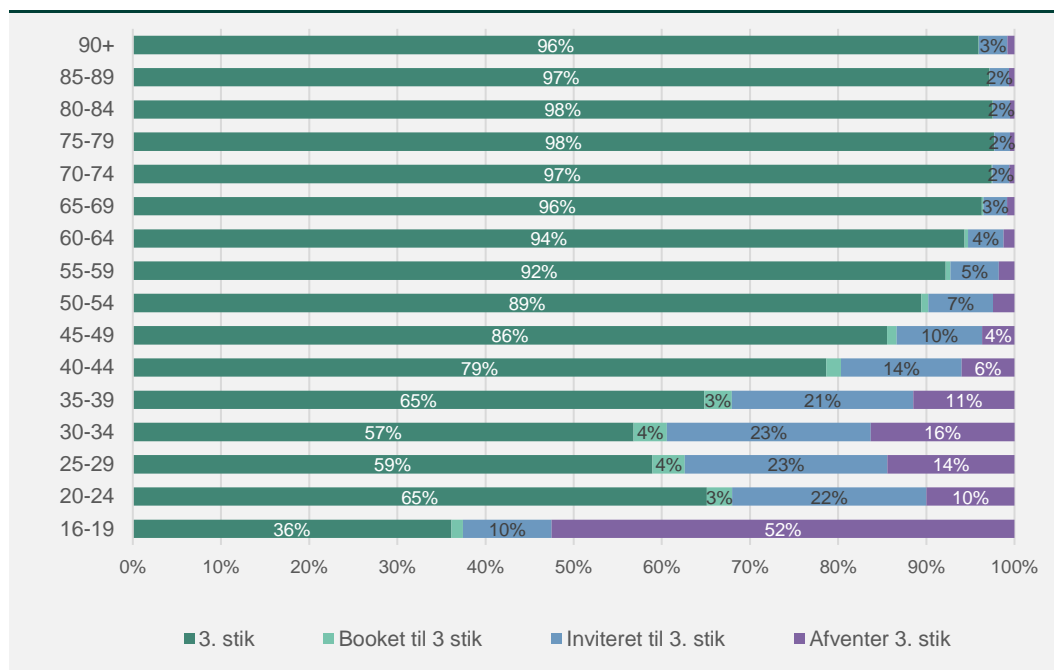
Alle på 18 år og ældre tilbydes 3. stik fra kalenderdag 140 efter 2. stik. Pr. 25. januar 2022 er lidt over 4 mio. inviteret, og heraf har over 3,45 mio. fået 3. stik mod covid-19⁸.

I Figur 22 ses tilslutningen til 3. stik fordelt på aldersgrupper for personer på 18 år og derover. Kategorien 'afventer' udgøres af personer, som har fået 2. stik, men hvor der endnu ikke er gået det korrekte interval mellem 2. og 3. stik, hvorfor de endnu ikke er inviteret til 3. stik. I figuren ses, at der er flest i de ældre aldersgrupper, som har fået 3. stik. Disse aldersgrupper har været blandt de første, der er blevet inviteret til 3. stik. Dette hænger sammen med, at invitation til 1. stik blev prioriteret efter blandt andet alder.

For personer på 60 år og derover ses der en særdeles høj tilslutning på 94-98 pct., og for personer mellem 45-59 år, ses der også en høj tilslutning på 86-92 pct. Blandt de yngre voksne (20-39-årige) ses der en forholdsvis høj andel af inviterede, som endnu ikke har bestilt tid til eller modtaget 3. stik endnu (21-23 pct.). Det kan skyldes, at den meget udbredte smitte i samfundet, som bevirker, at mange coronasmittede personer må udskyde deres 3. stik indtil 30 dage efter overstået sygdom.

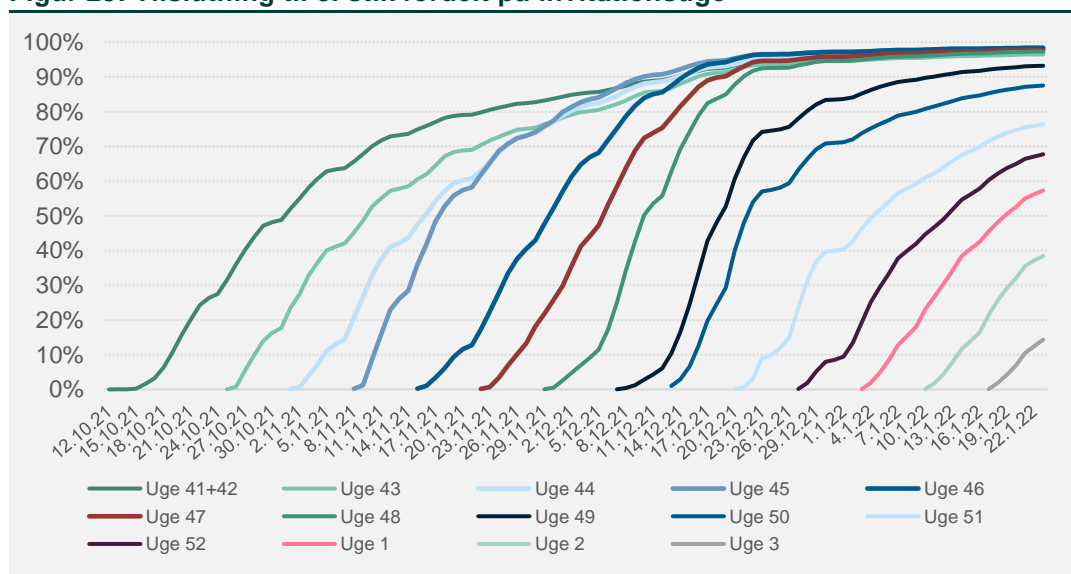
⁸ Langt de fleste bliver revaccineret med et 3. stik. For personer, der har modtaget vaccinen fra Johnson & Johnson tilbydes der på nuværende tidspunkt et 2. stik med en mRNA-vaccine. Gruppen af personer, der er primærvaccineret med Johnson & Johnson, og som derefter har fået et stik med en mRNA-vaccine, indgår i opgørelserne over 3. stik (revaccination).

Figur 22: Tilslutning til 3. stik fordelt på alder, opgjort pr. 25. januar 2022⁹



Figur 23 viser, at tilslutningen til 3. stik er særdeles høj på 96-98 pct. blandt personer, der blev inviteret i uge 48 eller tidligere. Tilslutningen blandt personer, der er inviteret siden nytår, ser ud til at stige langsommere.

Figur 23: Tilslutning til 3. stik fordelt på invitationsuge



⁹ Årsagen til den forholdsvis store andel af 16-19-årige, der "Afventer 3. stik", er, at 3. stik på nuværende tidspunkt ikke tilbydes til personer under 18 år, da EMA ikke har godkendt dette endnu. Personer, der er 17 år, inviteres derfor til 3. stik løbende i takt med, at de fylder 18 år.

Datagrundlag

Der er i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen og Statens Serum Institut etableret et datagrundlag, der muliggør detaljerede opgørelser af indlæggelser på sygehuse, herunder varighed af indlæggelser og alvorlighed, status på vaccinationstilslutning samt immunitet på tværs af covid-19, influenza og pneumokoksygdom. Arbejdet med at forbedre datagrundlaget for dette er under udvikling.

Opgørelsen af befolkningstal i statusrapporten er baseret på CPR-registeret, som opdateres den 15. i hver måned. Populationen udgøres af personer i live som har et gyldigt CPR-nummer, er bosat i Danmark og opfylder følgende kriterier: Personen skal have en gyldig kommunekode, som matcher en eksisterende kommune, køn skal være angivet og personen skal have en gyldig vejkode.

Data på covid-19 relaterede sygehusindlæggelser herunder det samlede antal indlæggelser og indlæggelser på intensiv afdeling, opgøres på baggrund af datatræk fra Landspatientregistret (LPR) samt øjebliksbillede-data indsamlet fra landets sygehuse af Sundhedsdatastyrelsen. Data fra daglige indberetninger fra regionerne (øjebliksbillede-data) består af indsendte daglige oplysninger for indlagte patienter fra regionerne (kl. 7 og kl. 15), som sammenkøres med prøvesvar fra den danske mikrobiologi database (MiBa) via SSI. Disse er alene et øjebliksbillede, som kan ændre sig ved senere efterregistrering eller rettelse af tidligere registreringer. Formålet med disse er primært at give et øjebliksbillede af den nuværende situation på sygehusene, især i situationer hvor der f.eks. er en hurtig stigning i antallet af indlagte, som kræver yderligere initiativer fra sundhedsmyndighederne. Der vil være afvigelser i visse af de opgjorte data fra de daglige opdateringer, som er baseret på en kombination af daglige indberetninger fra regioner, og indberetninger via LPR. Generelt giver efterregistreringer i LPR et mere komplet billede af den samlede belastning på sygehusvæsenet, og er samtidig sammenligneligt med indberetninger for øvrige sygdomme, som ikke er omfattet af daglige indberetninger for COVID-19. Dette betyder i praksis, at der i flere af de angivne grafer er et højere antal indlagte end det, som i første omgang indberettes via den øjebliksbillede-baserede løsning. Forskellene i niveau varierer over tid og region.

Data over indlæggelser med covid-19 opgøres ud fra, om der foreligger en positiv PCR-test for SARS-CoV-2 i perioden 0-14 dage inden indlæggelsen eller under indlæggelsen. Hvis sygehusopholdet ikke er afsluttet på opdateringsdatoen for data, sættes udskrivningsdatoen lig opdateringsdatoen. Psykiatriske ophold samt ophold med varighed over 100 dage ekskluderes, med mindre der er tilknyttet en af følgende koder som aktionsdiagnose: DB972A, DJ960. Opgørelsen omfatter både akutte og planlagte sygehusophold. Indlæggelsen har ikke nødvendigvis en COVID-19 aktions-/bi-diagnose.

Opgørelsen over andel personer med covid-19 lungebetændelse ud af alle covid-19 indlagte er baseret på data fra Sygehusmedicinregisteret (SMR) og Landspatientregistret (LPR). Covid-19 indlagte er også her defineret som personer med en positiv test 0-14 dage inden indlæggelsen eller under indlæggelse. Psykiatriske ophold samt ophold med varighed over 100 dage er ikke inkluderet, medmindre der er tilknyttet en af følgende koder som aktionsdiagnose: DB972A, DJ960. Personer med covid-19 lungebetændelse defineres som personer med medicinadministration på Remdesivir og/eller Dexamethason på mindst to forskellige dage inden for start- og slutdato for covid-19 indlæggelsen. En person tæller med i den uge, hvor indlæggelsen starter. Bemærk, at der kan forekomme efterregistreringer, og der er risiko for underestimering af personer med covid-19 lungebetændelse. Bemærk også, at der indgår uafsluttede indlæggelser.

Indlæggelsesdata på influenza og pneumokoksygdom er i denne rapport baseret på diagnosekoder i LPR. Disse data er opgjort per 12. december, da der foretages betydelige efterregistreringer i LPR, som hæver kvaliteten. Validiteten af nyere data er derfor ikke tilstrækkelig til, at der kan foretages analyser. Der arbejdes på automatiserede udtræk fra MiBa for disse sygdomme.

Data for tilslutningen til vaccination mod covid-19, influenza og pneumokoksygdom trækkes fra Det Danske Vaccinationsregister (DDV) og opgøres ud fra påbegyndt og/eller færdiggjort vaccinationsforløb for målgruppen for vaccinerne. For covid-19 er målgruppestørrelsen udgjort af nulevende personer på 5 år eller ældre med bopælsadresse i Danmark jf. CPR-registeret på datoen for datatrækket. For influenza er målgruppestørrelsen udgjort af nulevende personer, som er omfattet af tilbuddet om gratis influenzavaccination for influenzavaccination, og som er bosat i Danmark jf. CPR-registeret på datoen for datatrækket. Data for vaccinationstilslutningen for influenza 2021/2022 bliver for befolkningen over 6 år opgjort på ingen vaccination eller vaccination, mens det for børn på 2-6 år bliver opgjort som ingen vaccination eller vaccination, hvor både 1. og 2. dosis er modtaget, da børn skal have to doser for at være færdigvaccineret mod influenza.

Data for vaccinationstilslutningen til covid-19 bliver opgjort på følgende måde:

Definition	Betydning
Ingen vaccination	Ingen vaccination (personer har ikke påbegyndt et vaccinationsforløb)
1. Stik	Personer indgår i '1. stik', når de har fået 1. stik og indtil, at der opnået fuld effekt af 2. stik (dvs. indtil 14 dage efter 2. stik uanset vaccineproducent)
2. stik	Personer indgår i '2. stik', når der er gået 14 dage efter 2. stik og hvor der er opnået fuld effekt. Dette svarer til den tidligere anvendt definition 'færdigvaccineret'. ¹
3. stik	Personer indgår '3. stik', når de har fået 3. stik (revaccination). ²

¹ Note: Personer, der har modtaget vaccinen fra Johnson & Johnson indgår i "ingen vaccination" indtil der er opnået fuld effekt (dvs. 14 dage efter). Derefter indgår personerne i '2. stik', jf. vaccineproducentens produktresumé

² Note: Personer, der er vaccineret med Johnson og Johnson, og som har modtaget en boostervaccination, indgår i '3. stik.

Opgørelsen af målgruppestørrelser (estimat på antal personer i hver revaccinations-målgruppe) er ikke en konstant, men derimod en variabel størrelse. Dette skyldes flere årsager, herunder blandt at nye personer flytter ind på plejehjem, som ikke på forhånd er revaccinerede (plejehjemsbeboere), at nogle personer får konstateret en sygdom, der giver svært nedsat immunforsvar (immunsupprimerede), at nogle går bort, etc. Blandt de nye målgrupper, som inviteres til revaccination, er disse enten dannet ud fra alderen af den vaccinerede, typen af vaccinationsregime eller tid siden afslutning af primært vaccinationsforløb. Det vil sige, at personer kun indgår i målgruppestørrelsen, når den relevante myndighed har taget stilling til, om kriterierne for visitation til revaccination som en del af målgruppen er opfyldt.

Data for sygehusaktivitet er baseret på datatræk fra Landspatientregisteret og CPR og er udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen. Aktiviteten er afgrænset til somatisk aktivitet på offentlige sygehuse af patienter med dansk bopælsregion. Antal udførte operationer er afgrænset til hovedkapitlerne (KA-KQ). Antal indlæggelser er defineret som sygehusophold af over 12 timers varighed. Antal ambulante ophold er defineret som sygehusophold af under 12 timers varighed.

Opgørelser baseret på LPR er under fortsat udvikling og validering grundet overgang til nyt Landspatientregister (LPR3), hvilket betyder, at de løbende vil blive korrigeret og opdateret, også bagud i tid. Særligt skal det bemærkes, at tallene for de seneste opgørelsesuger grundet efterregistreringer forventeligt vil ændres lidt.



Relateret document 2/2

Dokument Navn: SST's bilag til statusrapport,
udg. 1.2.2022.pdf

Dokument Titel: SST's bilag til statusrapport,
udg. 1.2.2022

Dokument ID: 1521134



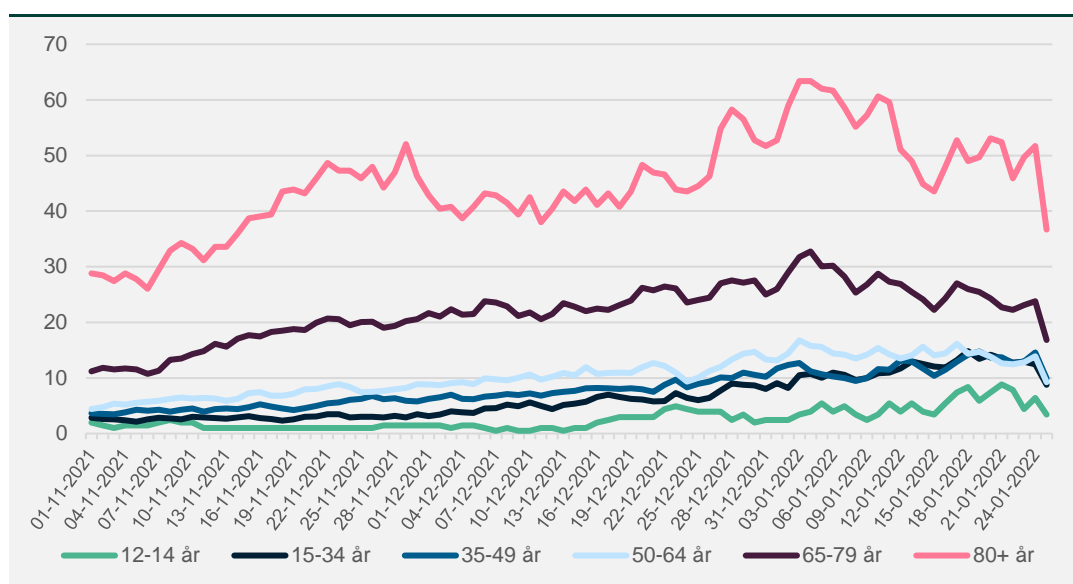
SUNDHEDSSTYRELSEN



Bilag 1

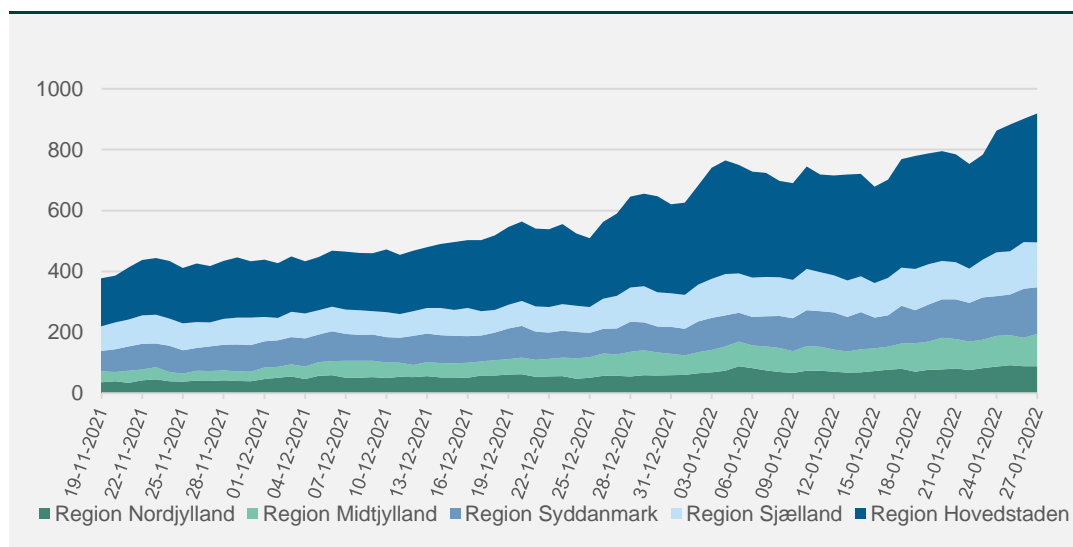
Figur 24a beskriver udviklingen i incidens af nuværende hospitalsindlagte over tid med positiv test for SARS-CoV-2. Det ses at der i den seneste periode har været et fornyet fald i belastningen af patienter i de ældre aldersgrupper, men der ses let stigende incidens i antallet af indlagte patienter i de yngre aldersgrupper. Dette er især koblet til flere patienter som er indlagt i psykiatrien med et positivt prøvesvar.

Figur 24a: Antal indlagte med laboratoriebekræftet positiv PCR-test for SARS-CoV-2 per 100.000 borgere i aldersgruppen



Figur 24b beskriver udviklingen i antal indlagte med positivt PCR-prøve for SARS-CoV-2 fordelt på regioner hvor det ses at langt hovedparten af patienterne er indlagt i Region Hovedstaden.

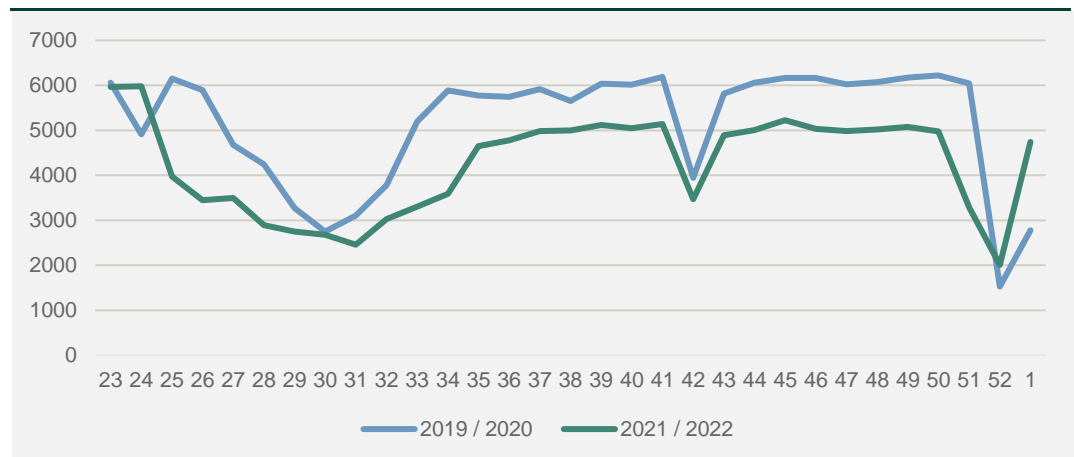
Figur 24b: Udvikling i det samlede antal af indlagte med laboratoriebekræftet positiv PCR-test for SARS-CoV-2 fordelt på regioner de sidste to måneder



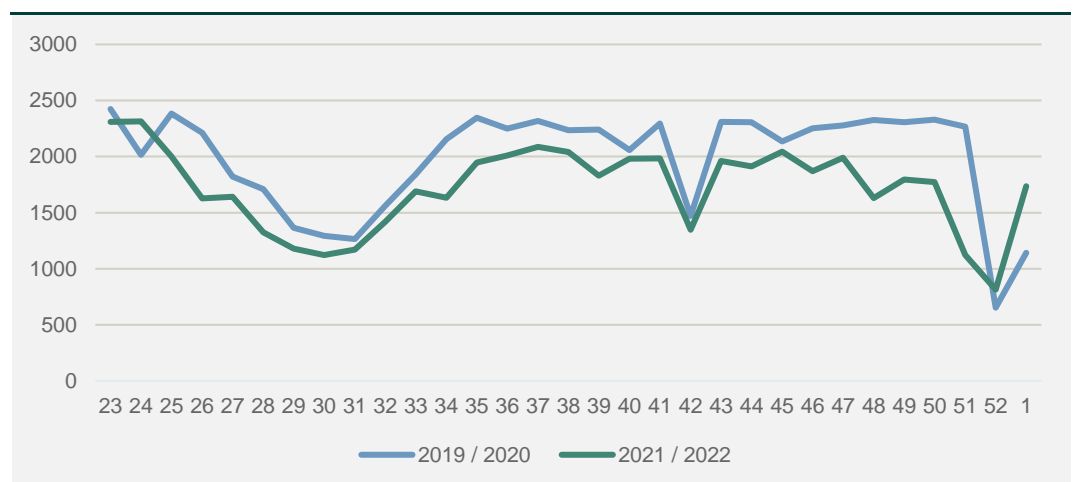
Bilag 2

Udvikling i ugentlige planlagte operationer (off. sygehuse) opdelt på region

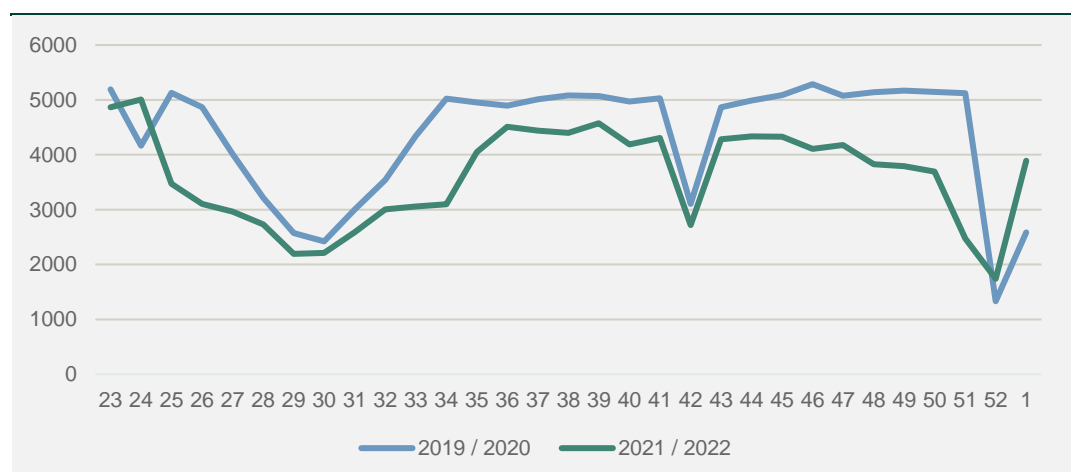
Figur 25a: Region Hovedstaden



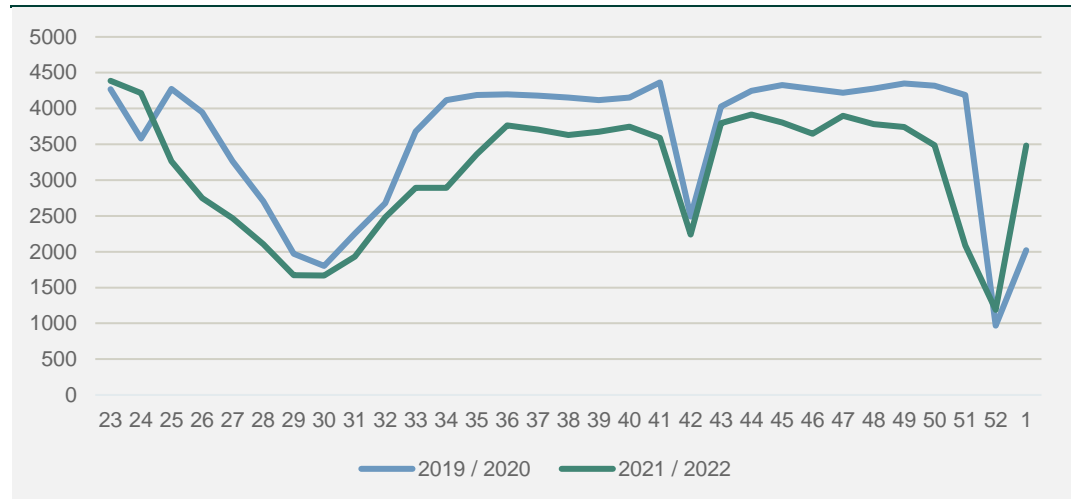
Figur 25b: Region Sjælland



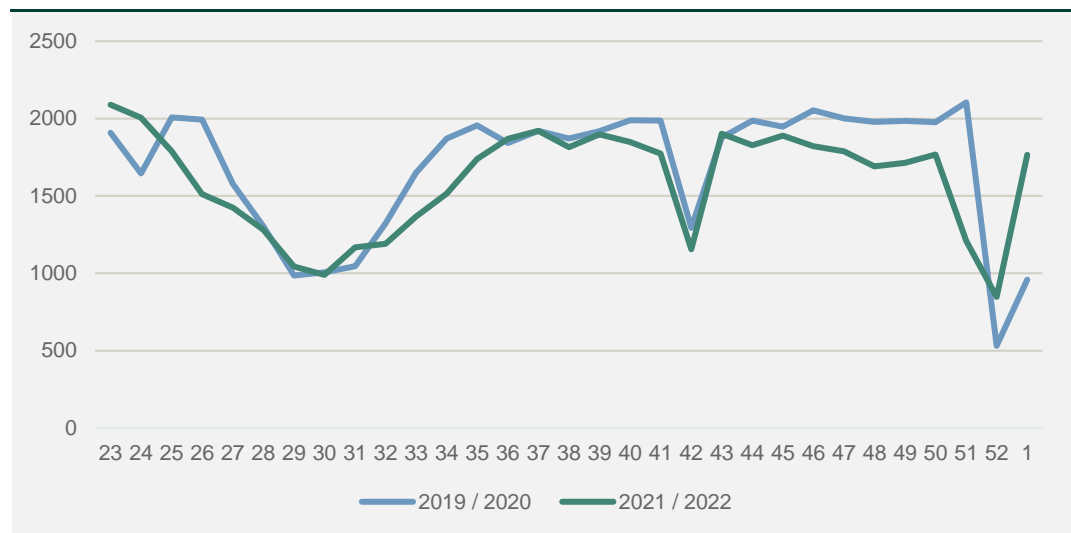
Figur 25c: Region Syddanmark



Figur 25d: Region Midtjylland



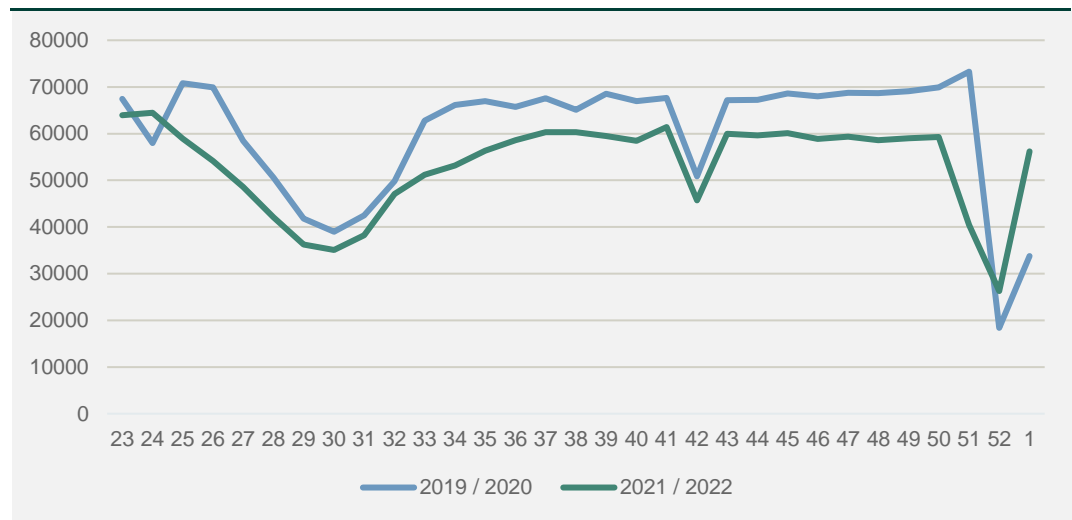
Figur 25e: Region Nordjylland



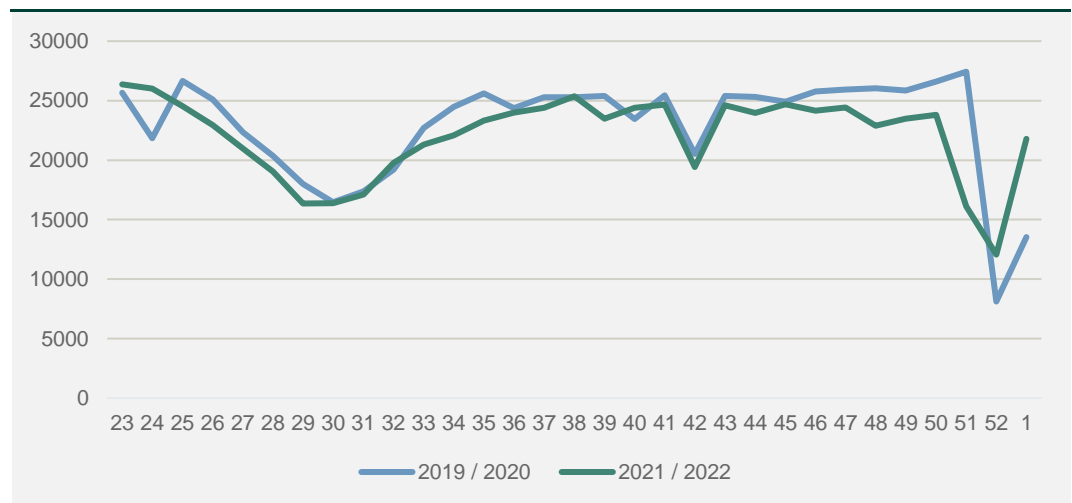
Bilag 3

Udvikling i ugentlige planlagte ambulante besøg (off. sygehuse) opdelt på region

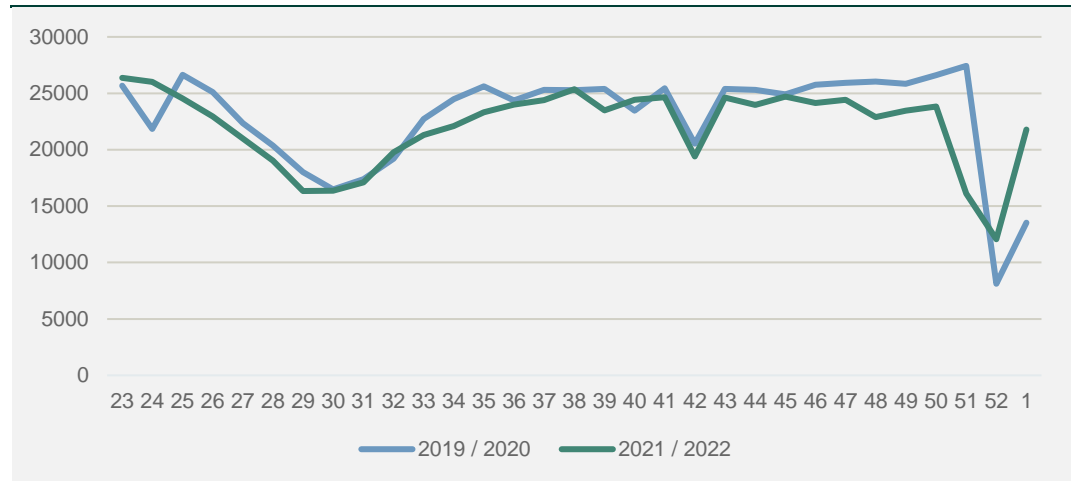
Figur 26a: Region Hovedstaden



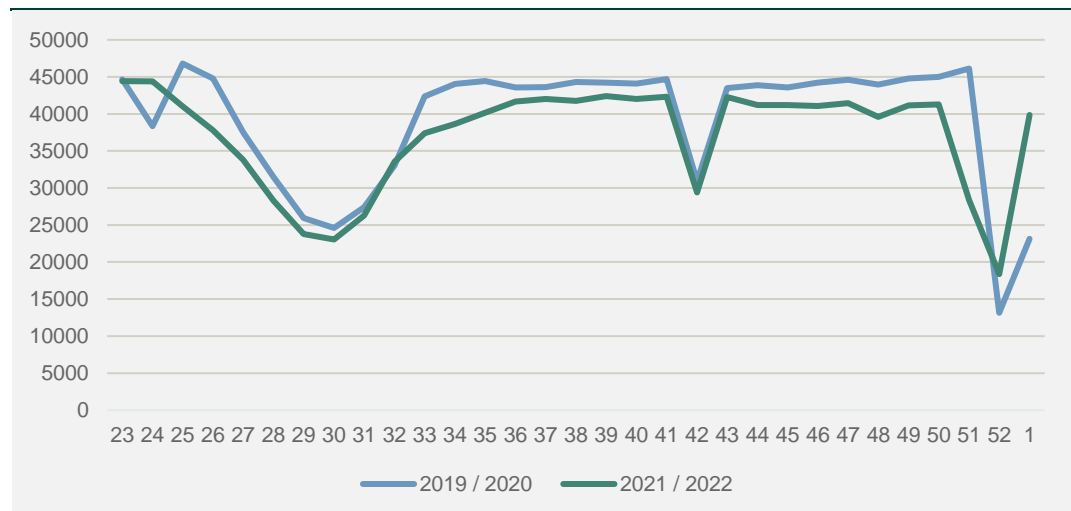
Figur 26b: Region Sjælland



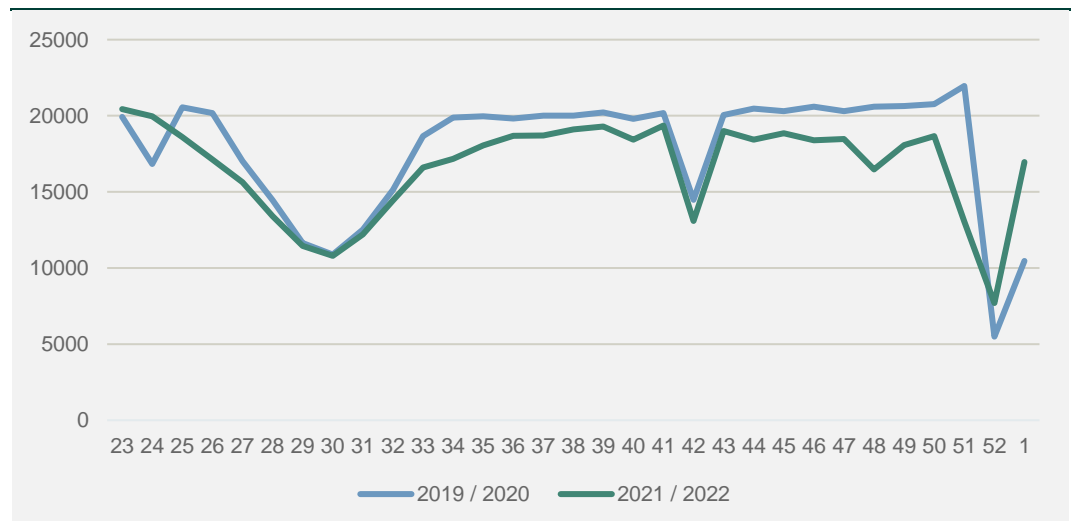
Figur 26c: Region Syddanmark



Figur 26d: Region Midtjylland



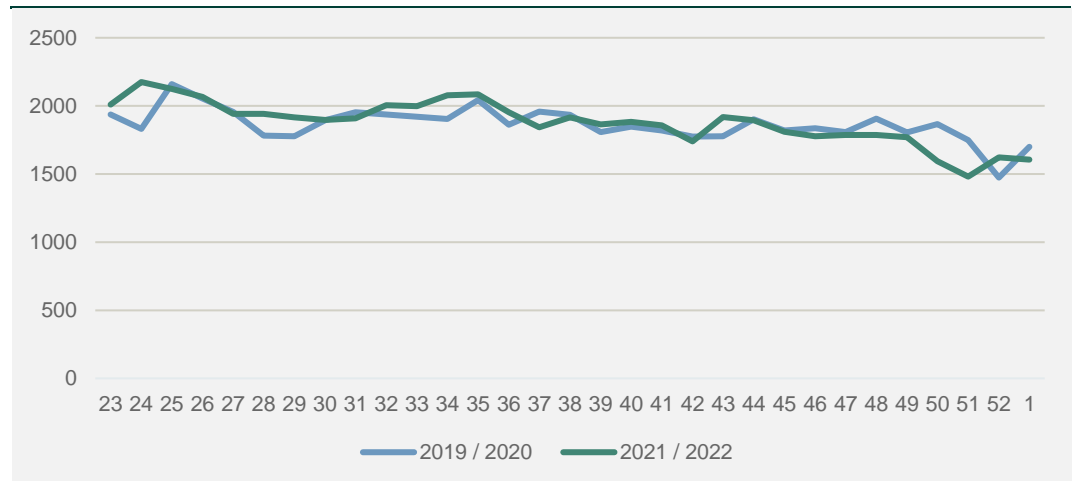
Figur 26e: Region Nordjylland



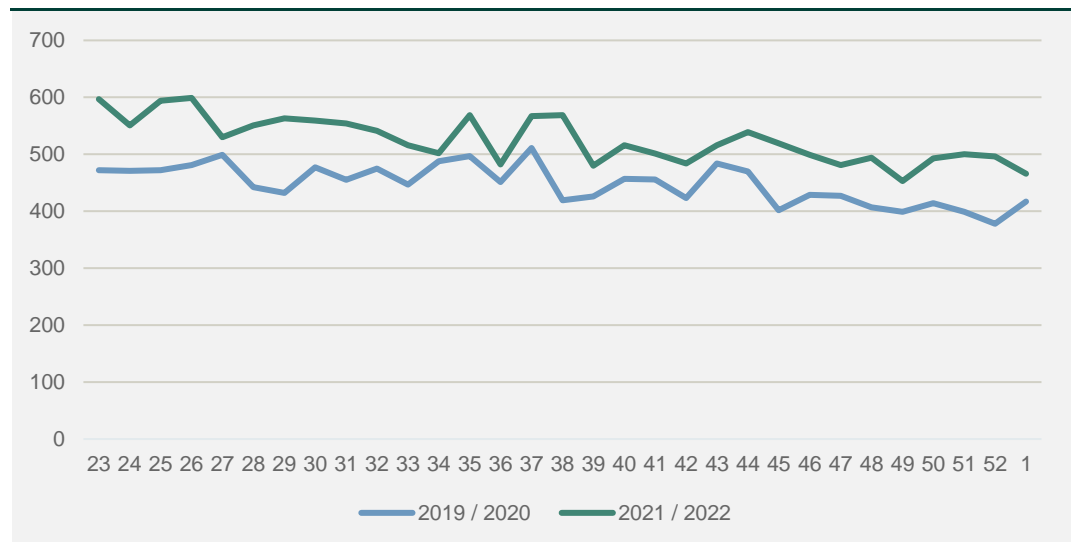
Bilag 4

Udvikling i ugentlige akutte operationer (off. sygehuse) opdelt på region

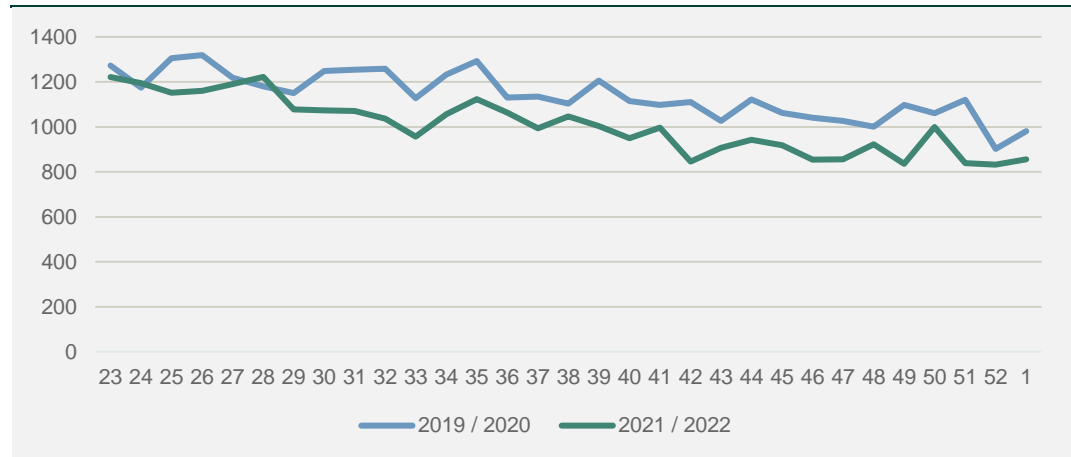
Figur 27a: Region Hovedstaden



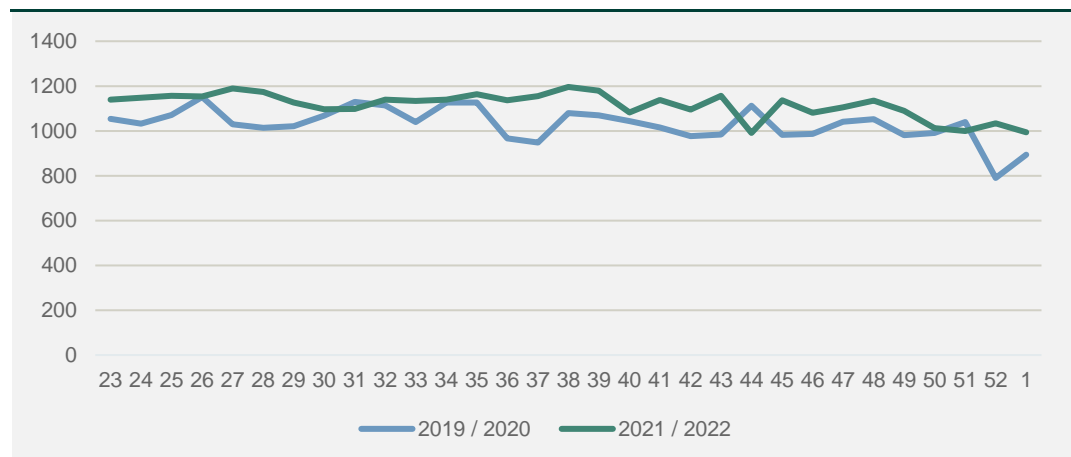
Figur 27b: Region Sjælland



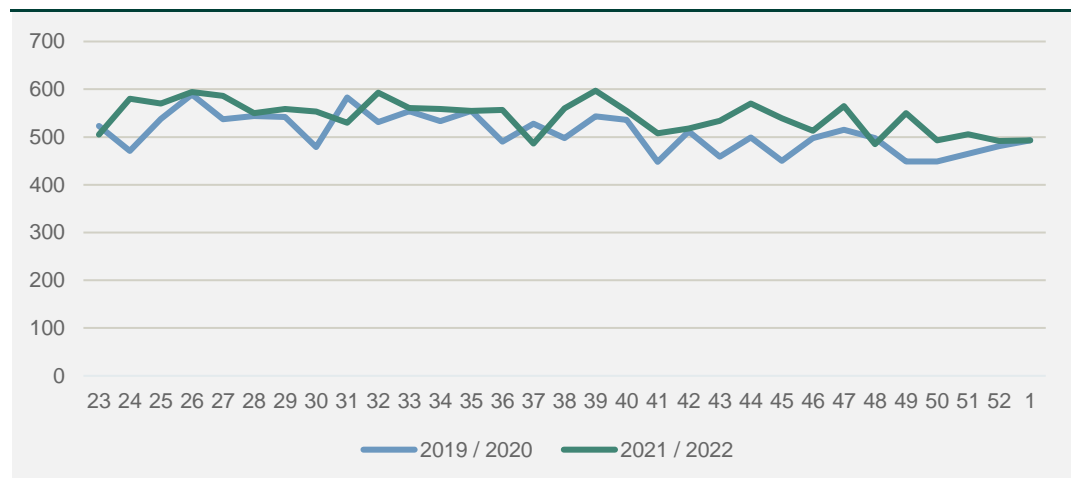
Figur 27c: Region Syddanmark



Figur 27d: Region Midtjylland



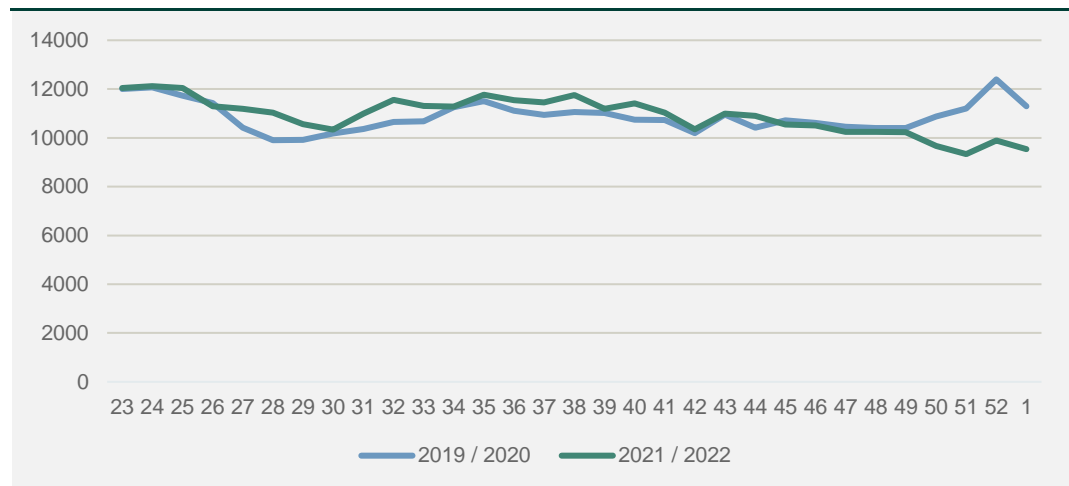
Figur 27e: Region Nordjylland



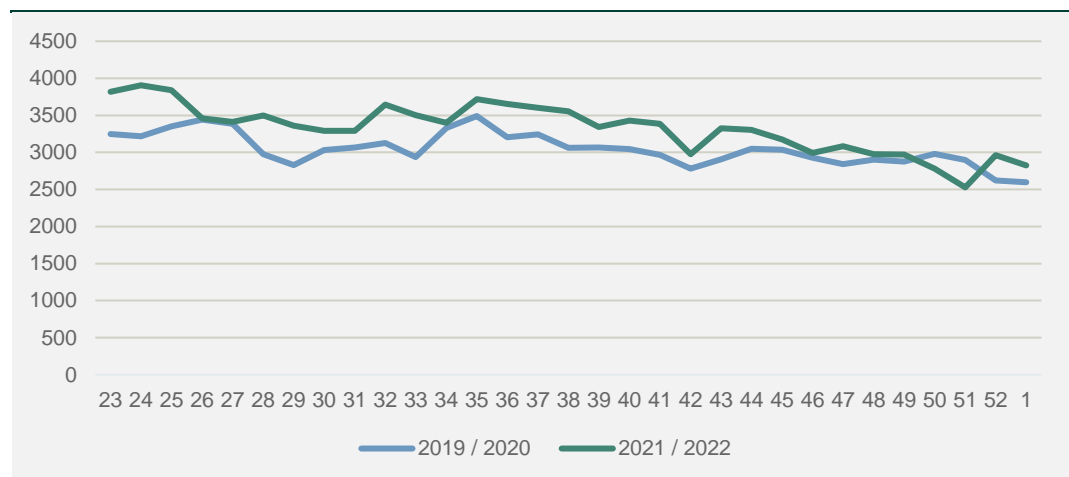
Bilag 5

Udvikling i ugentlige akutte ambulante besøg (off. sygehuse) opdelt på region

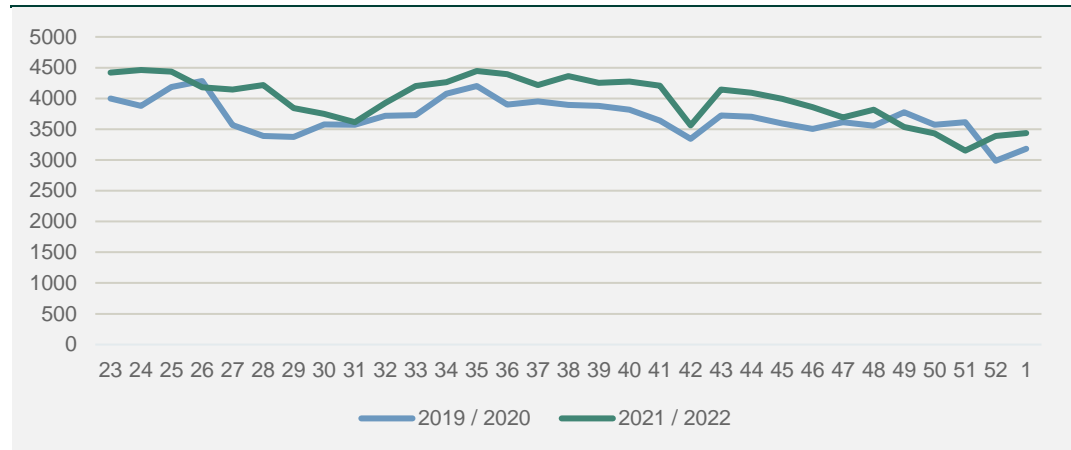
Figur 28a: Region Hovedstaden



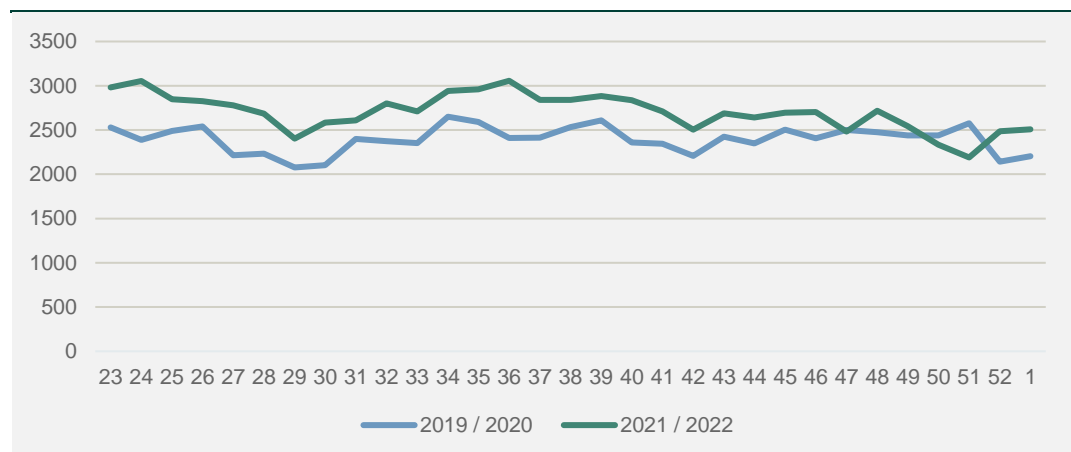
Figur 28b: Region Sjælland



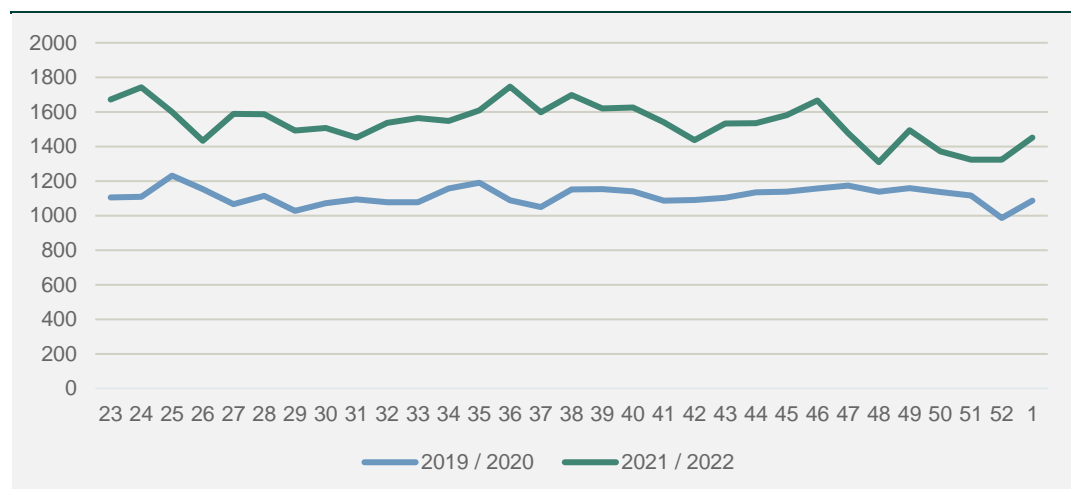
Figur 28c: Region Syddanmark



Figur 28d: Region Midtjylland



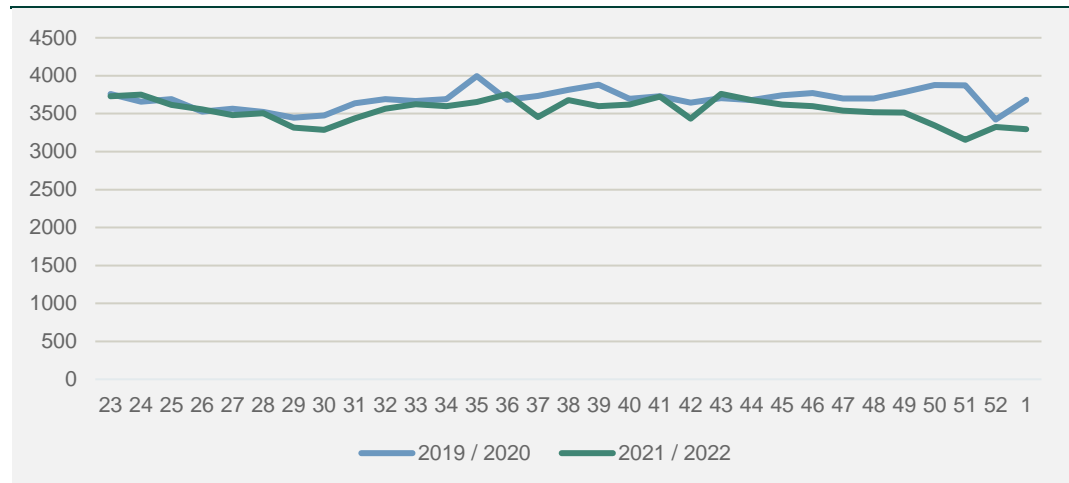
Figur 28e: Region Nordjylland



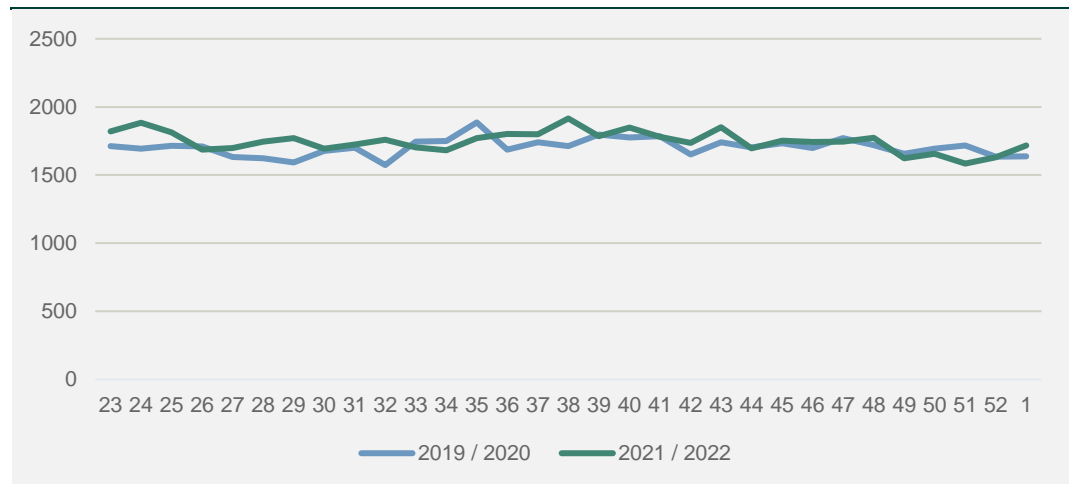
Bilag 6

Udvikling i ugentlige akutte indlæggelser (off. sygehuse) opdelt på region

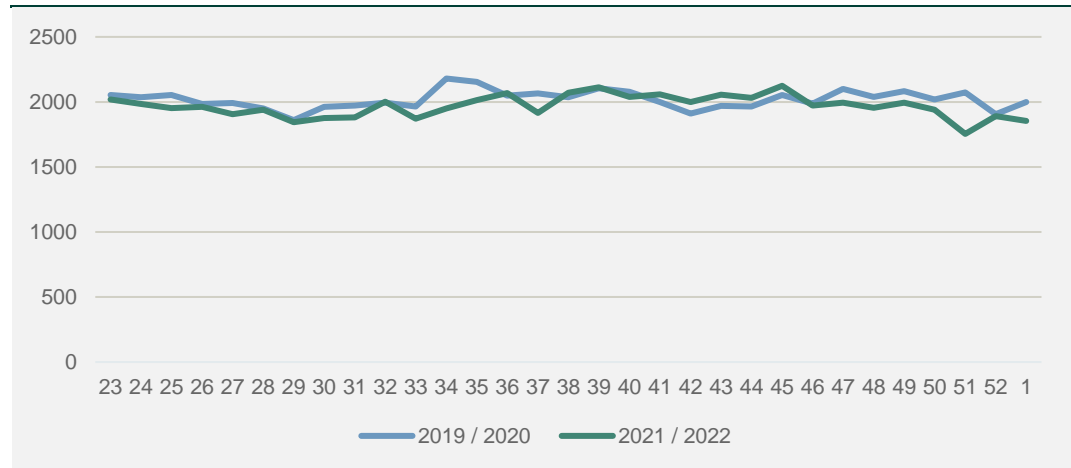
Figur 29a: Region Hovedstaden



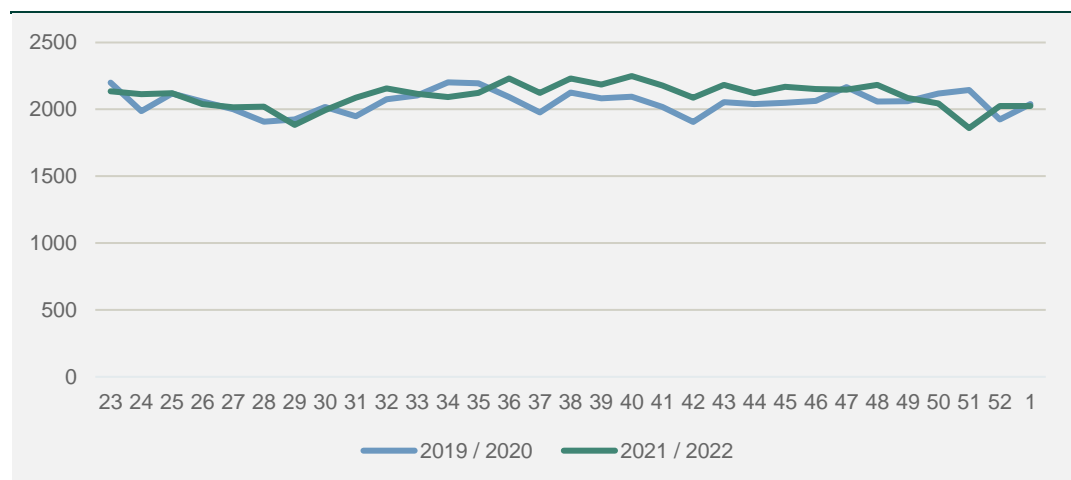
Figur 29b: Region Sjælland



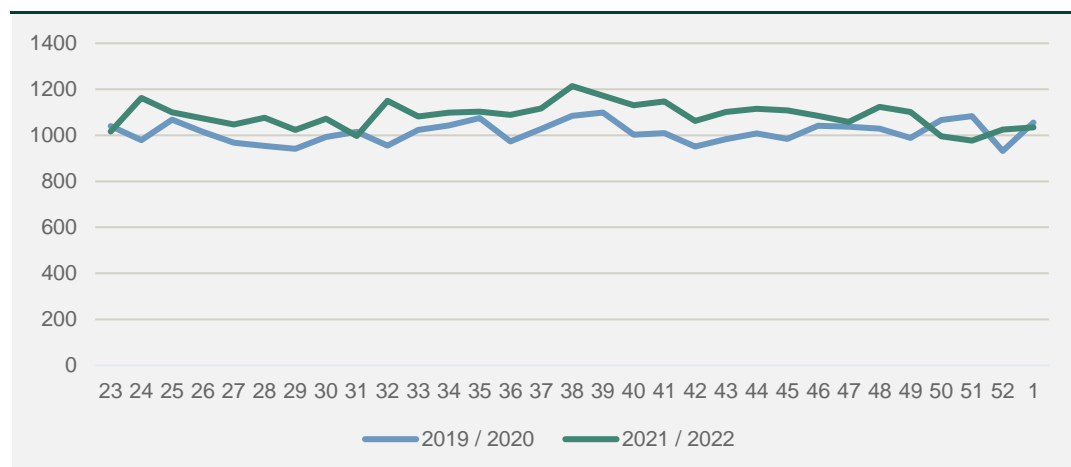
Figur 29c: Region Syddanmark



Figur 29d: Region Midtjylland



Figur 29e: Region Nordjylland



Bilag Titel:	Udvikling i ansættelse af speciallæger
Dagsordens titel	Status for ansættelse af speciallæger februar 2022
Dagsordenspunkt nr	7
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



UDVIKLING I ANSÆTTELSE AF SPECIALLÆGER

Medtaget i opgørelsen er lægelige chefer, overlæger og afdelingslæger. Endvidere fremgår fordelingen overlæger/afdelingslæger. Hensigten er, at fordelingsstallet skal falde således, at vi fremtidigt ser en forholdsæssig større andel af afdelingslæger i forhold til overlæger.

På nuværende tidspunkt er det muligt at få oplyst tal for oktober måned 2021.

Udviklingsindeks viser udviklingen fra december 2016 til oktober 2021.

Tabel 1: Hele landet

	Dec.	April	Aug.	April	Okt.	April	Okt.	April	Okt.	April	Okt.	Udvikling
	2016	2017	2017	2018	2018	2019	2019	2020	2020	2021	2021	(2016=100)
Lægelige chefer	1.036	1.063	1.057	1.063	1.081	1.081	1.089	1.077	1.086	1.120	1.066	103
Overlæger	5.442	5.501	5.489	5.421	5.324	5.288	5.241	5.282	5.312	5.385	5.358	98
Afdelingslæger	1.909	1.924	1.963	2.159	2.284	2.415	2.515	2.573	2.679	2.708	2.773	145
Samlet antal speciallæger	8.388	8.489	8.509	8.643	8.689	8.784	8.846	8.932	9.079	9.215	9,197	110
Overlæger/afdeling slæger	2,85	2,86	2,80	2,51	2,33	2,19	2,08	2,05	1,98	1,99	1,93	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for oktober 2021

Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

Tabel 2: Region H

	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	211	218	210	214	210	205	205	207	199	205	199	94
Overlæger	2.142	2.178	2.177	2.167	2.159	2.163	2.141	2.162	2.180	2.189	2.168	101
Afdelingslæger	659	653	644	703	737	766	802	824	884	902	927	141
Samlet antal speciallæger	3.023	3.048	3.046	3.084	3.106	3.134	3.148	3.193	3.263	3.296	3.294	109
Overlæger/afdelin gslæger	3,25	3.34	3.38	3,08	2,93	2,82	2,67	2,62	2,47	2,43	2,34	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for oktober 2021
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

Tabel 3: Region Midt

	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	205	206	205	208	202	206	206	202	198	219	203	99
Overlæger	1.145	1.141	1.132	1.116	1.084	1.063	1.066	1.070	1.087	1.088	1.088	95
Afdelingslæger	448	467	479	535	556	592	612	614	639	637	684	153
Samlet antal speciallæger	1.798	1.814	1.814	1.858	1.842	1.861	1.884	1.885	1.926	1.944	1.975	110
Overlæger/afdelingslæger	2,56	2,44	2,37	2,09	1,95	1,80	1,74	1,74	1,70	1,71	1,59	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for oktober 2021
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

Tabel 4: Region Nordjylland

	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	148	155	157	162	171	168	168	170	172	172	174	118
Overlæger	435	444	436	425	413	412	395	400	408	412	405	93
Afdelingslæger	202	210	234	253	269	286	293	296	303	298	305	151
Samlet antal speciallæger	785	810	827	840	853	866	857	866	883	881	884	113
Overlæger/afdelingslæger	2,15	2,11	1,87	1,68	1,54	1,44	1,35	1,35	1,34	1,38	1,33	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for oktober 2021
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

Tabel 5: Region Sjælland

	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	139	148	145	147	148	151	150	152	151	151	141	101
Overlæger	689	702	710	679	660	650	648	647	637	671	666	97
Afdelingslæger	160	165	156	176	193	206	217	233	250	253	251	157
Samlet antal speciallæger	988	1.014	1.011	1.003	1.001	1.007	1.015	1.032	1.038	1.076	1.057	107
Overlæger/afdelingslæger	4,29	4,25	4,54	3,87	3,42	3,16	2,98	2,78	2,55	2,65	2,66	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for oktober 2021
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

Tabel 6: Region Syddanmark

	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2018	Okt. 2021	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	306	317	325	325	331	317	334	330	330	336	330	108
Overlæger	1.029	1.035	1.032	1.032	1.005	987	978	989	990	1.015	1.018	99
Afdelingslæger	432	422	443	492	530	564	591	604	601	616	606	140
Samlet antal speciallæger	1.768	1.774	1.800	1.849	1.866	1.878	1.902	1.923	1920	1.076	1.954	111
Overlæger/afdelingslæger	2,38	2,46	2,33	2,10	1,90	1,75	1,66	1,64	1,65	1,65	1,68	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for oktober 2021

Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Antal speciallæger i forhold til
det fastlåste antal
speciallæger ved
universitetshospitalerne.docx

Dokument Titel: Antal speciallæger i forhold til
det fastlåste antal
speciallæger ved
universitetshospitalerne

Dokument ID: 1521260



ANTAL DISPENSATIONER VED UNIVERSITETSHOSPITALERNE

02-02-2022

EMN-2017-00054

1521260

Astrid Sloth Kristensen

Bestyrelsens anbefaling i forhold til det fastlåste antal af speciallægestillinger vedrører udelukkende universitetshospitalerne i København, Aarhus og Odense.

I tilbagemeldingerne fra regionerne er der både opgørelse over samlet antal speciallæger og antal speciallæger uden de undtagne områder.

Tabel 1: Aarhus Universitetshospital

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger excl. special
01. 01. 18 – baseline for loft	949 ¹	868 ¹
30.06.2021 – 31.12.2021	982 ^{2_3}	902 ^{2_3}
Heraf deltidsstillinger ⁴	Ikke oplyst ⁴	Ikke oplyst ⁴

¹Antallet er inklusiv 11 ubesatte stillinger til partikelcenteret. Antallet er inklusiv 11 andre stillinger, der var i proces med at blive besat, men ikke var besat den 1. januar 2018. Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Centeret.

² Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Centeret.

³ I 2019 fik AUH overflyttet to stillinger til Urinvejskirurgi fra regionshospitalerne og en stilling til NUK-PET fra Randers. I 2020 tilføjes AUH i alt 11 speciallægestillinger, 10 stillinger jf. regionsrådets beslutning, samt en stilling til en national enhed. For AUH er der i 2021 sket en udvidelse i forhold til baseline på yderligere 23 stillinger.

⁴ Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

Tabel 2: Odense Universitetshospital

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger excl. special
01. 01. 18 – baseline for loft	876 ₅	814 ₅
30.06.2021 – 31.12.2021 ₇	937 ₆	866 ₆
Heraf deltidsstillinger ₈	133	121

⁵ Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Center Odense og

Akut Medicinsk Koordination (AMK), AMK-vagtcentralen samt Ambulance Syd, da det er tværgående regionale funktioner, der finansieres af eksterne midler.

⁶ Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Center Odense og

Akut Medicinsk Koordination (AMK), AMK-vagtcentralen samt Ambulance Syd, da det er tværgående regionale funktioner, der finansieres af eksterne midler.

⁷ Koncerndirektionen har i perioden siden 1. januar 2018 givet dispensation til stillingsudvidelse i forhold til "loft" på 38 stillinger (årsværk).

⁸ Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

Tabel 3: Rigshospitalet

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger excl. special
01. 01. 18 – baseline for loft	1.140	1.082
30.06.2021 – 31.12.2021 _{9, 10}	1.216	1.152
Heraf deltidsstillinger ₁₁	138	137

⁹ Der er i perioden 01.07. 2021-31.12.2021 givet fire dispensationer til stillingsudvidelse i forhold til "loft" (alle afdelingslæger). Dispensationerne er alle givet på baggrund af øget optageområde eller øget aktivitet indenfor det pågældende område. Den yderligere stigning på otte i forhold til sidste status skyldes flere deltidsansatte.

¹⁰ Der er før 01.07.2021 givet 51 dispensationer til stillingsudvidelse i forhold til "loft".

¹¹ Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

Tabel 4: Herlev og Gentofte hospitaler

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger excl. special
01. 01. 18 – baseline for loft	640	622
30.06.2021 – 31.12.2021 ^{12, 13}	678	640
Heraf deltidsstillinger ¹⁴	96	86

¹² Stigning i forhold til sidste status skyldes udvidelse med fem

afdelingslæger (konvertering af 1. reservelæger, samt én delestilling med SDC) og flere deltidsansatte.

¹³ Der er før 01.07.2021 givet 14 dispensationer i forhold til "loft".

¹⁴ Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

Bilag Titel:	Projektoversigt
Dagsordens titel	Status fra Regionernes Sundheds-it (RSI)
Dagsordenspunkt nr	8
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



17-01-2022

EMN-2017-00640

1515408

Lasse Lunding

Projektoversigt

Nedenfor gives en status over projekter regioner driver (RSI-projekter) eller relevante digitaliseringsprojekter, som regionerne er involveret i:

RSI-projekter

Nyt system til administration af praksisområdet (LUNA)

Regionerne samarbejder om etableringen af en fællesregional it-løsning til at administrere praksisområdet på tværs af de fem regioner. Den nye it-løsning, LUNA, er en erstatning for projektet om udviklingen af Praksys.dk, som blev afbrudt i 2019. LUNA-projektet blev igangsat ultimo 2019 og fra december 2021 anvendes systemet i alle fem regioner til håndtering af praksisområdet, herunder afregning med praktiserende læger. Projektet afsluttes i september 2022, hvor den nuværende it-plattform, Notus, udfases endeligt.

MinSundhed

Pr. december 2021 har der været knap 5 mio. downloads af appen MinSundhed. Der er i januar lanceret en ny funktionalitet, der giver let og hurtig adgang til regionernes akutte tilbud. Den nye funktion kan ved hjælp af en GPS-lokation og tidspunkt på døgnet henvise til, hvem man skal ringe til ved akut sygdom eller skader, uanset hvor i landet man befinder sig. Derudover udvikles ny funktionalitet om visning af hhv. aftaler og henvisninger på MinSundhed. Dette lanceres i løbet af 2022.

Klinisk Immunologisk IT

Der gennemføres årligt mere end 320.000 bloddonationer, mere end 400 årlige organtransplantationer, ca. 700.000 blodtypeserologiske undersøgelser, samt ca. 123.000 patientdiagnostiske undersøgelser. Til at understøtte dette anskaffes der et fællesregionalt klinisk immunologisk it-system. Løsningen skal øge kvaliteten af den tværregionale patientbehandling i akutte og kroniske forløb, reducere tværregionale ulemper for donorer, personale og forskere

samt reducere omkostninger til anskaffelse og vedligeholdelse af it vedrørende klinisk immunologi.

Der er efter gennemført udbud fundet en leverandør til udviklingen af løsningen og projektet forventes afsluttet i januar 2024.

Videreudvikling af sygehusmedicinregisteret

Sygehusmedicinregisteret er et register, der indeholder udvalgte oplysninger om medicinering på de offentlige sygehuse, herunder oplysninger om præparatet, ordinationen, administrationen, diagnoser relateret til medicineringen samt pseudonymiserede oplysninger om patienten.

Oplysningerne tager udgangspunkt i registrering af lægemiddeladministrationer i de regionale medicinmoduler.

Formålet med registeret er bl.a. overvågning af lægemiddelsikkerheden, bedre muligheder for at følge forbrug, forskning og understøttelse af klinisk kvalitetssikring. Dette projekt har til formål at videreudvikle registeret til at skabe bedre muligheder for samkøring med øvrige relevante, nationale registre. Projektet løber til udgangen af 2022.

Fællesregionalt udbud af Præhospital Patientjournal

Projektet har til formål at sikre konkurrenceudsættelse af den Præhospital Patientjournal (PPJ) i et fælles udbud for alle fem regioner og herefter sikre implementering og idriftsættelse af det valgte PPJ-system. Det er fortsat ved at blive afklaret, hvordan projektet skal forløbe og et endeligt gennemført projektforbølge forventes tidligst i 2026.

Interregionalt Billedindeks

Projektet har til formål at etablere en fællesregional løsning til udveksling af billeder mellem samtlige offentlige sygehuse i Danmark. På sigt skal løsningen også kunne anvendes til udveksling af billeder med øvrige områder. Projektet forventes afsluttet inden for kort tid.

Beslutningsstøtte til medicinordination

Projektet skal skabe adgang til klinisk egnet understøttelse af medicinvalg vha. beslutningsstøtte i medicinordinationsprocessen. Projektet nærmer sig sin afslutning og er færdigt primo 2022.

Regionernes Patobank og Genetikbank

Der etableres en ny Patobank og Genetikbank, der understøtter funktioner med datalager af patologiafdelingernes produktionsdata og udstilling af patologisvar suppleret med en Genetikbank indeholdende genetiksvar. Efter forsinkelse i bl.a. afklaring med projektets leverandør pågår der på nuværende tidspunkt en replanlægning af projektets tidsplan.

Sundhedsvæsenets Organisationsregister

Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR) er et register, der indeholder organisations- og adressedata om sundhedsvæsenet. Registeret anvendes af en række fagsystemer i sundhedsvæsenet. SOR indeholder data om hospitaler, primærsektoren (fysioterapeuter, praktiserende læger, tandlæger mv.) og i mindre grad om kommunernes sundhedsorganisation. Regionerne skal i stigende grad overgå til at benytte SOR, hvilket projektet skal kvalificere.

Sundhedsjournalen

Sundhedsjournalen fungerer som fælles visning af patientoplysninger for sundhedspersoner på tværs af sektorer og bidrager til at sikre sammenhæng i patientbehandlingen. Sundhedsjournal-projekt 3.0 har i 2021 arbejdet med udrulning af integration til privathospitaler, to kommunale spor samt integration til speciallæger. De fire store indsatsområder for 4.0 er 'brug' (statistik, formidling, undervisning, anvendelse), 'bedre' (forbedre tilgængelige data og funktioner), 'nyt' (nye data og funktioner) og 'samarbejde' (parter, styregrupper, projekter, forvaltning). Arbejdet med scope og leveranceplan påbegyndes i august 2022 og projektet igangsættes i december 2022.

Ny Generation Digital Post & Ny Digital Identitet og Signatur

It-løsningen til håndtering af den offentlige digitale post i Danmark skal udskiftes, dels som led i en fremtidssikring af Digital Post, dels som led i den løbende pligt til udbud af offentlige it-løsninger. Den nye løsning etableres i et samarbejde mellem Digitaliseringsstyrelsen, Danske Regioner og KL og lanceres i 2022. Regionerne indgår i udviklingen af den nye løsning for at sikre, at løsningen imødekommer regionernes behov på området, herunder behovet for en høj sikkerhed. Regionernes overgang til den nye Digitale Post sker i 1. kvartal 2022.

Regionerne skal desuden implementere nye elektroniske medarbejderidentiteter for at tilgå den digitale brugergrænseflade på sygehuse m.v. Der er igangsat et projekt til at klargøre regionerne til implementeringen. Dette projekt forventes afsluttet medio 2023.

Data fra Almen Praksis

Almen praksis har pligt til at indberette visse data til regionen, hvilket ikke sker i dag. Det skyldes, at regionerne og PLO mangler at definere, hvilke data det helt konkret drejer sig om. Derfor er det nødvendigt, at regionerne sammen afsøger hvilke data, der skal indberettes, samt hvortil data skal indberettes og hvordan indberetningen skal ske. Det har projektet til formål at tilvejebringe.

Databehandleraftale Lifecycle Management

Projektet skal i første omgang udvikle en løsning der giver de dataansvarlige, der sender henvisninger til Den Nationale Henvisningsformidling mulighed for

at indgå databehandlersaftaler med Region Syddanmark. På længere sigt har projektet til formål at skabe mulighed for, at løsningen kan anvendes af andre systemer i RSI-porteføljen og med supplerede funktionalitet.

Efter et afklaringsforløb om indholdet af den endelige løsning pågår der en replanlægning af projektets tidsplan.

Nyt Logbog.net & Evaluer.dk

Logbog.net & Evaluer.dk er en ny samlet it-løsning til den lægelige videreuddannelse i Danmark. Formålet med projektet er at forsætte udviklingen af digitaliseringen og dermed optimeringen af administrationen af den lægelige videreuddannelse.

Endelig implementering af løsningen forventes gennemført ultimo 2022.

Digital løsning til fravalg af genoplivning

Projektets formål er at sikre digital understøttelse af, at alders-svækkede borgere kan fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Projektet skal sikre, at borgeren kan registrere sit fravalg digitalt på Sundhed.dk eller ved indsendelse af en papirblanket til Sundhedsdatastyrelsen. Projektet er endnu så tidligt i sit forløb, at der ikke er fastsat en afslutningsdato.

Implementering af ICD-11

Projektet skal sikre implementering af sygdomsklassifikationen ICD-11, som er den 11. reviderede version af "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems". Da det er 25 år siden den seneste revision, afspejler den nye version de videnskabelige fremskridt og nyere medicinsk praksis, der er udviklet i den mellemliggende periode.

Der sker fortsat regionale afklaringer om omfanget af projektet, hvorfor der ikke er fastsat en afslutningsdato.

Hurtig erkendelse af hjertestop

Implementering af løsningen "hurtig erkendelse af hjertestop". Løsningen anvender kunstig intelligens til at bistå med at erkende hjertestop under 1-1-2 opkald. Løsningen er koblet direkte på telefonlinjen, hvorfra den lytter med på opkaldet. Ved mistanke om hjertestop vises en pop-up alarm på den sundhedsfaglige visitors skærm.

Indhold og omfang af projektet er fortsat ved at blive afklaret, hvorfor der ikke er fastsat en afslutningsdato.

Øvrige relevante digitaliseringsprojekter

En indgang til sundhedsdata

En indgang til Sundhedsdata er et fællesoffentligt projekt, som Danske Regioner og Sundhedsministeriet har etableret i fællesskab. Projektet har til formål at understøtte det samlede økosystem for forskere og virksomheder ift. at skabe et bedre overblik og adgang til sundhedsdata. Projektet består af tre funktioner: Et overbliksbillede (Datalandkort), en vejledningsfunktion og en ansøgningsportal.

- Datalandkort-projektet står overfor et udbud og et køb af det endelige system. Det er planlagt at åbne for adgang til den første version af landkortet slut 2022. Der udestår dog blandt de fællesoffentlige parter en beslutning om driftsplacering, som bremser fremdriften i projektet.
- Vejledningsfunktionen åbnede op for vejledning den 1. oktober 2021 i regi af OPEN (Region Syddanmark). Projektet er et pilotprojekt, der løber over 12 måneder, hvorefter funktionen vil blive evalueret med fokus på, om den skal gøres permanent.
- Ansøgningsportalen er genoptaget i oktober 2021 efter en længerevarende pausering grundet om-allokering af ressourcer i Sundhedsdatastyrelsen til COVID-19-arbejde. De regionale parter afventer en invitation ift. det videre forløb. Det er forventningen, at projektet kan gå i udbud mhp. anskaffelse af en løsning i april 2022. Løsningen forventes at være færdig i efteråret 2022.

Digitalisering af samtykke

Samtykkeprojektet udspringer af den fællesoffentlige digitaliseringspagt fra 2019, hvor det blev aftalt at igangsætte et analysearbejde om digitalt samtykke. Formålet med digitalisering af samtykker og frabedelse af samtykke er at give borgere og medarbejdere et digitalt overblik over relevante samtykker og frabedelser. Projektet har primo december 2021 materialiseret sig i et målbillede, der dækker hele samtykkets livscyklus. Det næste skridt er en afklaring af de juridiske udfordringer, der er forbundet med projektet, ligesom en nærmere teknisk udvikling af systemet er i umiddelbar pipeline. Der sigtes mod en idriftsættelse af en samtykke-testfunktion inden udgangen af 2022. En endelig realisering og udbredelse af samtykkefunktionen vil tidligst ske i 2023.

National appguide

I Strategi for digital sundhed 2018-2022 er det aftalt at afsøge mulighederne for at lave en dansk guide til sundhedsapps. Formålet med appguiden er at give borgere og sundhedspersoner et bedre overblik over sundhedsapps, der giver et værdifuldt og fagligt supplement i patientbehandlingen, og som lever op til sikkerhedskrav om persondata. På baggrund af et gennemført pilotprojekt, er der aktuelt et modningsprojekt for appguiden, der er planlagt til at vare til midten af 2022, men måske forlænges til udgangen af 2022. Modningsprojektet skal kvalificere pilotprojektets leverancer og afprøve et muligt driftsset-up for appguiden. Netop nu drøftes det mulige driftsset-up, herunder regionernes/Danske Regioners rolle. Et kernespørgsmål i forhold til

driften er, om appguiden alene skal inkludere CE-mærkede apps eller en bredere palette af apps. Danske Regioner sigter efter den brede model, da kun et fåtal af sundhedsapps er CE-mærkede.

Program for et samlet patientoverblik

Med økonomiaftalerne for 2020 blev det aftalt at tage Aftaleoversigt og Fælles Stamkort i brug inden udgangen af tredje kvartal 2021.

Aftaleoversigten er en kalender, som giver patienter og deres pårørende et samlet overblik over deres aftaler med hospitaler, kommuner og egen læge og giver sundhedspersoner mulighed for at koordinere aftaler på tværs. Fælles Stamkort giver patienter og deres pårørende mulighed for selv at indtaste stamoplysninger, som også bliver tilgængelige for sundhedspersoner.

Regionernes aktuelle tidsplaner:

- Region Hovedstaden/Sjælland forventer visning/deling af Aftaleoversigt og Fælles Stamkort i marts 2022 – det er dog under vurdering, om man er nødt til at udskyde visning/deling af Fælles Stamkort til et senere tidspunkt.
- Region Midtjylland forventer visning/deling af Aftaleoversigt og Fælles Stamkort i første kvartal 2023
- Tidsplanerne for Region Syddanmark og Region Nordjylland er forsat under revision. Overgang til nyt EPJ-system og opgradering til seneste version af denne er en forudsætning for at gå i drift. Region Nordjylland forventer at have opgraderet til seneste version i første kvartal 2023, Region Syddanmark i tredje kvartal 2023.

Øvrige parters tidsplaner: Speciallægerne forventer deling af aftaler i januar 2022. Almen praksis forventer at kunne vise aftaler ved udgangen af første kvartal 2022, og forventer visning/deling af Fælles Stamkort i december 2022. Tidsplanerne for kommunerne er forsat under revision.

Telemedicin/Fælles Udvikling af Telemedicin (FUT)

FUT-infrastrukturen kom i drift 2020 og flere telemedicinske løsninger er snart klar til at blive koblet på infrastrukturen. Den næste løsning, der udvikles er KOL-løsningen, som forventes at være færdig i 2023. Ligeledes bliver Kommunal PRO tilkoblet i slutningen af 2022, og medio 2022 påbegyndes implementeringen af Kommunal Gateway. Kommunal PRO er en løsning til kommunale medarbejdere og borgere, som skal besvare spørgeskemaer udsendt af kommunen. Kommunal Gateway er en løsning der lagrer og udstiller data, som kan bruges og genbruges på tværs af det offentlige. Derudover bliver der forsat videreudviklet på det klinisk administrative modul (KAM) på infrastrukturen, som forventes færdigt i marts 2022. Modulet er en vigtig komponent for mange af de fremtidige løsninger og kommer bl.a. til at understøtte spørgeskema-funktionaliteter og specifikke KOL-funktionaliteter.

Virtuelle kontakter

I forbindelse med Sundhed for dig satte regionerne sig en ambition om at 1/3 af alle kontakter med sundhedsvæsenet på sigt omlægges til virtuelle kontakter. Alle regioner tilbyder mulighed for videomøder med patienter. Endvidere stiller regionerne – som led i at understøtte udviklingen - via sundhed.dk videokonsultation til rådighed for private praksisudbydere, privathospitaler og hospitalsprojekter. Herudover er regionerne en af parterne bag MinLæge, der understøtter videokonsultation i almen praksis.

Mit Overblik

Mit Overblik har haft til formål at give borgerne et bedre digitalt overblik over de mest relevante oplysninger om dem selv og deres igangværende sager, udbetalte ydelser, betalinger, frister og relevante aftaler – på tværs af den offentlige sektor.

Etableringen af Mit Overblik gennemføres trinvist frem mod 2024. I 2020 blev data fra de første myndigheder implementeret, mens kommunale og regionale bidrag blev aftalt. Yderligere regionale bidrag til næste trin i implementeringen aftales i forbindelse med økonomiaftalen for 2023.

Signaturprojekter

Digitaliseringsstyrelsen, KL og Danske Regioner påbegyndte i 2020 igangsættelsen af signaturprojekter til støtte af afprøvning af nye teknologier i den offentlige sektor. Der blev ved økonomiaftalerne i 2020 igangsat 15 signaturprojekter, ved økonomiaftalerne i 2021 igangsat 13 signaturprojekter og ved økonomiaftalerne for 2022 igangsat 12 signaturprojekter.

Af signaturprojekter der blev igangsat i forbindelse med ØA22 kan bl.a. nævnes *Bedre diagnostik af gravide ved hjælp af kunstig intelligens*, *WARD-HOME – Sikker udskrivelse fra hospitalet* og *Kunstig intelligens til understøttelse af visitation af henvisninger fra almen praksis*.

Bilag Titel:	Årsrapport 2021 Danske Regioner
Dagsordens titel	Danske Regioner regnskab 2021
Dagsordenspunkt nr	10
Bilag nr	1
Antal bilag:	3

DANSKE
REGIONER



Årsrapport 2021

Indholdsfortegnelse

Foreningsoplysninger	3
Påtegninger	
Ledespåtegning	5
Uafhængige revisors revisionspåtegning	6
Ledelsesberetning	
Ledelsesberetning	9
Årsregnskab	
Anvendt regnskabspraksis	10
Resultatopgørelse	14
Balance	15
Noter	17

Foreningsoplysninger

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

Telefon: 35 29 81 00
Telefax: 35 29 83 00
Hjemmeside: www.regioner.dk
E-mail: regioner@regioner.dk

CVR-nummer:55832218
Oprettet 1. januar 2007
Hjemsted: København

Regnskabsperiode: 1. januar 2021 - 31. december 2021

Direktion:

Adm. Dir. Adam Wolf
Direktør Erik Jylling
Direktør Rikke M. Friis

Bestyrelse:

Stephanie Lose - formand
Ulla Astman - 1. næstformand
Lone Langballe - 2. næstformand
Lars Gaardhøj
Anders Kühnau
Heino Knudsen
Poul-Erik Svendsen
Sophie Hæstorp Andersen
Karin Friis Bach
Per Larsen
Villy Søvnald
Peter Jacobsen
Martin Geertsen
Carsten Kissmeyer
Jacob Jensen
Lone Sondrup
Tormod Olsen

Pengeinstitut:

Nordea, Hovedvejen 112, 2600 Glostrup

Revision:

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
Rabalderstræde 7. 2. sal, 4000 Roskilde

Ledelsespåtegning

Bestyrelsen og direktionen har dags dato behandlet og godkendt årsrapporten for 1. januar - 31. december 2021 for Danske Regioner.

Årsrapporten aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af Danske Regioners aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2021 samt af resultatet af Danske Regioners aktiviteter for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2021.

Ledelsesberetningen indeholder efter vores opfattelse en retvisende redegørelse for de forhold, beretningen omhandler.

Årsrapporten indstilles til generalforsamlingens godkendelse.

København, den 10. februar 2022

Adam Wolf
Adm. Direktør

Kenneth Jensen
Administrationschef

Bestyrelse:

den 10. februar 2022

Stephanie Lose
Formand

Ulla Astman
1. næstformand

Lone Langballe
2. næstformand

Lars Gaardhøj

Anders Kühnau

Heino Knudsen

Poul-Erik Svendsen

Sophie Hæstorp Andersen

Karin Friis Bach

Per Larsen

Villy Søvnald

Peter Jacobsen

Martin Geertsen

Carsten Kissmeyer

Jacob Jensen

Lone Sondrup

Tormod Olsen

Den uafhængige revisors revisionspåtegning

Til Bestyrelsen for Danske Regioner

Konklusion

Vi har revideret årsregnskabet for Danske Regioner for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2021, der omfatter anvendt regnskabspraksis, resultatopgørelse, balance og noter. Årsregnskabet udarbejdes på grundlag af årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af Danske Regioners aktiver og passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2021 samt af resultatet af Danske Regioners aktiviteter for regnskabsåret 2021 i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Grundlag for konklusion

Vi har udført vores revision i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark. Vores ansvar ifølge disse standarder og krav er nærmere beskrevet i revisionspåtegningens afsnit "Revisors ansvar for revisionen af årsregnskabet". Vi er uafhængige af Danske Regioner i overensstemmelse med internationale etiske regler for revisorer (IESBA's Etiske regler) og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, ligesom vi har opfyldt vores øvrige etiske forpligtelser i henhold til disse regler og krav. Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vores konklusion.

Ledelsens ansvar for årsregnskabet

Ledelsen har ansvaret for udarbejdelsen af et årsregnskab, der giver et retvisende billede i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis. Ledelsen har endvidere ansvaret for den interne kontrol, som ledelsen anser for nødvendig for at udarbejde et årsregnskab uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl.

Ved udarbejdelsen af årsregnskabet er ledelsen ansvarlig for at vurdere Danske Regioners evne til at fortsætte driften; at oplyse om forhold vedrørende fortsat drift, hvor dette er relevant; samt at udarbejde årsregnskabet på grundlag af regnskabsprincippet om fortsat drift, medmindre ledelsen enten har til hensigt at likvidere Danske Regioner, indstille driften eller ikke har andet realistisk alternativ end at gøre dette.

Revisors ansvar for revisionen af årsregnskabet

Vores mål er at opnå høj grad af sikkerhed for, om årsregnskabet som helhed er uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, og at afgive en revisionspåtegning med en konklusion. Høj grad af sikkerhed er et højt niveau af sikkerhed, men er ikke en garanti for, at en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, altid vil afdække væsentlig fejlinformation, når sådan findes. Fejlinformationer kan opstå som følge af besvigelser eller fejl og kan betragtes som væsentlige, hvis det med rimelighed kan forventes, at de enkeltvis eller samlet har indflydelse på de økonomiske beslutninger, som regnskabsbrugerne træffer på grundlag af årsregnskabet.

Som led i en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, foretager vi faglige vurderinger og opretholder professionel skepsis under revisionen. Herudover:

- Identificerer og vurderer vi risikoen for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, udformer og udfører revisionshandlingerne som reaktion på disse risici samt opnår revisionsbevis, der er tilstrækkeligt og egnet til at danne grundlag for vores konklusion. Risikoen for ikke at opdage væsentlig fejlinformation forårsaget af besvigelser er højere end ved væsentlig fejlinformation forårsaget af fejl, idet besvigelser kan omfatte sammensværgelser, dokumentfalsk, bevidste udeladelser, vildledning eller tilsidesættelse af intern kontrol.
- Opnår vi forståelse af den interne kontrol med relevans for revisionen for at kunne udforme revisionshandlingerne, der er passende efter omstændighederne, men ikke for at kunne udtrykke en konklusion om effektiviteten af Danske Regioners interne kontrol.
- Tager vi stilling til, om den regnskabspraksis, som er anvendt af ledelsen, er passende, samt om de regnskabsmæssige skøn og tilknyttede oplysninger, som ledelsen har udarbejdet, er rimelige.
- Konkluderer vi, om ledelsens udarbejdelse af årsregnskabet på grundlag af regnskabsprincippet om fortsat drift er passende, samt om der på grundlag af det opnåede revisionsbevis er væsentlig usikkerhed forbundet med begivenheder eller forhold, der kan skabe betydelig tvivl om Danske Regioners evne til at fortsætte driften. Hvis vi konkluderer, at der er en væsentlig usikkerhed, skal vi i vores revisionspåtegning gøre opmærksom på oplysninger herom i årsregnskabet eller, hvis sådanne oplysninger ikke er tilstrækkelige, modificere vores konklusion. Vores konklusioner er baseret på det revisionsbevis, der er opnået frem til datoen for vores revisionspåtegning. Fremtidige begivenheder eller forhold kan dog medføre, at Danske Regioner ikke længere kan fortsætte driften.

- Tager vi stilling til den samlede præsentation, struktur og indhold af årsregnskabet, herunder noteoplysningerne, samt om årsregnskabet afspejler de underliggende transaktioner og begivenheder på en sådan måde, at der gives et retvisende billede heraf.

Vi kommunikerer med ledelsen om blandt andet det planlagte omfang og den tidsmæssige placering af revisionen samt betydelige revisionsmæssige observationer, herunder eventuelle betydelige mangler i intern kontrol, som vi identificerer under revisionen.

Udtalelse om ledelsesberetningen

Ledelsen er ansvarlig for ledelsesberetningen.

Vores konklusion om årsregnskabet omfatter ikke ledelsesberetningen, og vi udtrykker ingen form for konklusion med sikkerhed om ledelsesberetningen.

I tilknytning til vores revision af årsregnskabet er det vores ansvar at læse ledelsesberetningen og i den forbindelse overveje, om ledelsesberetningen er væsentligt inkonsistent med årsregnskabet eller vores viden opnået ved revisionen eller på anden måde synes at indeholde væsentlig fejlinformation.

Vores ansvar er derudover at overveje, om ledelsesberetningen indeholder krævede oplysninger i henhold til årsregnskabslovens klasse A og den på side 10 – 13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Baseret på det udførte arbejde er det vores opfattelse, at ledelsesberetningen er i overensstemmelse med årsregnskabet og er udarbejdet i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10 – 13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis. Vi har ikke fundet væsentlig fejlinformation i ledelsesberetningen.

Roskilde, den 10. februar 2022

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
CVR-nr. 20 22 26 70

Per Lund
Statsautoriseret revisor

Michael S. Nielsen
Registreret revisor

Ledelsens årsberetning

Danske Regioner blev oprettet efter etableringen af de 5 regioner pr. 1. januar 2007. Foreningen skal

- a) understøtte og udvikle det regionale demokratiske niveau i Danmark,
- b) varetage regionernes fælles interesser, herunder sikre de økonomiske rammer, og støtte regionerne i deres opgaveløsning, så de har bedst mulige vilkår for at løse deres opgaver effektivt og på et højt fagligt niveau,
- c) varetage regionernes interesser vedrørende de regionalt ansattes løn- og ansættelsesforhold,
- d) alene eller i samarbejde med andre oprette og drive virksomheder, der kan bistå regionerne ved løsningen af disse opgaver.

Regnskabet er opstillet i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 5,8 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 29,1 millioner kroner, idet der er indtægter på 7,6 millioner kroner, omkostninger på 0,6 millioner kroner og kursgevinster på 22,1 millioner kroner. Dermed udviser foreningens drift et overskud på 23,3 millioner kroner.

Udgiften til rammebevillingerne Projekt Godt Sygehusbyggeri og Ekstraordinær klimaindsats udgjorde 1,4 millioner kroner.

Årets resultat er dermed et overskud på 21,9 millioner kroner.

Medicinerådets andel af driftsresultatet for 2021 udgør et mindreforbrug på 1,8 millioner kr. jf. note 20. Behandlingsrådets andel af driftsresultatet for 2021 udgør et mindreforbrug på 7,9 millioner kr. jf. note 23.

Danske Regioners indtægter var kun i begrænset omfang påvirket af den igangværende COVID 19 epidemi. Udgifterne til fremmede tjenesteydelser og rejse- og mødeaktiviteter var lavere end forventet som følge af aflyste konferencer og øvrige aktiviteter.

Som følge af oprettelsen af Behandlingsrådet er antallet af fuldtidsmedarbejdere steget fra 231,9 i 2020 til 248,7 i 2021.

Der er over finansloven i 2021 ydet et tilskud på 3,35 mio. kr., der er anvendt til delvis kompensation af udgifterne til drift af Regionernes Lønnings- og Takst Nævn (RLTN).

Danske Regioners balance pr. 31. december 2021 balancerer med 707,5 mio. kr. Egenkapitalen udgør ultimo 2021 361,8 mio. kr. mod 339,9 mio. kr. primo året.

Der er ikke siden regnskabsafslutningen indtruffet forhold eller transaktioner med væsentlig indflydelse på foreningens finansielle stilling, hvortil der ikke allerede er taget hensyn i årsrapporten.

Anvendt regnskabspraksis

Årsrapporten for 2021 er aflagt i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder.

Årsrapporten er udarbejdet efter samme regnskabspraksis som sidste år.

Om den anvendte regnskabspraksis kan oplyses følgende:

Resultatopgørelsen

Indtægter og omkostninger periodiseres, så det enkelte regnskabsår så vidt muligt kun indeholder årets indtægter og udgifter.

Nettoomsætning

Indeholder opkrævede kontingenter beregnet efter befolkningsopgørelser pr. 1. januar i regnskabsåret, tilskud samt fakturerede indtægter vedrørende ydelse af sekretariatsbistand.

Personaleomkostninger

Indeholder samtlige personaleomkostninger, inklusiv feriepenge og pensioner samt andre omkostninger til social sikring mv. til foreningens medarbejdere.

Endvidere indgår beregnede omkostninger som følge af ændringer i feriepengeforpligtelser og pensionsforpligtelser.

I personaleomkostninger er fratrukket modtagne godtgørelser fra offentlige myndigheder.

Afskrivninger

Indeholder årets omkostninger til lineære afskrivninger på anlægsaktiver, beregnet over aktivernes levetid. Inventar, IT m.v. afskrives fra året efter anskaffelsesåret.

Andre driftsomkostninger

Indeholder driftsomkostninger til huse, fremmede tjenesteydelser, mødeaktiviteter og konferencer, IT driftsomkostninger, og øvrige driftsomkostninger.

Finansielle poster

Indeholder renter m.v. af likvide beholdninger samt periodiserede renter og modtaget udbytte af værdipapirbeholdninger (kapitalforvaltning) samt realiserede og urealiserede kursgevinster/tab.

Danske Regioner har indgået aftale om Repo finansiering med Nordea. Aftalen er baseret på en obligationsbeholdning på et særskilt depot. Ved træk på aftalen nedskrives depotbeholdningen. Der optages dermed ikke en særskilt passivpost på balancen.

Projekter

Projekter vedrører flerårige bevillinger givet af bestyrelsen i form af en trækingsret på formuen.

Skat

Danske Regioner er ikke skattepligtige af erhvervsindtægter, idet Danske Regioner ifølge SKAT anses for at være ubetinget og fuldstændigt fritaget for skattepligt.

Balancen

Aktiver

Immaterielle anlægsaktiver

Software m.v. er indregnet i balancen til kostpris og afskrives efterfølgende over aktivets økonomiske levetid.

Materielle anlægsaktiver

Ejendomme er indregnet til anskaffelsessummen pr. 1. januar 2007 tillagt opskrivning med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

Forbedringer på ejendomme, øvrige anlægsaktiver, herunder edb-udstyr og inventar optages til anskaffelsessummen med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

Levetider

Der anvendes lineære afskrivninger af anskaffelsessummen over følgende levetider

Aktivtype	Levetider (år)
Immaterielle aktiver	3-5
Bygninger	60-70
Tekniske installationer	20-25
Indretning af erhvervslejemål	10
Inventar, it-udstyr mv.	3
Kopiprintere, AV udstyr og teknisk udstyr i mødecenter	5
Særindretninger 4. sal og mødelok. Kajbygning	10

Værdipapirer

Finansielle anlægsaktiver består af investeringsforeningsbeviser og obligationer. Værdipapirerne forvaltes af Nordea og er indregnet til kursværdi pr. 31.12.2021. Kursreguleringer optages i resultatopgørelsen.

Tilgodehavender

Tilgodehavender måles til amortiseret kostpris, hvilket sædvanligvis svarer til nominal værdi. Værdien reduceres med nedskrivning til imødegåelse af forventede tab.

Likvide beholdninger

Likvide beholdninger omfatter indskud i pengeinstitutter.

Likviderne indregnes i overensstemmelse med indestående i pengeinstitutter. Likvide beholdninger i udenlandsk valuta indregnes til den officielle kurs.

Passiver

Egenkapital, Opskrivningshenlæggelser

Vedrører tidligere opskrivninger af ejendomme til den offentlige vurdering pr. 1. oktober 2006.

Hensatte forpligtelser, tjenestemandforpligtelser

Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til indskudsværdien ultimo 2021 af den manglende forsikringsmæssige dækning. Forpligtelsen omfatter tjenestemandspensionister.

Sampension ændrede i 2020 grundlagsrenten i forsikringsdepotet til 0 %. Som konsekvens heraf er beregningen af pensionsforpligtelsen fra og med 2020 foretaget med EIOPAs rentekurve.

Regulering af forpligtelserne foretages via resultatopgørelsen.

Langfristede gældsforpligtelser

Langfristet gæld til realkreditinstitutter og andre kreditinstitutter er optaget med restgælden på balancetidspunktet.

Andre gældsforpligtigelser, som omfatter gæld til leverandører, andre myndigheder samt anden gæld, måles til nominal værdi.

Gæld i udenlandsk valuta reguleres til kursen ultimo regnskabsåret.

Kortfristet gæld

Kortfristet gæld til pengeinstitutter, staten, kommuner og regioner optages med restværdien på balancetidspunktet.

Feriepengeforpligtelsen opgøres for personale med ret til ferie med løn på baggrund af registreringer i lønsystemet.

Ændringen i feriepengeforpligtelsen fra primo til ultimo er indregnet i resultatopgørelsen.

Interimskonti

Interimskonti indeholder overenskomstmidler til udvikling af fælles regionale personale udviklingsprojekter samt midler til tværregionale projekter.

Noter til resultatopgørelse og balance

Der er udarbejdet noter til henholdsvis resultatopgørelse og balance i det omfang, der er væsentlige forhold, som bør belyses.

Resultatopgørelse

	Note	2021	2020
Nettoomsætning	1	256.070.467	231.612.512
Bruttoresultat		256.070.467	231.612.512
Omkostninger			
Personaleomkostninger	2	194.408.512	192.701.386
Afskrivninger	7+8	11.278.639	12.078.595
Andre driftsomkostninger	3	56.181.801	56.110.796
Omkostninger i alt		261.868.952	260.890.776
Driftsresultat		-5.798.485	-29.278.264
Finansielle poster			
Finansielle indtægter	4	7.566.545	11.820.347
Finansielle omkostninger	5	634.504	755.866
Kursgevinster/tab		22.140.180	-2.032.699
Finansielle poster, netto		29.072.221	9.031.783
Resultat af foreningens drift		23.273.736	-20.246.481
Projekter mv.	6	1.350.911	2.325.198
Årets resultat		21.922.825	-22.571.680
Forslag til resultatdisponering:			
Overføres til egenkapitalen		21.922.825	-22.571.680
Disponeret i alt		21.922.825	-22.571.680

Balance pr. 31. december

	Note	2021	2020
Aktiver			
Software	7	1.657.075	2.468.614
Immaterielle anlægsaktiver		<u>1.657.075</u>	<u>2.468.614</u>
Grunde og bygninger		175.774.801	179.640.709
Øvrige anlægsaktiver		5.623.718	3.871.444
Materielle anlægsaktiver	8	<u>181.398.519</u>	<u>183.512.153</u>
Værdipapirer	9	417.846.850	418.729.613
Finansielle anlægsaktiver		<u>417.846.850</u>	<u>418.729.613</u>
Anlægsaktiver i alt		<u>600.902.445</u>	<u>604.710.379</u>
Tilgodehavender fra tjenesteydelser		75.243.720	37.432.864
Andre tilgodehavender		3.790.218	4.968.672
Tilgodehavender		<u>79.033.939</u>	<u>42.401.536</u>
Likvide beholdninger	10	27.520.907	32.411.949
Omsætningsaktiver i alt		<u>106.554.845</u>	<u>74.813.485</u>
Aktiver i alt		<u>707.457.290</u>	<u>679.523.864</u>

	Note	2021	2020
Passiver			
Egenkapital		267.923.114	290.494.794
Overført resultat		21.922.825	-22.571.680
Opskrivningshenlæggelse		71.931.170	71.931.170
Egenkapital i alt		<u>361.777.109</u>	<u>339.854.284</u>
Tjenestemandspensioner		43.590.507	46.381.313
Hensatte forpligtelser i alt		<u>43.590.507</u>	<u>46.381.313</u>
Indefrosne feriepenge og deposita	11	1.406.106	15.561.973
Langfristede gældsforpligtelser		<u>1.406.106</u>	<u>15.561.973</u>
Kortfristet gæld	12	115.745.903	96.750.475
Interimskonti	13	184.937.664	180.975.819
Kortfristede gældsforpligtelser		<u>300.683.567</u>	<u>277.726.294</u>
Gældsforpligtelser i alt		<u>302.089.673</u>	<u>293.288.267</u>
Passiver i alt		<u>707.457.290</u>	<u>679.523.864</u>

Leje- og eventualforpligtelser	14
Pantsætning og sikkerhedsstillelser	15
Regnskab for RVMR*	16
Regnskab for RSI**	17
Regnskab for RFI***	18
Regnskab for FL-tilskud til RLTN	19
Regnskab for Medicinrådet	20
Regnskab for IT Rådet	21
Regnskab for Lærings og kvalitetsteams	22
Regnskab for Behandlingsrådet	23

*) Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer

**) Regionernes Sundheds it

***) Regionernes Fælles Indkøb

Noter

	2021	2020
1 Nettoomsætning		
Kontingent Danske Regioner	144.249.113	142.075.417
Kontingent Medicinrådet	53.037.000	52.408.000
Kontingent Behandlingsrådet	22.500.004	0
Kontingent RVMR	9.037.217	8.930.052
Kontingent RSI	5.405.092	5.341.000
Kontingent IT Rådet	917.244	1.349.378
Kontingent RFI	4.355.000	4.303.100
Kontingent Kvalitetsindsatsen	872.643	861.444
Tilskud til drift af RLTN	3.350.000	3.350.000
Sekretariatsbidrag	9.153.809	9.795.277
Øvrige indtægter	3.193.346	3.198.844
	<u>256.070.467</u>	<u>231.612.512</u>
2 Personalemkostninger		
Lønninger	171.655.867	158.181.484
Øvrige personalemkostninger	23.850.258	20.421.194
Brutto personalemkostninger	<u>195.506.125</u>	<u>178.602.678</u>
Regulering af hensættelse af pension	-2.790.806	10.962.349
Regulering af feriepengehensættelse	1.693.193	3.136.359
	<u>-1.097.613</u>	<u>14.098.708</u>
Personalemkostninger i alt	<u>194.408.512</u>	<u>192.701.386</u>
Antal fuldtidsbeskæftigede i gennemsnit	<u>248,7</u>	<u>231,9</u>
Antal tjenestemandspensionister	16	16
3 Andre driftsomkostninger		
Driftsomkostninger ejendomme	11.166.366	9.850.465
Bestyrelsespulje	3.237.161	1.375.000
Beredskabspulje	1.473.111	1.451.367
Forskningspuljer	1.354.898	1.650.634
Øvrige fremmede tjenesteydelser	10.288.745	13.626.063
Mødeaktiviteter	3.092.091	5.300.200
Øvrige udgifter	22.407.835	19.694.236
Tilskud	3.161.595	3.162.831
	<u>56.181.801</u>	<u>56.110.796</u>

	2021	2020
4 Finansielle indtægter		
Afkast kapitalforvaltning	-4.782.632	-9.069.568
Lejeindtægt Regionernes Hus	-2.783.913	-2.750.779
	<u>-7.566.545</u>	<u>-11.820.347</u>
5 Finansielle omkostninger		
Renter, gebyrer	634.504	755.866
	<u>634.504</u>	<u>755.866</u>
6 Projekter mv.		Tidligere anvendt
Projektbevillinger (bevilling)		
Vidensdeling fremtidens sygehuse (16,2 mio.kr.)	1.108.853	13.460.446
Ekstraordinær klimaindsats (1 mio. kr.)	242.058	0
Projektbevilling i alt (17,2 mio. kr.)	1.350.911	13.460.446
7 Immaterielle anlægsaktiver	2021	2020
Kostpris 1.1	11.804.942	10.624.542
Tilgang i årets løb	1.229.103	1.180.400
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>13.034.045</u>	<u>11.804.942</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	9.336.328	7.105.537
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	2.040.641	2.230.791
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>11.376.969</u>	<u>9.336.328</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12	<u>1.657.075</u>	<u>2.468.614</u>

Materielle anlægsaktiver

	Grunde og bygninger	Øvrige anlægsaktiver
Regionernes hus		
Kostpris 1.1	254.726.946	25.858.866
Tilgang i årets løb	2.036.492	5.199.858
Afgang i årets løb	-154.463	0
Kostpris 31.12	<u>256.608.975</u>	<u>31.058.724</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	77.946.026	21.987.423
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	-42.477	0
Årets af- og nedskrivninger	5.733.970	3.447.584
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>83.637.519</u>	<u>25.435.006</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12.21	<u>172.971.456</u>	<u>5.623.718</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.21	170.000.000	

	Grunde og bygninger	Øvrige anlægsaktiver
Gripsholm		
Kostpris 1.1	3.650.000	0
Tilgang i årets løb	0	0
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>3.650.000</u>	<u>0</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	790.211	0
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	56.444	0
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>846.655</u>	<u>0</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12.21	<u>2.803.345</u>	<u>0</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.21	3.350.000	

	Grunde og bygninger	Øvrige anlægsaktiver
Materielle anlægsaktiver		
Regionernes hus	172.971.456	5.623.718
Gripsholm	2.803.345	0
Regnskabsmæssig værdi 31.12.21	<u>175.774.801</u>	<u>5.623.718</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.21	173.350.000	

	2021	2020
9		
Finansielle anlægsaktiver		
Aktier i Sampension KP Livsforsikring a/s	20.000	20.000
Aktier i portefølje Nordea	118.608.843	95.612.989
Obligationer	299.218.007	323.096.624
	<u>417.846.850</u>	<u>418.729.613</u>
10		
Likvide beholdninger		
Checkdisponible indskud	132.451	133.222
Bankkonto	25.951.381	31.022.736
Portefølje Nordea	1.437.074	1.255.991
	<u>27.520.907</u>	<u>32.411.949</u>
11		
Langfristet gæld		
Indefrosne feriepenge	0	14.155.867
Reg. Hus - Sundhed.dk depositum	1.406.106	1.406.106
	<u>1.406.106</u>	<u>15.561.973</u>
12		
Kortfristet gæld		
Moms	1.007.913	1.696.656
Øvrige kreditorer	35.049.696	34.011.443
Feriepengeforpligtigelse	12.676.645	11.117.825
Per.afgrænsningsposter	67.011.649	49.924.550
	<u>115.745.903</u>	<u>96.750.475</u>

13

Interimskonti

	2021	2020
Overenskomstparter	125.676.251	101.949.956
Eksterne Institutioner	-3.647.919	-1.454.671
Rejsesygesikring (SOS)	6.897.516	2.976.276
Projekter	56.011.816	77.504.258
	<u>184.937.664</u>	<u>180.975.819</u>

Noter hvortil der ikke henvises til i regnskabet

14

Leje- og eventualforpligtelser

Huslejekontrakt i Bruxelles	Opsigelig husleje kontrakt udløber 31. december 2027. Årlig husleje € 37.700.
Huslejekontrakt Medicinrådet, Dampfærgevej 21, 3., 2100 Kbh. Ø	Opsigelig husleje kontrakt udløber 31. august 2027. Årlig husleje kr. 2.830.625 incl. moms.
Huslejekontrakt Behandlingsrådet, Alfred Nobels Vej 27, 9220 Aalborg Øst.	Der er 9 måneders opsigelse. Årlig husleje kr. 774.750 incl. moms.

Der er indgået aftale om Repo finansiering med udløb i januar 2022. Indfrielsesbeløbet er 126.569.697,48 kr.

15

Pantsætninger og sikkerhedsstillelse

Ingen

16

Regnskab RVMR

	2021	2020
Indtægter kontingent	9.037.217	8.930.052
Personaleudgifter	4.200.926	4.242.395
Fremmede tjenesteydelser	1.716.576	3.540.003
Afholdte konferencer	751.727	356.232
Øvrige driftsudgifter	1.328.866	1.271.092
Udgifter i alt:	<u>7.998.094</u>	<u>9.409.722</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>1.039.123</u>	-479.670

17

Regnskab RSI**2021****2020**

Indtægter kontingent	5.405.092	5.341.000
Personaleudgifter	3.751.067	4.158.243
Fremmede tjenesteydelser	128.994	336.000
Øvrige driftsudgifter	582.107	516.592
Udgifter i alt:	<u>4.462.167</u>	<u>5.010.835</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>942.925</u>	<u>330.165</u>

18

Regnskab RFI

Indtægter kontingent	4.355.000	4.303.100
Personaleudgifter	3.375.844	3.738.517
Fremmede tjenesteydelser	17.286	5.750
Øvrige driftsudgifter	908.782	485.524
Udgifter i alt:	<u>4.301.912</u>	<u>4.229.791</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>53.088</u>	<u>73.309</u>

19

Regnskab Drift af RLTN

Tilskud FL § 10.21.76	3.350.000	3.350.000
Vederlag	353.561	350.755
Mødediæter, transport	86.012	258.130
Nævnsmøder	0	4.567
Øvrige mødeudgifter	86.818	75.926
Personaleudgifter, sekretariat	17.744.224	16.891.046
Administration, husleje mv.	2.661.634	2.533.657
Advokat mv.	928.068	954.173
Udgifter i alt:	<u>21.860.317</u>	<u>21.068.254</u>
Nettoudgifter i alt:	<u>18.510.317</u>	<u>17.718.254</u>

20

Regnskab Medicinrådet

	2021	2020
Indtægter kontingent	53.037.000	52.408.000
Løn	38.185.256	37.247.285
Øvrige personaleudgifter	3.827.123	3.961.868
Personale udgifter i alt:	<u>42.012.379</u>	<u>41.209.153</u>
Husleje m.m.	2.151.429	1.886.365
Fremmede tjenesteydelser	2.563.167	1.749.267
Mødeaktiviteter	510.089	757.499
Øvrige driftsudgifter	3.981.702	4.938.392
Driftsudgifter i alt:	<u>9.206.388</u>	<u>9.331.523</u>
Udgifter i alt:	<u>51.218.766</u>	<u>50.540.676</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>1.818.234</u>	<u>1.867.324</u>

21

Regnskab IT Rådet

	2021	2020
Indtægter kontingent	917.244	1.349.378
Personaleudgifter	634.449	554.962
Fremmede tjenesteydelser	81.199	27.250
Øvrige driftsudgifter	98.300	97.456
Udgifter i alt:	<u>813.948</u>	<u>679.668</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>103.296</u>	<u>669.710</u>

22

Regnskab Læring og Kvalitetsteams	2021	2020
Indtægter kontingent	872.643	0
Personaleudgifter	670.680	0
Fremmede tjenesteydelser	1.500	0
Øvrige driftsudgifter	98.320	0
Udgifter i alt:	<u>770.500</u>	<u>0</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>102.143</u>	<u>0</u>

23

Regnskab Behandlingsrådet	2021	2020
Indtægter kontingent	22.500.004	0
Løn	9.091.455	0
Øvrige personaleudgifter	1.446.235	0
Personale udgifter i alt:	<u>10.537.690</u>	<u>0</u>
Husleje m.m.	780.567	0
Fremmede tjenesteydelser	1.368.062	0
Mødeaktiviteter	130.848	0
Øvrige driftsudgifter	1.770.319	0
Driftsudgifter i alt:	<u>4.049.796</u>	<u>0</u>
Udgifter i alt:	<u>14.587.486</u>	<u>0</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>7.912.518</u>	<u>0</u>

Relateret document 2/3

**Dokument Navn: Danske Regioner protokollat
2021 - 10.02.2022.pdf**

**Dokument Titel: Danske Regioner protokollat
2021 - 10.02.2022**

Dokument ID: 1521162



Tlf: 46 37 30 33
roskilde@bdo.dk
www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
Rabalderstræde 7, 2. sal
DK-4000 Roskilde
CVR-nr. 20 22 26 70

DANSKE REGIONER
UDSKRIFT AF REVISIONSPROTOKOL
SIDE 140 - 145
ÅRSREGNSKAB 2021

	Side
1	KONKLUSION PÅ DEN UDFØRTE REVISION 140
2	SÆRLIGE FORHOLD VEDRØRENDE ÅRSREGNSKABET 140
3	DEN UDFØRTE REVISION, ART OG OMFANG 140
4	REVISION AF ORGANISATIONENS INTERNE IT-KONTROLLER 143
4.1	Persondataforordningen - GDPR 144
5	ASSISTANCE OG RÅDGIVNING 144
6	REVISORS UAFHÆNGIGHEDSERKLÆRING MV. 144



DANSKE REGIONER

REVISIONSPROTOKOLLAT TIL ÅRSREGNSKABET 2021

Som revisor for Danske Regioner har vi afsluttet den i vedtægterne foreskrevne revision af årsregnskabet for 2021, der udviser et resultat på 21.923 t.kr., og pr. 31. december 2021 samlede aktiver på 707.457 t.kr. og egenkapital på 361.777 t.kr.

1 Konklusion på den udførte revision

Godkender ledelsen årsregnskabet i den nuværende form, vil vi forsyne det med en påtegning uden forbehold, omtale af væsentlig usikkerhed vedrørende fortsat drift, fremhævelse af forhold eller andre rapporteringsforpligtelser.

2 Særlige forhold vedrørende årsregnskabet

Alle under revisionen konstaterede fejl og mangler m.v. er indarbejdet i årsregnskabet, og der er derfor ingen væsentlige ikke-korrigerede forhold at rapportere til bestyrelsen om.

Revisionen har ikke givet anledning til at fremhæve særlige forhold, der er af betydning for ledelsens vurdering af årsregnskabet.

Vi har dog nedenfor anført enkelte mindre væsentlige forhold, som er aftalt med ledelsen at blive fulgt op i det kommende regnskabsår.

3 Den udførte revision, art og omfang

Revisionens formål, udførelse, rapportering mv. er omtalt i revisionsaftale af 28. maj 2020.

Ved planlægningen af vores revision har vi fastlagt en revisionsstrategi ud fra en vurdering af væsentlighed og risiko. Vores revision vil derfor hovedsageligt fokusere på regnskabelementer og områder i årsregnskabet, hvor vi vurderer risikoen for væsentlig fejlinformation for størst.

Den udførte revision og resultatet heraf er beskrevet i det følgende:

Nettoomsætning

Nettoomsætningen udgør 256,1 mio. kr. mod 231,6 mio. kr. i 2020, og der er ved den løbende og afsluttende revision foretaget kontrolarbejder med henblik på en vurdering af, om de indtægter, der tilkommer Danske Regioner, indgår i årsregnskabet og er optaget i overensstemmelse med den fastlagte regnskabspraksis.

Vi har analyseret resultatopgørelsen og gennemgået bilag i det omfang, vi har fundet det nødvendigt.

Personaleomkostninger

Vedrørende personaleomkostninger, der dækker over lønninger og vederlag mv., og som udgør 194,4 mio. kr. mod 192,7 mio. kr. i 2020, har vi foretaget kontrolarbejder med henblik på at sikre os, at de udbetalte lønninger er i overensstemmelse med de indgåede lønaftaler og de til os øvrige meddelte oplysninger.

Stigningen i personaleomkostningerne kan hovedsageligt henføres til en stigning af gennemsnitsantallet af fuldtidsbeskæftigede fra 231,9 i 2020 til 248,7 i 2021, hvilket ifølge ledelsesberetningen primært skyldes oprettelsen af Behandlingsrådet.

Vi har stikprøvevis kontrolleret, at lønninger, som er udbetalt til medarbejdere, der forestår lønudbetalinger eller foretager edb-indberetninger, er korrekte.

Vedrørende afregning, afstemning og lønoplysning af de ansattes A-indkomst, A-skat og andre udbetalte ydelser har vi ligeledes stikprøvevis kontrolleret, at disse er korrekte.

De udbetalte honorarer til bestyrelsen er gennemgået.

Det er på baggrund af gennemgangen vores vurdering, at lønninger og vederlag generelt er udbetalt i overensstemmelse med gældende overenskomster, indgåede aftaler mv.

Andre driftsomkostninger

Andre driftsomkostninger, der udgør 56,2 mio. kr. og er på samme niveau som i 2020, har vi analyseret og har stikprøvevis undersøgt udvalgte konti og gennemgået bilag i det omfang, vi har fundet det nødvendigt, bl.a. med henblik på at vurdere korrekt skæring og periodisering af omkostningerne.

Balancen

Åbningsbalancen

Formålet med revisionen er at sikre, at der er kontinuitet i regnskabsafslæggelsen.

Vi har kontrolleret, at der er sammenhæng mellem bogføringsbalancen pr. 31. december 2020, der dannede grundlag for årsregnskabet 2020, og åbningsbalancen i bogføringen for 2021.

Balancens enkelte poster

Anlægsaktiver

Vi har gennemgået anlægsaktiverne, der pr. 31. december 2021 har en regnskabsmæssig værdi på 600,9 mio. kr. mod 604,7 mio. kr. ultimo 2020.

Vi har stikprøvevis kontrolleret den fysiske tilstedeværelse af de i anlægskartoteket opførte aktiver samt stikprøvevis kontrolleret årets tilgange til underliggende bilag m.v.

Vi har foretaget stikprøvevis kontrol af de foretagne afskrivninger og herunder kontrolleret, om anlægsaktiverne afskrives i overensstemmelse med anvendt regnskabspraksis. De foretagne afskrivninger er efter vores vurdering tilstrækkelige til dækning af årets værdiforringelse.

Ledelsen har overfor os bekræftet, at man finder værdiansættelsen af aktiverne forsvarlig, herunder de scrapværdier, som er opgjort for ejendomme, og som er uændrede fra tidligere år, hvilket vi kan tilslutte os.

Omsætningsaktiver

Omsætningsaktiverne, der pr. 31. december 2021 udgør 106,6 mio. kr., omfatter væsentligst tilgodehavender og likvide beholdninger.

Den 30. november 2021 foretog vi et uanmeldt revisionsbesøg, hvor de likvide beholdninger blev afstemt. Beholdningernes tilstedeværelse konstateredes.

Vi har påset, at mellemværender med pengeinstituttet er optaget til saldiene pr. 31. december 2021 og er afstemt med pengeinstituttets noteringer. Vi har indhentet engagementsoversigt fra pengeinstituttet.

Vi har gennemgået forretningsgangen for afstemning af konti i pengeinstituttet. Forretningsgangen skal bl.a. sikre, at der jævnligt foretages afstemning med pengeinstituttets noteringer i henhold til den vedtagne forretningsgang.

Tilgodehavender udgør pr. 31. december 2021 i alt 79,0 mio. kr. imod 42,4 mio. kr. sidste år.

Vi har gennemgået debitorlisten pr. 31. december 2021. Ledelsen har overfor os bekræftet, at der ikke er særlige risici forbundet med værdiansættelsen af tilgodehavenderne, og vi kan efter vores gennemgang tilslutte os de i årsregnskabet foretagne værdiansættelser.

Det skal dog anføres, at der fremgår enkelte tilgodehavender, som er flere år gamle. Disse udgør samlet 645 t.kr. Vi har fået oplyst, at der løbende følges op på sagen, men at der er uenighed om kravet. Vi anbefaler, at der sikres en snarlig afklaring.

Egenkapital

Egenkapitalen pr. 31. december 2021 udgør 361,8 mio. kr., der fremkommer ved, at egenkapitalen pr. 1. januar 2021 på 339,9 mio. kr. er forøget med årets resultat for 2021, der udgør et overskud på 21,9 mio. kr.

Hensatte forpligtelser

Der er hensat 43,6 mio. kr. til tjenestemandspensionsforpligtelser, hvilket er et fald på 2,8 mio. kr. i forhold til 2020. Faldet fra 2020 til 2021 kan primært henføres til - at der er et pensionsår mindre end sidste år. Der er ikke ændret i de grundlæggende forudsætninger for beregningen.

Vi har stikprøvevis gennemgået grundlaget for de foretagne hensættelser.

Vi kan efter vores gennemgang tilslutte os de af ledelsen foretagne værdiansættelser.

Gældsforpligtelser

Vi har gennemgået de langfristede og kortfristede gældsforpligtelser og klassificeringen heraf.

Kortfristede gældsforpligtelser, der udviser en samlet saldo på 300,7 mio. kr., består især af feriepengeforpligtelse, interimskonti samt sædvanlige gældsposter. Vi har gennemgået afstemningerne og stikprøvevis foretaget sammenholdelse til eksterne kontoudtog m.v.

Vi har gennemgået anden gæld og skyldige beløb samt påset, at alle væsentlige gældsposter er afstemt med oplysninger fra kreditorerne.

Vi har konstateret, at der ikke foreligger en afstemning af skattekontoen. I bogføringen har Danske Regioner 3 statuskonti, som har sammenhæng til skattekontoen. På den ene af disse konti fremgår en saldo på ca. 1,4 mio. kr., som stammer fra det gamle lønsystem, og som ikke kan udredes. Det er vores vurdering, at forholdet ikke er væsentligt for det samlede regnskab. Vi anbefaler dog, at der tages stilling til den gamle saldo, samt at der fremadrettet udarbejdes en afstemning mellem skattekontoen og saldiene i bogføringen, idet uafklarede differencer/saldi ved opfølgning kan afdække mere væsentlige forhold eller brutto-beløb til regulering.

Interimskonti, der pr. 31. december 2021 udviser en samlet gæld på 185 mio. kr., består af gæld til overenskomstparter, mellemregninger med eksterne institutioner og gæld vedrørende igangværende projekter. Vi har stikprøvevis påset, at der foreligger bekræftelser på de i regnskabet indregnede mellemværender.

Den langfristede gæld udgør 1,4 mio. kr. pr. 31. december 2021, hvilket er et fald på 14,2 mio. kr. i forhold til 2020. Faldet kan henføres til, at Danske Regioner har valgt at foretage afregning af feriepenge vedrørende indefrysningsperioden 1. september 2019 - 31. august 2020. Saldoen på 1,4 mio. kr. kan herefter alene henføres til Sundhed.dk's depositum vedr. lejemål i regionernes hus.

Pantsætninger og eventualposter

Vi har gennemgået pantsætninger og eventualposter, og vi har i den forbindelse modtaget en ledelseserklæring til kontrol af fuldstændighed af de modtagne oplysninger.

Vi har endvidere fået bekræftet, at Danske Regioner ikke har indgået aftaler på vegne af regionerne i relation til COVID-19, således at der burde være oplysninger om eventualforpligtelser eller lignende i regnskabet.

Besvigelser

I forbindelse med planlægning og udførelsen af vores revision har vi forespurgt ledelsen om risikoen for besvigelser. Ledelsen har oplyst, at den ikke har kendskab til besvigelser eller igangværende undersøgelser af formodede besvigelser.

Vi kan oplyse, at vi under revisionen af årsregnskabet ikke er stødt på forhold, der kunne indikere besvigelser eller forsøg herpå. Besvigelser er betegnelsen for en bevidst handling udført af en eller flere personer blandt den daglige ledelse, den overordnede ledelse, medarbejdere eller tredjeparter, hvor vildledning for at opnå en uberettiget eller ulovlig fordel er involveret. Revisionen af årsregnskabet fokuserer alene på besvigelser, der fører til væsentlig fejlinformation i regnskabet. Vi har således ikke foretaget juridiske vurderinger af, hvorvidt besvigelser faktisk er forekommet.

Ledelsens regnskaberklæring

I forbindelse med aflæggelsen af årsregnskabet har Danske Regioners daglige ledelse over for os afgivet en skriftlig bekræftelse (regnskaberklæring) om årsregskabets fuldstændighed, såsom oplysninger om pantsætninger, garantistillelser, retssager, besvigelser, begivenheder efter balancedagen, samt andre vanskeligt reviderbare områder.

Bestyrelsesprotokol

Bestyrelsens beslutningsprotokol indtil mødet den 16. december 2021 har vi gennemgået.

Vi har påset, at revisionsprotokollat vedrørende revisionen af årsregnskabet for 2020 er underskrevet af bestyrelsen den 4. februar 2021.

4 Revision af organisationens interne it-kontroller

Omfang

Revisionen har omfattet revision af organisationens generelle it-kontroller og udvalgte applikationskontroller for de it-systemer, der har betydning for organisationens regnskabsføring og regnskabsaflæggelse.

- Adgangssikkerhed for systemadministratorer i det centrale økonomistyringssystem.
- Adgangssikkerhed for sikkerhedsadministratorer i lønsystem.
- Outsourcing af centrale it-systemer, herunder indhentelse og vurdering af revisorerklæringer fra it-serviceleverandører.

Det udførte arbejde

Vi har foretaget forespørgsler hos it-ledelsen, medarbejdere med ansvar og opgaver inden for it samt systembrugere.

Vi har udført revisionshandlinger i form af inspektioner, observationer og udførelse af kontroller, herunder gennemgang af modtagne dokumenter og materialer, efterprøvelse af interne it-kontroller og dokumentation herfor samt test af de interne it-kontrollers funktionalitet, hvor dette er relevant.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at organisationen i alle væsentlige henseender har implementeret hensigtsmæssige interne it-kontroller, der medvirker til at opretholde informationernes integritet og sikkerheden af data, som it-systemerne behandler i forhold til regnskabsføringen og regnskabsaflæggelsen. Endvidere vurderer vi, at relevante bestemmelser i bogføringsloven er opfyldte.

4.1 Persondataforordningen - GDPR

GDPR-området er ikke omfattet af revisionen, men vi har på forespørgsel fået oplyst, at Danske Regioner har truffet de fornødne forholdsregler i forhold til overholdelse af EU's Persondataforordning, samt at der ikke har været overtrædelser, der vil have en væsentlig påvirkning på Danske Regioners årsregnskab.

5 Assistance og rådgivning

Ud over revision af årsregnskabet har vi udført følgende opgaver:

- Regnskabsmæssig assistance, herunder assistanceopgaver vedrørende afstemning af løn- og skattekonti m.v.
- Gennemgang af momsgrundlag for Danske Regioner på udvalgte områder.

6 Revisors uafhængighedserklæring mv.

Undertegnede erklærer:

at vi opfylder de i lovgivningen indeholdte uafhængighedsbetingelser, og

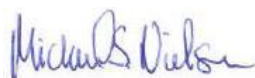
at vi under vores revision har modtaget alle de oplysninger, vi har anmodet om.

Roskilde, den 10. februar 2022

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab



Per Lund
Statsautoriseret revisor



Michael S. Nielsen
Registreret revisor



Nærværende revisionsprotokol side 140 - 145 er gennemlæst af nedennævnte medlemmer af bestyrelsen den 10. februar 2022:

Stephanie Lose
Formand

Ulla Astman
1. næstformand

Lone Langballe
2. næstformand

Sophie Hæstorp Andersen

Anders Kühnau

Heino Knudsen

Poul-Erik Svendsen

Lars Gaardhøj

Karin Friis Bach

Per Larsen

Villy Søvnald

Peter Jacobsen

Martin Geertsen

Carsten Kissmeyer

Jacob Jensen

Lone Sondrup

Tormod Olsen

Relateret document 3/3

Dokument Navn: Budget og resultatoversigt
2021.pdf

Dokument Titel: Budget og resultatoversigt
2021

Dokument ID: 1520473

Danske Regioners budget og regnskab 2021

Kr.	Budget 2021	Regnskab 2021
Kontingent	143.800.000	144.249.113
Øvrige kontingenter	94.100.000	96.124.200
Sekretariatsbidrag	12.750.000	9.153.809
Tilskud til drift af RLTN	3.350.000	3.350.000
Indtægter vedr. blodplasma	3.100.000	3.161.595
Div. Indtægter	100.000	31.751
Nettoomsætning	257.200.000	256.070.467
Omkostninger		
Personaleomkostninger	204.350.000	194.408.512
Afskrivninger	11.000.000	11.278.639
Driftsomkostninger ved huse	11.200.000	11.166.366
Fremmede tjenesteydelser	30.150.000	16.353.914
Mødeaktiviteter	11.000.000	3.092.091
Øvrige udgifter	27.000.000	22.407.835
Tilskud andre	3.200.000	3.161.595
Omkostninger i alt	297.900.000	261.868.952
Driftsresultat (- underskud)	-40.700.000	-5.798.485
Finansielle poster		
Finansielle indtægter	7.500.000	7.566.545
Finansielle omkostninger	-400.000	-634.504
Kursgevinster på aktier og obligationer	0	22.140.180
Finansielle poster, netto	7.100.000	29.072.221
Resultat af foreningens drift (- underskud)	-33.600.000	23.273.736
Projekter m.v.	2.000.000	1.350.911
Årets resultat (- underskud)	-35.600.000	21.922.825

Bilag Titel:	Høringssvar vedr. redegørelse til Folketinget om anvendelse af epidemiloven
Dagsordens titel	Høringssvar - Redegørelse til Folketinget om anvendelse af epidemiloven
Dagsordenspunkt nr	14
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

05-01-2022

EMN-2021-01589

1508685

Rósa Víkingisdóttir

Høringssvar vedr. Redegørelse til Folketinget om anvendelse af epidemiloven

Danske Regioner har den 1. december 2021 modtaget en anmodning fra Sundhedsministeriet til Danske Regioner og regionerne om bemærkninger til Redegørelse til Folketinget om anvendelse af epidemiloven.

Danske Regioner takker for muligheden for at sende bemærkninger til redegørelsen, som skal danne grundlag for Folketingets Epidemiudvalgs videre drøftelser om behovet for en eventuel revision af loven. Danske Regioner fremsender høringssvar på vegne af regionerne og Danske Regioner. Høringssvaret fremsendes med forbehold for godkendelse ved møde i Danske Regioners bestyrelse den 10. februar 2022.

Danske Regioner skal indledningsvis bemærke, at høringen er modtaget på et tidspunkt, hvor der er ekstraordinær travlhed i forhold til indsatsen mod covid-19.

Overordnede bemærkninger

Epidemiloven udgør den juridiske ramme for de danske myndigheders forebyggelse og overvågning af smitsomme sygdomme, alment farlige sygdomme og samfundskritiske sygdomme. Formålet med loven er at beskytte samfundet og enkeltpersoner mod disse sygdomme ved at udrydde eller forebygge, forhindre, inddæmme og begrænse udbredelsen og indførelsen af sygdommene. Overordnet vurderer Danske Regioner, at epidemiloven har bidraget til og understøttet myndighedernes indsatser for at forebygge og begrænse udbredelsen af covid-19 og dermed, at formålet med loven opfyldes.

Danske Regioner bemærker, at redegørelsen generelt bærer præg af, at der især er fokus på epidemilovens anvendelse set i lyset af covid-19. Det vil være relevant i den videre opfølgning at være opmærksom på, at loven også skal kunne finde anvendelse i forhold til andre smitsomme, alment farlige og samfundskritiske sygdomme.

Bemærkninger til temaer i redegørelsen

Parlamentarisk kontrol

Danske Regioner bemærker, som det også fremgår af redegørelsen, at den formelle høringsproces for bekendtgørelser i flere tilfælde ikke har været fulgt. Det er forståeligt, at der har været et stort tidspres, men der bør være særlig opmærksomhed på, at relevante og aktuelle problemstillinger dermed ikke bliver ordentligt belyst. Derfor bør det være en prioritet at sikre den nødvendige tid til høringsprocesser i den udstrækning, det er muligt.

Fastsættelse af restriktioner for fire uger ad gangen

Danske Regioner finder, at fastsættelse af restriktioner for fire uger ad gangen er en passende tidsperiode i forhold til at vurdere restriktionernes virkning set i forhold til de samfundsmæssige konsekvenser af restriktionerne, herunder implementering af restriktioner lokalt.

Adgang til at fastsætte visse restriktioner ved alment farlige sygdomme

Danske Regioner bakker op om, at muligheden for at fastsætte visse restriktioner for alment farlige sygdomme indgår i en opfølgende drøftelse af en eventuel revision af loven. Danske Regioner lægger i den forbindelse vægt på, at det kun bør være en mulighed, når der er tale om mindre indgribende restriktioner, som er sundhedsmæssigt velbegrundede.

Adgang til behandling af personoplysninger

Danske Regioner er enig i, at brugen af digitale løsninger som en del af epidemiberedskabet har været god og vil se positivt på en mulighed for, at adgangen til behandling af personoplysninger også kan gælde for smitsomme sygdomme og ikke kun, når en sygdom kategoriseres som alment farlig eller samfundskritisk.

Øvrige bemærkninger

Epidemiloven og tilhørende bekendtgørelser har en række snitflader til eksisterende lovgivning, vejledninger mv. Danske Regioner gør i den forbindelse opmærksom på, at det er vigtigt, at der informeres tydeligt om rækkevidden af loven og dens bekendtgørelser, herunder hvis anden lovgivning eller vejledninger træder ud af kraft.

Danske Regioner gør opmærksom på, at det fremgår af epidemilovens § 4, at kommunalbestyrelser og regionsråd skal udarbejde planer for håndtering af smitsomme sygdomme. Da der allerede foreligger en række retningslinjer og krav til regioner og kommuner, fx de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR), vil der i det kommende arbejde med planer være behov for klare og entydige nationale krav til planerne med henblik på at sikre robuste planer for fremtidens epidemihåndtering.

Med venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag Titel:	Høringssvar - Danske Regioner
Dagsordens titel	Høringssvar - Lovforslag vedrørende ændringer i lov om sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet
Dagsordenspunkt nr	15
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Sundhedsministeriet

Att.: Berit Dea Hvolby,

bdh@sum.dk, sum@sum.dk

03-02-2022

EMN-2022-00113

1518282

Kristian Enstrøm

Høringssvar vedrørende lovforslag om ændring af lov om sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Danske Regioner har den 4. januar 2022 modtaget høring over lovforslag om ændring af lov om sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet fra Sundhedsministeriet (Lægers varetagelse af vaccinationsopgaver, Statens Serum Instituts virke i internationale samarbejder, forsyningspligt for vacciner m.v., opgavevaretagelse i MiBa og regulering og forrentning af erstatnings- og godtgørelsesbeløb). Danske Regioner fremsender høringssvar på vegne af de fem regioner. Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 10. februar 2022.

Høringen består af følgende delelementer, der er uafhængige af hinanden:

1. Lægers varetagelse af vaccinationsopgaver
2. Statens Serum Instituts forsyningspligt
3. Statens Serum Instituts opgavevaretagelse i relation til grænseoverskridende sundhedsrisici
4. Drift og forvaltning af visse nationale databaser og registre
5. Regulering og forrentning af patienterstatninger (lovforslagets § 2)

Lægers varetagelse af vaccinationsopgaver

Regionerne har med organiseringen af vaccinationsindsatsen i regionale centre bidraget til en høj tilslutning til covid-19 vaccination. Regionerne vil gerne fremadrettet bidrage til en høj tilslutning til covid-19 vaccination, men også til en høj tilslutning til andre vaccinationer, som kan bidrage til, at færre udvikler sygdom og har brug for hospitalsbehandling. Regionerne hilser det derfor velkomment, at der med lovforslaget lægges op til, at læger i regionale vaccinationscentre kan tilbyde borgerne vaccination.

Under covid-19 har regionerne indgået kontrakter med private leverandører, almen praksis og apoteker om vaccinationsopgaven. Regionerne ser det som afgørende for at kunne tilbyde nærhed i vaccinationstilbuddene i hele landet,

at regionerne har planlægningsfrihed og kan supplere det regionale vaccinationsstilbud med øvrige aktører.

Det fremgår af afsnit 11 (skema side 37), at der ingen økonomiske konsekvenser er af lovændringen for stat, kommuner og regioner. I afsnit 5 (side 33) står der dog, at de økonomiske konsekvenser afhænger af den konkrete udmøntning af lovforslaget, herunder om der i større grad end i dag vil blive flyttet vaccinationsopgaver fra den offentlige sektor til den private eller omvendt. Hvis regionerne skal varetage vaccinationer omfattet af offentlige vaccinationsprogrammer til den brede befolkning – dette kunne fx være influenza eller pneumokokvaccination – så forventes det at medføre udgifter for regionerne til vaccinatører, sekretærer, læger m.v.

I dag varetager regionerne afregningen af vaccinationer foretaget i almen praksis. Det fremgår ikke af lovforslaget, om regionerne også skal overtage afregningen af vaccinationer foretaget af private aktører, fx private apoteker og vaccinationsfirmaer. Såfremt det er tilfældet, så vil det øge regionernes udgifter til indsatsen til bl.a. personale og evt. udarbejdelse eller opdateringer af it-systemer.

Lovforslaget beskriver ikke, hvordan distributionen af vacciner skal ske. Hvis regionerne med lovforslaget får ansvaret for flere offentlige vaccinationsprogrammer, og dermed også for, at distributionen af vacciner skal ske gennem hospitalsapoteker, vil det medføre udgifter for regionerne til personale til pakning og afsendelse på hospitalsapotekerne samt til logistik og transport. I dag løses denne opgave af Statens Serum Institut ved andre vaccinationer end covid-19.

Danske Regioner ønsker, at det undersøges, om den registreringsprocedure, som gælder for regionernes registrering af covid-19 vacciner, kan overføres til andre vaccinationer, som regionerne evt. på sigt skal varetage. Der vil i den forbindelse også skulle ses på registreringsproceduren for almen praksis og apoteker, som regionerne fortsat vil bruge som kanaler til vaccination.

Statens Serum Instituts forsyningspligt

Danske Regioner bakker forslaget op og forventer, at det vil bidrage til at styrke organiseringen af tilgængeligheden af værnemidler, testkapacitet mm. Det kan ønskes, at snitfladen til Styrelsen for Forsyningsikkerhed præciseres.

Statens Serum Institut har understøttet vaccinationsindsatsen vedr. covid-19 ved at stille opdaterede data til rådighed for regionerne, hvilket har været et uvurderligt redskab i tilrettelæggelsen af vaccinationsindsatsen.

Statens Serum Institut opgavevaretagelse i relation til grænseoverskridende sundhedsrisici

Det bør fremhæves, at det påhviler Statens Serum Institut i dets nationale referencefunktion for grænseoverskridende sundhedsrisici at understøtte og distribuere metoder og kontroller til decentral diagnostik i landets klinisk mikrobiologiske afdelinger, når det drejer sig om infektionssygdomme, som forventes at udgøre en væsentlig trussel for sundheden og drift af sundhedsvæsenet.

I lighed med at Statens Serum Instituts vaccineforsyningspligt udvides til lagring og distribution, bør Statens Serum Institut bemyndiges kompetence til at afgøre, hvilke myndigheder og private virksomheder som må varetage diagnostik af grænseoverskridende sundhedsrisici.

I afsnit 2.3.2 beskrives, at det internationale samarbejde om grænseoverskridende sundhedsrisici indebærer deling af oplysninger om varianter af mikroorganismer med andre lande, og at hjemlen hertil findes i databeskyttelsesretlige regler.

Drift og forvaltning af visse nationale databaser og registre

Danske Regioner kan støtte det overordnede formål med lovforslaget om, at der skal sikres en bedre mulighed for at agere hurtigt og resolut i forhold til bl.a. udviklingsopgaver i forbindelse med en pandemi samt at sikre en smidig proces for at kunne fremskaffe valide fakta som styringsredskab for epidemihåndtering.

Danske Regioner støtter grundlæggende en smidig udveksling af relevante sundhedsdata mellem myndigheder med henblik på at sikre overvågning, forskning, innovation og kvalitetsudvikling.

På den baggrund kan Danske Regioner støtte, at dataansvaret for Den Danske Mikrobiologidatabase (MiBa) overføres til Statens Serum Institut som dataansvarlig myndighed med henblik på at sikre en hurtigere og mere smidig udveksling af data. Danske Regioner havde dog gerne set, at Statens Serum Institut og regionerne i fællesskab havde forsøgt at løse de aktuelle udfordringer med det delte dataansvar, før et forslag til overførsel af dataansvar blev fremsendt.

Danske Regioner finder hertil, at beskrivelsen af regionernes formål med at behandle data i MiBa bl.a. med henblik på patientbehandling skal beskrives bedre i lovforslaget. Dette begrundes særligt i, at det er regionerne, der samler hovedparten af data til MiBa, og at MiBa bidrager til at løse tre helt centrale og overordnede opgaver for regionerne:

- Behandling og diagnostik
- Overvågning og håndtering af infektionssygdomme, lokalt, regionalt og nationalt
- Borgernes digitale adgang til egne prøvesvar.

Fastlæggelse af nærmere regler

Det fremgår af lovforslagets § 222, stk. 3, at Sundhedsministeriet kan fastlægge nærmere regler om drift og forvaltning af databasen, og det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at dette også omfatter regler for behandlingen af personoplysninger.

Det er af afgørende betydning for regionerne, at der – i en tæt dialog mellem Statens Serum Institut og regionerne – fastsættes nærmere regler om drift og forvaltning af databasen samt om behandling af personoplysninger.

Der vil således være behov for, at der i samråd med regionerne tages stilling til, hvordan ansvarsfordelingen og processerne skal være i forhold til en række af de afledte opgaver, der følger med, når dataansvaret overgår til Statens Serum Institut. Dette omfatter fx logopfølgning og processer i forhold til eventuelle uberettigede opslag i MiBa, fastlæggelse af procedurer for håndtering af brud på persondatasikkerheden, udarbejdelse af risikovurderinger og konsekvensanalyser samt modeller og processer for tilsyn med databehandlere.

Endvidere er der behov for en konkret drøftelse med regionerne af de nærmere regler for behandling af personoplysninger, herunder grundlaget for den regionale adgang til data.

Danske Regioner forudsætter således, at der med lovændringen skabes sikkerhed for, at regionerne – også efter overdragelse af dataansvaret til Statens Serum Institut – får samme adgang til data i MiBa, som de har i dag. MiBa består primært af data fra de mikrobiologiske afdelinger, og data har meget stor værdi, bl.a. for det kliniske arbejde i regionerne. Det er derfor afgørende for regionerne, at adgang til data i MiBa ikke begrænses for de kliniske mikrobiologiske afdelinger, da analyse og fortolkning af data i MiBa indgår i det kliniske samspil mellem hospitalslaboratorier, kliniske behandlingsenheder og patienterne.

Deling af MiBa-data er således central for bekæmpelse af smitsomme sygdomme. Deling af MiBa-data i Danmark mellem Statens Serum Institut og de regionale klinisk mikrobiologiske afdelinger sker allerede og er af stor vigtighed for overvågning og smitteopsporing lokalt på landets hospitaler og andre regionale og kommunale institutioner. Ved at data også stilles til rådighed for de klinisk mikrobiologiske afdelinger i hele landet, sikres det, at man hurtigt og effektivt kan intervenere og bremse smittekæder på hospitaler og andre regionale og kommunale institutioner. Det er derfor positivt, at det i lovens bemærkninger fremgår, at ”regionernes adgang til at indhente data i MiBa til brug for patientbehandling m.v., vil skulle forblive uændret”. Men hertil foreslår Danske Regioner, at § 222, stk. 2, suppleres af et afsnit om regionernes formål med anvendelse af MiBa, hvorfor regionerne skal sikres den nødvendige adgang her til med henblik på at sikre en forsvarlig patientbehandling.

I forhold til patientbehandlingen og kommunikationen med patienterne lægger Danske Regioner og regionerne desuden vægt på, at det fremgår af svar på prøver fra MiBa via sundhed.dk, at det er den relevante kliniske mikrobiologiske afdeling, der er afsender på prøvesvar o. lign., så patienterne har et entydigt referencepunkt i forbindelse med deres behandling.

Danske Regioner finder, at det vil være mest hensigtsmæssigt, såfremt staten dækker alle driftsudgifter samt udgifter til dimensionering og tilpasninger til de centrale dele af MiBa, som SSI på baggrund af lovforslaget vil bære dataansvaret for.

Samarbejde og udvikling af MiBa

Et tæt samarbejde mellem SSI og de regionale klinisk mikrobiologiske afdelinger har fungeret godt under covid-19 epidemien. Dette samarbejde ønskes fortsat bl.a. i regi af det nationale faglige råd for klinisk mikrobiologi. Det er også vigtigt at bevare de eksisterende samarbejdsfora, herunder repræsentantskab og Forretningsstyregruppen. Det vil være i disse fora, at eventuelle tiltag med henblik på at sikre den nødvendige udvikling af MiBa skal drøftes. Danske Regioner foreslår, at der sker en nærmere beskrivelse af betydningen af disse fora i bemærkninger til lovændringen, herunder at regionerne fortsat vil have mulighed for at øve indflydelse på kommende udviklingstiltag gennem disse fora.

Forskning

Hvis Statens Serum Institut bliver dataansvarlig for MiBa, vil Statens Serum Institut skulle behandle anmodninger bl.a. fra regionerne om videregivelse af data fra databasen til konkrete forskningsprojekter. Regionerne vil således skulle søge SSI om andre regioners data med henblik på forskning.

Danske Regioner finder det meget vigtigt, at regionerne også fremover får en nem og smidig adgang til dataudtræk fra MiBa til brug for forskning. Det er af stor betydning, at der ikke opstår lange og tunge administrative processer omkring dataudtræk til brug for forskning og dermed til skade for den fremtidige patientbehandling.

På den baggrund skal der etableres et fagligt organ – gerne nedsat af Forretningsstyregruppen – med repræsentanter fra regionerne med henblik på at sikre en lige og smidig faglig administration af ansøgninger om dataudtræk. Danske Regioner indgår gerne i en dialog med Sundhedsministeriet og Statens Serum Institut herom.

Som det er i dag, vil regionernes oplysninger i MiBa være at betragte som journaloplysninger reguleret af sundhedsloven. Det vil sige, at for at benytte disse oplysninger til forskning, skal der enten være et skriftligt samtykke fra patienten, en godkendelse fra regionen, eller en godkendelse fra VEK. Det skal overvejes, hvilke regler der vil ligge til grund for Statens Serum Instituts vurdering

af anmodninger om dataudtræk fra MiBa, herunder om data – efter overdragelsen af dataansvaret til Statens Serum Institut – vil være at anse for registerdata, således at databeskyttelseslovgivningen fremover regulerer muligheden for dataudtræk.

Afslutningsvist skal Danske Regioner opfordre til, at der i god tid forud for et eventuelt kommende ønske om at overtage dataansvaret for øvrige databaser og registre, fx biobanker, tages kontakt til regionerne med henblik på at sikre en grundig drøftelse heraf.

Regulering og forrentning af patienterstatninger (lovforslagets § 2)

Danske Regioner anser den foreslåede forenkling af reglerne om forretning af patienterstatningssager for et godt tiltag. Udkastet til lovforslaget er efter regionernes opfattelse udtryk for den rette balance mellem forskelligartede hensyn. Lovændringen vil sikre ensartethed i fastsættelsen af forrentningstidspunktet ved at placere et objektivt fast forrentningstidspunkt. Dette vil medføre en tiltrængt klarhed og gennemsigtighed til gavn for både patienterne, patienterstatningsmyndighederne og de erstatningspligtige.

Højesteret afsagde den 4. december 2020 en dom, som fundamentalt ændrede Patienterstatningens og Ankenævnet for Patienterstatningens mangeårige praksis for fastsættelse af tidspunktet for forrentning af tilkendte erstatnings- og godtgørelsesbeløb. Dommen betyder, at rentedatoerne i hver enkelt anerkendt sag bliver fastsat subjektivt og skønsmæssigt. Det medfører mindre forudsigelighed og gennemsigtighed og for borgerne et øget behov for anvendelse af professionel bistand. Dommen betyder også, at både Patienterstatningen og de erstatningspligtige har fået større omkostninger til administration.

Lovændringen medfører, at det vil være en mere overskuelig ordning for de erstatningspligtige at administrere i forhold til forretningstidspunktet. Derudover vil rente- og administrationsudgifter afstedkommet af Højesteretsdommen af 4. december 2020 blive begrænset. Endelig harmoniserer lovændringen patienterstatningsområdet med de regler, som også findes på arbejdsskadeområdet.

I lovforslaget lægges det til grund, at patienterne fremadrettet kan forvente at få en lidt højere erstatning mod en lidt mindre i renteudbetaling. Det lægges i den forbindelse til grund, at den højere erstatning generelt ikke helt vil opveje de mindre renter fra en erstatning.

Regionerne vil dog gøre opmærksom på, at ved vurdering af om der er økonomisk ulempe for patienterne efter lovforslagets nye beregningsmodel, er det nødvendigt også at se på betydningen af de skattemæssige konsekvenser ved forslaget. Udbetaling af renter er skattepligtig for modtager, mens alle erstatningsbeløb (på nær erstatning for tabt arbejdsfortjeneste) er skattefri. Det er

derfor en skattemæssig fordel for patienten at få en større erstatningsudbetaling. Se i øvrigt nærmere forklaring under tekniske bemærkninger.

Det fremgår af lovforslaget, at der er en frist på fem uger, inden der påløber renter på erstatningssummen. Denne frist skal sammenholdes med fristen for at anke afgørelser fra patienterstatningen, som er på fire uger. Fristen på fem uger i forhold til forrentningstidspunktet er i lovforslaget sat for at sikre, at tidspunktet for forrentning og udbetalings- og ankefristen ikke kommer til at være sammenfaldende. En eventuel anke af erstatningssagen vil således få opsættende virkning for udbetaling af renter. Efter regionernes opfattelse vil man dog alligevel ikke med en fem ugers frist kunne undgå at regionerne skal betale renter ved erstatningsudbetaling, men med lovforslaget sikres der imidlertid en langt kortere forrentningsperiode end efter de hidtidige regler. Se i øvrigt nærmere forklaring under tekniske bemærkninger.

Økonomiske konsekvenser

Danske Regioner forventer, at der vil være økonomiske konsekvenser som følge af lovændringen. Lovforslaget i sit hele ønskes derfor medtaget på Lov- og Cirkulæreprogrammet med henblik på forhandling af lovforslagets konsekvenser for regionernes økonomi, jfr. Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag:
Tekniske bemærkninger til Regulering og forrentning af patienterstatninger (lovforslagets § 2)

§ 2

Den aktuelle retstilstand på området efter den seneste domstolspraksis medfører, at patienterstatningsmyndighederne typisk fastsætter flere forskellige forrentningstidspunkter i en afgørelse og ofte også flere forskellige forrentningstidspunkter for delbeløb i hver enkelt erstatningspost. Det indebærer, at det er administrativt tungt og tidskrævende for de erstatningspligtige at beregne og udbetale renter i erstatningssagerne. Samtidig er rentebeløbene og de erstatningspligtiges opgørelse heraf blevet uigennemskuelig for modtager af erstatningen.

Med de nugældende regler vil eksempelvis en erstatning for tabt arbejdsfortjeneste som følge af en sygdomsperiode af to års varighed startende i 2020, der opgøres af Patienterstatningen i 2022, betyde, at de erstatningspligtige ofte skal beregne og udbetale 24 forskellige rentebeløb, da hver måneds indtægtstab kan have sit eget forrentningstidspunkt. Det tager i sagens natur 24 gange så lang tid som beregning af en enkelt renteperiode.

Lovændringen vil betyde, at de erstatningspligtige i dette eksempel fremadrettet skal beregne én enkelt renteperiode, hvis erstatningsbeløbet ikke er udbetalt inden for fem uger fra afgørelsestidspunktet. Udkastet til lovforslaget indeholder en værdisikring af erstatningsbeløbene i form af regulering med 2,0 pct. + tilpasningsprocenten og et objektive forrentningstidspunkt, der er klart og gennemskueligt. Det lægges i den forbindelse til grund, at den noget højere erstatning generelt ikke helt vil opveje de færre renter af erstatningen.

Hertil bemærker regionerne, at den økonomiske ulempe for modtager af erstatning ved regulering af erstatningsbeløbene fremfor forrentning med aktuelt 7,55 pct. vil være mindre end forskellen mellem procentsatsen ved henholdsvis regulering og forrentning. Det skyldes, at renterne i alle tilfælde er skattepligtige for modtager, mens alle erstatningsbeløb på nær erstatning for tabt arbejdsfortjeneste er skattefrie. I visse erstatningssager vil regulering af erstatningsbeløb og forrentning fra fem uger efter afgørelsestidspunktet frem for tidlig forrentning være en økonomisk fordel for patienten. Det vil være tilfældet i de situationer, hvor konsekvensen af lovforslaget i den konkrete sag er, at forrentningstidspunktet kun fremrykkes lidt men dog hen over et årsskifte, så der sker regulering af erstatningsbeløbene.

Af lovforslaget fremgår det, at fristen på fem uger er sat for at sikre, at tidspunktet for forrentning og udbetalings- og ankefristen ikke er sammenfaldende, da det såfremt datoerne var sammenfaldende i praksis ikke ville være muligt for de udbetalende myndigheder at undgå at skulle betale renter. Det lægges til grund, at myndighederne med lovforslaget vil få mulighed for at

vente med at udbetale erstatning og godtgørelse til det vides, om de klageberettigede vil klage over afgørelsen, uden at beløbet forrentes.

Det bemærkes, at dette ikke sikres ved fastsættelse af en frist på fem uger. De udbetalende myndigheder har ikke mulighed for at registrere, om en sag er anket og kunne reagere på dette indenfor ankefristen, som er i perioden fra første måned fra afgørelsesdatoen til udløbet af fem-ugers fristen. Efter nuværende praksis udbetales en tilkendt erstatning indenfor ti hverdage efter ankefristens udløb (1 måned fra afgørelsesdatoen).¹

Regionen vil dermed ikke kunne undgå at skulle forrente erstatningsbeløbene, som det er forudsat i udkastet, da forrentningen starter to hverdage efter ankefristens udløb (fem uger fra afgørelsesdatoen).

Med lovforslaget sikres der imidlertid en langt kortere forrentningsperiode end efter de hidtidige regler.

§ 3

Det fremgår af udkast til lovforslagets § 3, at loven træder i kraft den 1. juli 2022. Det anbefales, at ikrafttrædelsesbestemmelsen utvetydigt regulerer retsstilling for alle sager, både nye, verserende og genoptagelsessager, så tvivlstilfælde undgås. Det vil fx være tilfældet, hvis ændringen gælder for alle afgørelser, patienterstatningsmyndighederne træffer fra den 1. juli 2022 og frem.

¹ Eksempel: patienterstatningsafgørelse dateret 11. januar 2021 forrentes fra 5 uger, dvs. den 15. februar 2021. Ankefristen udløber 11. februar 2021, erstatningen/godtgørelsen udbetales først i en periode på op til 10 hverdage herefter, dvs. den 25. februar 2021.

Bilag Titel:	Danske Regioners hørings svar over lovforslag om ændring af barselsloven
Dagsordens titel	Hørings svar - Forslag til ændring af barselsloven, øremærket orlov og ændret fordeling af barselsdagpenge
Dagsordenspunkt nr	16
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Beskæftigelsesministeriet

DANSKE
REGIONER



31-12-20212

EMN-2021-01567

J.nr. 2021-10705, lovforslag om ændring af barselsloven

Beskæftigelsesministeriet har den 9. december 2021 sendt lovforslag om ændring af barselsloven i høring med frist for svar den 5. januar 2022.

Forslaget omhandler indførelse af øremærket forældreorlov, lighedeling af retten til barselsdagpenge og ret til overdragelse af barselsdagpenge til sociale forældre og nærtstående familiemedlemmer m.v.

Forslaget implementerer den del af orlovsdirektivet fra 2019, der omhandler øremærkning af 9 ugers orlov med ydelse til hver forælder. Forslaget udmønter også den del af den politiske aftale af 26. oktober 2021 om større fleksibilitet for LGBT+ familier og soloforældres adgang til at dele orlov med et nærtstående familiemedlem.

For at understøtte en mere ligelig fordeling af orloven mellem forældrene foreslås det, at orlov fremover fordeles således, at forældre som udgangspunkt hver får ret til 24 uger med ret til barselsdagpenge efter barnets fødsel eller modtagelse.

Udgangspunktet vil således være en lighedeling af orlovsugerne med ret til barselsdagpenge mellem forældrene. Der indføres en ret til 9 ugers øremærket orlov med barselsdagpenge til hver forælder, som er lønmodtager, hvilket gennemfører EU's orlovsdirektivs bestemmelser herom. Med den eksisterende øremærkning af 2 ugers dagpenge til hver forælder vil det samlet set medføre 11 ugers øremærkning af barselsdagpenge til hver forælder, og yderligere 13 uger, som kan overføres mellem forældrene.

Med lovforslaget indføres der endvidere en ret for forældre til at overdrage deres overførbare orlovsuger og barselsdagpengerettigheder til sociale forældre først og fremmest i lgbt+ familier. Det betyder, at de personer, der er tiltænkt en forældre-lignende relation til barnet, får mulighed for at tage del i orloven med barnet.

Med lovforslaget indføres der også en ret for soloforældre til at overdrage orlov med barselsdagpenge til et nærtstående familiemedlem, sådan at forælderen kan blive aflastet i den første tid, hvor forælderen ellers ville være alene med barnet.

Danske Regioner er positivt indstillet overfor, at der sigtes efter en ligestilling af ret til orlovsuger med dagpenge mellem forældrene.

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

Danske Regioner anerkender også, at der med lovforslaget skabes bedre rettigheder for soloforældre og for LGBT+ familier og dermed, at barselslovgivningen i videre omfang afspejler de faktiske forhold.

Udbetaling Danmark skal administrere bestemmelserne om den udvidede gruppe med fraværsret. Det er væsentligt, at det sikres, at Udbetaling Danmark kan træffe afgørelse så betids, at arbejdsgiver ikke selv skal vurdere fakta forud for orlovsstart, men kan vurdere den varslede orlov forud for orlovens start på baggrund af Udbetaling Danmarks afgørelse.

Det er ligeledes væsentligt, arbejdsgiver orienteres om afgørelsen forud for orlovens start som dokumentation for den relevante ansættelsesretlige administration.

Danske Regioner har tidligere peget på, at den situation, hvor forældre til for tidligt fødte børn vælger, at barnet er indlagt i hjemmet i stedet for hospitalsindlæggelse, tidligt hjemmeophold, THO ordning, er stillet ringere end forældre, der vælger at forblive indlagt på hospital. Det skyldes, at fraværsretten alene forlænges ved egentlig hospitalsindlæggelse. Danske Regioner finder derfor, at tidligt hjemmeophold, THO, bør sidestilles med hospitalsindlæggelse. Det vil medføre, at ret til fravær, jf. barselslovens § 14, forlænges eller udsættes med den periode, hvor det præmature barn er omfattet af THO-ordningen. Tilsvarende skal ikke gælde anden behandling i hjemmet end THO behandling.

Høringssvaret skal behandles af Danske Regioners bestyrelse den 10. februar 2022, der tages derfor forbehold for evt. yderligere bemærkninger som følge heraf.

Med venlig hilsen



Stephanie Lose



Ulla Astman

Bilag Titel:	Hørings svar - Udkast til nationale operationelle programmer, Danske Regioner
Dagsordens titel	Generelle orienteringer
Dagsordenspunkt nr	17
Bilag nr	1
Antal bilag:	2

Erhvervsstyrelsen
de@erst.dk

DANSKE
REGIONER



17-12-2021
EMN-2019-00404
1499257

Hørings svar - Udkast til nationale operationelle programmer for EU's Regionalfond og Socialfond Plus samt partnerskabsaftale 2021-2027 [Danske Regioner]

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive bemærkninger til Socialfundsprogrammet, Regionalfundsprogrammet og Partnerskabsaftalen.

Det er positivt, at regionerne har fået retten til at indstille 20 procent af midlerne fra Den Europæiske Socialfond Plus i programperioden 2021-2027. Dermed styrkes regionernes arbejde med udviklingen af ungdomsuddannelserne, herunder erhvervsskolerne og det øvrige uddannelsesområde.

Socialfundsprogrammet

EU's Socialfond Plus-program 2021-2027 vurderes generelt at understøtte meget relevante uddannelses- og kompetencemæssige udfordringer. I forhold til den regionale indsats under prioritet 2 – Kompetencer til fremtiden og uddannelse til alle – vurderes programmet også at understøtte regionale, strategiske målsætninger, som de er beskrevet i regionernes regionale udviklingsstrategier. Danske Regioner bakker derfor op om programmet.

Socialfundsprogrammets prioritet 1 inkluderer også en indsats over for unge uden ungdomsuddannelse, og det anbefales at "forbedre de grundlæggende kvalifikationer hos alle uddannelsessøgende...". Hvis det skal lykkes at tilvejebringe mere kvalificeret arbejdskraft til arbejdsmarkedet, er det nødvendigt at få den gruppe af unge med, som ikke selv kan komme i gang med en ungdomsuddannelse. Danske Regioner håber derfor, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse vil åbne calls, som retter sig specifikt mod indsatsen for gruppen af unge 16 - 24-årige, som står uden job eller uddannelse, og som mangler støtte

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

til at komme i gang med en uddannelse, fx en FGU. Indsatsen kan ikke alene dækkes i den regionale prioritet 2.2.2, idet regionerne fx ikke kan medfinansiere projekter i kommunerne, som har ansvaret for målgruppen. Regionerne vurderer derfor ikke, at et DEB-call vil medføre overlappende indsatser (jf partnerskabsaftalens afsnit om koordinering mellem den nationale og regionale del af ESF+).

Regionalfondsprogrammet

Regionerne ser positivt på, at udvikling af styrkepositionen for velfærdsteknologi er gjort til en prioritet i programmet. Dog er det afsatte beløb meget begrænset – ca. 40 mio. kr. over en 7-årig periode – som også kun giver mulighed for en meget lille virksomhedsdeltagelse, når man ser på outputindikatorerne. Det er således en meget lille indsats, der lægges op til i programmet, set i lyset af at velfærdsteknologi er en styrkeposition. Der er velfærdsteknologiske virksomheder i alle dele af landet, og alle regioner har en interesse i området, da der er et generelt behov for nye velfærdsteknologiske løsninger i sundhedsvæsenet. På den baggrund vil derfor også være uheldigt, såfremt de afsatte midler primært er tiltænkt at skulle understøtte det udpegede, lokale erhvervsfyrtårn for life science. Det bør meget bredere ud i hele landet. Regionerne finder, at det bør være en ambition, at Erhvervsstyrelsen får indsatsen ud at virke i hele Danmark via Danish Life Science Cluster.

Danske Regioner mener desuden, at regioner og sygehuse bør skrives eksplicit ind som væsentlige aktører i innovationssamarbejder på sundheds- og velfærdsteknologiområdet. Regionsrådene og sygehusene er drivende og afgørende for positive nye innovationssamarbejder og klynger, og det bør fremgå af programteksten.

Partnerskabsaftalen

I forhold til Partnerskabsaftalen bemærker Danske Regioner, at overordnet set hviler partnerskabsaftalen meget på direkte og indirekte henvisninger til små og mellemstore virksomheder; områder som regionerne ikke længere har kompetencer indenfor. Størstedelen af Partnerskabsaftalen har vi derfor ikke bemærkninger til.

Alle fonde under partnerskabsaftalen – men ikke mindst Regionalfonden, Fonden for Retfærdig Omstilling, og Hav-, Fiskeri- og Akvakulturprogrammerne - har tydelige prioriteringer inden for cirkulær økonomi, udvikling, markedsmodning af grønne teknologier mm. Der er derfor risiko for, at de samme initiativer kan støttes af flere programmer eller værre; at vigtige initiativer falder mellem programmerne og derfor ikke kan fremmes.

I forhold til Fonden for Retfærdig Omstilling skal der for hver af de udpegede NUTS 3-regioner udarbejdes en territorial omstillingsplan. Fra regional side vil vi gerne tilbyde at samle et netværk/partnerskab for at bistå Erhvervsstyrelsen

med selve programmeringen og udformningen af de territoriale planer og til den efterfølgende gennemførelse. Regionerne har en passende størrelse, når der skal arbejdes på tværs af flere kommuner og organisationer, og har et gedigent netværk på området gennem [DK2020](#)-partnerskabet med kommunerne. Samtidig har regionerne mange års erfaring i en (upartisk) koordinerende rolle, både i forhold til Interreg-samarbejdet og frem til 2019 i de regionale vækstfora. Regionerne har også varetaget en tilsvarende betydelig koordinerende rolle i forhold til indsatsen under EU's Fond for Tilpasning til Globaliseringen.

Regionerne beklager, at programmerne er blevet udarbejdet meget sent, hvilket bl.a. forsinker regionernes arbejde med den regionale prioritet i forhold til den videre proces, ansøgningsrunder og i forhold til n+3-forpligtelser.

Danske Regioner vil endvidere henstille til, at der bliver proportionalitet mellem de relativt begrænsede midler, som regionsrådene får indstillingsret til, og omfanget af de administrative byrder, som indstillingsretten medfører. Vi ser derfor frem til en fortsat konstruktiv dialog med Erhvervsstyrelsen om, hvordan administrationen kan tilrettelægges på en så enkel måde som mulig.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag - Tekniske bemærkninger

Socialfondsprogrammet

S. 4: Beskrivelsen af det overordnede formål indbefatter ikke helt den regionale prioritet. Det kunne klares ved f.eks. at tilføje: Styrke den regionale uddannelsesindsats og dermed ruste de unge til fremtidens udfordringer.

S. 10: Der er en fejl i figur 10. Den viser ikke erhvervsfrekvensen, som den ellers angiver at gøre.

S. 29: Afsnit 2.1.1.2, Tabel 3. Resultatindikator. Det vil være en udfordring at anvende *Antal deltagere, der er i uddannelse umiddelbart efter deltagelsen*, når *umiddelbart efter* forstås som max 4 uger. Fx hvis det drejer sig om en indsats målrettet elever i grundskolen, som skal få eleverne til at starte på en ungdomsuddannelse. Her vil indsatsen ideelt set skulle gennemføres, inden eleverne skal

tilmelde sig en ungdomsuddannelse, hvilket de skal gøre senest 1. marts, for at kunne begynde på en ungdomsuddannelse efter sommerferien. Dvs. der går mindst 4 mdr. fra det tidspunkt, hvor en aktivitet kan påvirke elevens valg, til det tidspunkt, hvor eleven faktisk begynder på en ungdomsuddannelse.

S. 29: I forhold til resultatindikatoren *Antal deltagere der opnår formelle kvalifikationer umiddelbart efter deltagelse* er det vigtigt at beskrive i indikatorvejledningen, hvad der menes, herunder er det vigtigt, at man ved formelle kvalifikationer ikke udelukker AMU-kurser og kun medregner f.eks. en afsluttet erhvervsuddannelse, for eksempelvis giver et truckcertifikat eller et svejsecertifikat i høj grad formelle kvalifikationer.

S. 54, sidste afsnit: Det bør nævnes, at internationalt samarbejde – ud over erhvervsfremmestrategien og EU's østersøstrategien - også skal ske i overensstemmelse med de regionale udviklingsstrategier.

S. 66/67: Målgruppe 2 (hjemløse, som bliver udskrevet til gaden) er ikke neutralt beskrevet, idet der henvises til, at de bliver udskrevet fra regionale behandlingstilbud til gaden, men der står ikke, at hjemløse og deres boligbehov er kommunernes ansvar. Det foreslås, at målgruppe 2 beskrives som: *Hjemløse, der udskrives fra et behandlingstilbud, uden at have et sted at bo.*

S. 91: Pkt. 6. Partnerskaber. Forslag til tekstændring, hvor afsnit to og tre bytter plads, så teksten kommer til at lyde:

"I Region Hovedstaden nedsatte man en rådgivende styregruppe, og der er afholdt møder med kommuner og andre relevante aktører samt en stribe rundbordssamtaler vedr. behovet for faglærte. Der indkom 63 høringssvar fra kommuner, erhvervs-, arbejdstager- og løn-motagerorganisationer, uddannelsesinstitutionerne m.fl. Inddragelsen fortsætter gennem Fremtidens Kompetenceråd, hvor repræsentanter fra uddannelses- og beskæftigelsesområdet skal drøfte udfordringer og løsninger på uddannelsesområdet i regionen."

I forlængelse heraf foreslås det at indsætte følgende tekst vedrørende Bornholms Regionskommune:

"Region Hovedstaden og Bornholms Regionskommune er i dialog om, hvordan der kan sikres et godt og smidigt samarbejde omkring den administrative opgave i forbindelse med indstillingen af Socialfondsmidlerne."

Regionalfondsprogrammet

Det er positivt, at Regionalfondsprogrammet er formuleret mere fleksibelt sammenlignet med den forrige periode. F.eks. er der i innovationsprojekter kun krav om én deltagende virksomhed, ligesom der ikke er noget specifikt krav til, hvem virksomheden skal samarbejde med.

Det er også positivt, at der er stærkt fokus på grøn omstilling og cirkulær økonomi. Det passer godt til den omstilling, det danske samfund står overfor, og

som regionerne gerne vil bidrage til i form af konkrete initiativer, herunder at skaffe befolkning bedre adgang til naturen.

S. 16: Teksten bør udbygges med regionerne som eksempel på relevante aktører og i forhold til offentlig-private samarbejder omkring cirkulære løsninger.

S. 65: Prioritet 5 Udvikling af styrkeposition for velfærdsteknologi

Det er positivt, at programmet åbner mulighed for, at regionalfondsmidlerne ikke blot kan bruges til aktiviteter i form af innovationssamarbejder, matchmaking mv., men også til test- og demonstrationsfaciliteter samt indkøb af maskiner og udstyr. Det er noget, som virksomhederne har efterspurgt i flere år. Men den form for udstyr er ofte kostbart, så det understreger, at det afsatte beløb er særdeles begrænset.

En forudsætning for den brede samarbejdslogik og succesfulde innovations-samarbejder, som programmet lægger op til, er et positivt og inkluderende bidrag fra sygehusenes relevante afdelinger. Det er her, mange ideer udspringer fra, det er her, ekspertisen er, og det er i sygehusene, at afprøvningen og en lang række tests foregår. Med regionernes helt afgørende rolle som ansvarlig for sygehusene in mente vil det være oplagt, at Erhvervsstyrelsen eksplicit nævner regionerne og sygehusene som væsentlige aktører i innovationsprojekter og ikke reducerede sygehusene, som har udviklet sig til væsentlige videncentre, til "offentlige aktører".

Regionerne har allerede en række relevante hjemmel på sundhedsområdet - blandt andet Sundhedsloven §194, hvorefter regionsrådene skal sikre udviklings- og forskningsarbejde herunder sundhedsinnovation, således ydelser efter denne lov kan varetages på et højt fagligt niveau. Disse hjemmel kunne med fordel sættes i spil i udmøntningen af prioriteten.

Det fremgår af motiverne/bemærkningerne til §194, at bestemmelsen lovfæster regionsrådenes forpligtigelse til forskning, hvor forskningsopgaven indgår som et naturligt led i det almindelige driftsansvar for sundhedsvæsenets opgaver. Sygehusene, herunder især universitetssygehusene, udfører forskning på højt internationalt niveau, udvikler behandlingsformer og bidrager til udvikling af ny medicin og nye behandlingsformer. Sygehusene indgår i den forbindelse i tæt samarbejde med blandt andet universiteter og forskningsinstitutioner, andre sygehuse — herunder udenlandske samt med den medicotekniske industri og lægemiddelvirksomheder.

Sundhedslovens §194 giver videre regionerne hjemmel til sundhedsinnovations-samarbejder på sundhedsområdet, herunder i et offentligt-privat samarbejde jfr. Sundhedslovens §78, stk. 3. Efter Sundhedslovens §194 kan regionsrådet deltage i og medfinansiere aktiviteter til fremme af offentlig-privat samarbejde, der understøtter regionernes opgaver på sundhedsområdet, forudsat

at aktiviteterne vedrører sundhedsinnovation, herunder bruger- og medarbejderdrevet sundhedsinnovation, videndeling og videnopbygning. Bestemmelsen omfatter også anvendelsen af ny teknologi i sundhedssektoren, herunder automatisering og digitalisering, samt at regionerne kan indgå i klyngesamarbejder på life science området.

Regionerne kan således inden for rammerne af Sundhedslovens §194 og §78 stk. 3 indgå i samarbejde om forskningssamarbejder i form af grundforskningsprojekter og klinisk forskning, udvikling af ny teknologi, life science med videre. Det fortolkes normalt sådan, at det afgørende er, at disse samarbejder er knyttet til løsning af problemstillinger på sundhedsområdet.

Partnerskabsaftalen

S. 15/16: Der beskrives en meget tæt kobling mellem regionernes del af programmet og unge uden uddannelse med særlige udfordringer, herunder mænd med ikke vestlig baggrund. Unge uden uddannelse med særlige udfordringer er dog kun en mindre del af fokus i den regionale prioritet.

S. 20: En lidt skævt vinklet prioritering, der henviser til, at den regionale indsats handler om de krav, som følger af den teknologiske udvikling. Indsatser under programmet kan rettere ses som en mulighed for at udnytte de muligheder, som nye teknologier medfører.

S. 20: En fin beskrivelse af de tre oplagte koordineringsmuligheder mellem DEB og regionerne.

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Danske Regioners
høringssvar om udkast til
NKA for igangsættelse af
fødsler.pdf

Dokument Titel: Danske Regioners
høringssvar om udkast til
NKA for igangsættelse af
fødsler

Dokument ID: 1521644



Sundhedsstyrelsen

31-01-2022

EMN-2020-00980

1517749

Danske Regioners hørings svar om udkast til National klinisk anbefaling for igangsættelse af fødsler

Sammen med Jordemoderforeningen og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) opfordrede Danske Regioner i januar 2020 Sundhedsstyrelsen til at udarbejde en klinisk retningslinje for igangsættelse af fødsler, idet den eksisterende litteratur på området bliver tolket forskelligt. Sundhedsstyrelsen har herefter udarbejdet et udkast til en national klinisk anbefaling, som blev sendt i høring den 2. december 2021.

Danske Regioner svarer på vegne af alle regioner.

Generelle bemærkninger

Danske Regioner har en række bemærkninger og opmærksomhedspunkter til anbefalingen. De handler først og fremmest om det evidensgrundlag, som anbefalingen hviler på, og om de udfordringer, som anbefalingen i sin foreliggende form vil medføre på fødeområdet i en situation med betydeligt pres på kapaciteten og rekrutteringsudfordringer.

Sundhedsstyrelsen forventer, at anbefalingen om igangsættelse i uge 41+0 vil resultere i ca. 5.500 ekstra igangsættelser om året, og at dette vil kunne reducere antallet af intrauterine dødsfald med 0,6 dødsfald per 1.000 igangsættelser sammenlignet med nuværende praksis (igangsættelse i uge 41+3-5). Det svarer til, at anbefalingen – ud fra de forudsætninger, der er indbygget i evidensgrundlaget – vil forebygge ca. 7 dødsfald om året i Danmark.

Anbefalingen er kategoriseret som en såkaldt "svag anbefaling". Det bør tages grundigt i betragtning, når man ser på det meget store antal ekstra igangsættelser, som anbefalingen vil medføre på et område, som i forvejen er stærkt presset på kapaciteten. Området er kendetegnet ved stor travlhed, særligt på

grund af stigningen i antallet af fødsler og kontakter i de enkelte forløb. Samtidig oplever flere fødeafdelinger udfordringer med at rekruttere personale. Det bør også tages i betragtning, at igangsættelser af i øvrigt raske gravide er et omfattende indgreb og i sig selv indebærer mulige risici.

Det vil også være en udfordring i klinikken at skulle arbejde på grundlag af en svag anbefaling om "at overveje igangsættelse". Der vil her være meget begrænset beslutningsstøtte at hente for personalet.

Hvis terminologien "overvej" fastholdes i en endelig version af anbefalingen, er det afgørende, at der samtidig udvikles et beslutningsstøtteværktøj, som kan bruges af de jordemødre og læger, der er i dialog med de gravide og parrene om deres valg om igangsættelsestidspunkt, og som også kan understøtte ensartet praksis på tværs af landet.

Valg af National Klinisk Anbefaling frem for National Klinisk Retningslinje

Spørgsmålet er, om det kunne have bidraget til en klarere faglig konsensus, hvis Sundhedsstyrelsen havde valgt at arbejde i formatet National klinisk retningslinje (NKR) fremfor National klinisk anbefaling (NKA). En NKR ville have været mere ressourcekrævende, men kunne have indeholdt flere relevante praksis-anbefalinger indenfor eksempelvis monitorering, valg af induktionsmetode og overvågning under igangsættelse alt efter metodevalg. Det fremhæves fx i anbefalingen, at der er variationer indenfor monitoreringspraksis på tværs af fødeafdelingerne. National faglig konsensus indenfor ovennævnte områder og en opfølgende monitorering af sådanne anbefalinger ville potentielt kunne løfte diagnostik- og behandlingskvaliteten og synliggøre behov for forskning.

Evidensgrundlaget

Danske Regioner kan være bekymret for, om anbefalingen er baseret på et sufficient evidensgrundlag. Anbefalingen bygger på studier, der har metodemæssige problemer, flere studier af ældre dato (nogle mere end 10 år gamle) samt studier fra lande med populationer, der ikke direkte kan sammenlignes med danske gravide kvinder. I flere af studierne er der endvidere usikkerhed omkring omfanget af inkluderede risikograviditeter, og resultaterne kan derfor ikke problemfrit bruges som grundlag for at gribe ind i lavrisikograviditeter.

Det undrer desuden Danske Regioner, at Sundhedsstyrelsen i formuleringen af de to PICO-spørgsmål har valgt at sammenligne igangsættelse i uge 41+0 med afventende forløb. I Danmark er der aktuelt praksis for at igangsætte fødslen hos gravide kvinder med ukompliceret graviditet i uge 41+3-5. Styrelsen sammenligner derved med en praksis, som ikke svarer til den nuværende.

Flere af de inkluderede studier afspejler desuden ikke dansk praksis. Der er fx inkluderet studier med afventen indtil uge 44+0, hvor monitoreringspraksis ikke

er lig den danske. Ligeledes er der inkluderet studier uden øvre grænse for afventen. Kun tre studier sammenligner igangsættelse 41+0 med igangsættelse 42+0: et tyrkisk, et hollandsk og et svensk studie. Sidstnævnte er SWEPIS-studiet, som Sundhedsstyrelsen og arbejdsgruppen vurderer, har metodemæssige problemer. Styrelsen har derfor foretaget en metaanalyse uden SWEPIS-studiet. Men de førnævnte studier, som ikke er overførbare til dansk praksis, er fortsat inkluderet. Hvis Styrelsen udelukkende havde lavet en metaanalyse med de to nutidige, overførbare studier ville odds-ratio vise en manglende evidens for en effekt på intrauterine dødsfald.

Arbejdsgruppen har fremlagt danske tal for intrauterin død efter uge 41+0 i perioden 2012-2018. Der er imidlertid ikke redegjort for, hvorvidt disse dødsfald er forekommet indenfor anbefalingens målgruppe. Derfor er det uklart, om overvægten af intrauterine dødsfald reelt forekommer blandt raske gravide eller i stedet blandt gravide med komplicerende faktorer. Det fremgår heller ikke, om nogle af de nævnte tilfælde af intrauterin død er forekommet under en igangsættelse. En analyse af de intrauterine dødsfald kan potentielt belyse, om det er muligt at målrette tilbuddet til specifikke grupper af gravide i uge 41+0 fremfor til samtlige raske gravide.

Bivirkninger

Igangsættelser er ikke uden bivirkninger, hvilket bør fremgå tydeligere af anbefalingen. Bivirkninger er fx ikke nævnt under punktet "Centrale budskaber".

Der står i anbefalingen, at "igangsættelse sandsynligvis øger risikoen for infektioner og muligvis forekomsten af hyperstimulation". Hyperstimulation er imidlertid anført som en almindelig bivirkning ved indtagelse af Angusta (misoprostol), som er under skærpet indberetningspligt grundet mistanke om underrapportering af bivirkninger. Både hyperstimulation og infektion er alvorlige bivirkninger, der vil blive påført mange flere raske kvinder, heriblandt flere kvinder, som risikerer at befinde sig i eget hjem med hyperstimulation uden mulighed for hurtig intervention.

Post partum blødning (blødning over 500 ml efter vaginal fødsel) samt grønt fostervand er ligeledes fremhævet som meget almindelige bivirkninger til Angusta (over 10 procent). Det er ikke afspejlet i anbefalingen. I DSOG's anbefaling for post partum blødning er igangsættelse dog nævnt som en risikofaktor. Inden en evt. implementering af anbefalingen bør denne uoverensstemmelse afklares, og de gravide kvinder bør informeres tilsvarende.

Der står desuden i anbefalingen, at der i nogen grad ses en øget forekomst af epidural bedøvelse ved igangsættelse i uge 41+0, og at det kan skyldes, at kvinderne har flere smerter, eller at de oftere bliver spurgt, om de vil have en epidural bedøvelse. Styrelsen skriver i forlængelse heraf: "Det er derfor svært at

konkludere, om et øget brug af epidural bedøvelse nødvendigvis er dårligt". Det er ubestrideligt, at epidural bedøvelse har en betragtelig bivirkningsprofil og gennemgang af disse risici bør derfor også fremgå af anbefalingen og indgå i dialogen med den gravide kvinde vedrørende fordele og ulemper.

I anbefalingen står også, at 75 procent af de gravide kvinder uden tidligere kejsersnit og efter uge 37 har født 48 timer efter den første tablet Misoprostol. Det er ikke uvæsentligt at 25 procent har et forløb over 48 timer, hvilket bør præsenteres for de gravide kvinder.

Data for kejsersnit som følge af mislykket igangsættelse hos lavrisikogravide bør også tilføjes. Det er ikke tilstrækkeligt at skrive "i nogle få tilfælde". I praksis ser fødeafdelingerne en meget højere kejsersnitsfrekvens blandt kvinder, hvor fødslen er sat i gang, sammenlignet med kvinder, hvor fødslen starter spontant.

Det kan undre, at ingen af de inkluderede studier belyser fødslens varighed, og at omfanget af ambulante besøg slet ikke er nævnt. Ligeledes undrer det, at Sundhedsstyrelsen eller arbejdsgruppen ikke benytter data fra danske fødesteder. Til en sammenligning er arbejdsgruppens kliniske erfaring og fornemmelser beskrevet i afsnittet om patientpræferencer.

Det er i øvrigt positivt, at de gravide kvinders perspektiv er belyst ved en række kvalitative studier, og at der i anbefalingen bliver lagt vægt på, at beslutningen om igangsættelse skal foretages på et informeret grundlag.

Danske Regioner påpeger herudover betydningen af, at anbefalingen ikke inkluderer gravide kvinder med tidligere kejsersnit. Denne gruppe er væsentlig, både i forhold til antal og risici. Der er fx større risiko for akut kejsersnit og uterusruptur hos kvinder med tidligere kejsersnit. Disse kvinder kan blive sat i et dilemma, da de formodentlig vil være utrygge ved gå længere i deres graviditet end andre kvinder, samtidig med at de skal forholde sig til risikoen for intrauterin fosterdød i forhold til risikoen for akut kejsersnit og uterusruptur. Det kan komme til at betyde, at flere kvinder med tidligere kejsersnit kommer til at ønske et planlagt kejsersnit, fordi den anden beslutning er for kompleks.

Organisatoriske forhold

Sundhedsstyrelsen forventer, at anbefalingen vil medføre en stigning på 5.500 igangsættelser til i alt 11.500 igangsættelser om året blandt raske gravide kvinder. Dette antal er dog baseret på en række antagelser, bl.a. at 20 procent af de gravide vil takke nej til tilbuddet. Ifølge indmeldinger fra regionerne peger klinisk erfaring imidlertid på, at flere end 80 procent af de gravide vil tage imod tilbuddet, hvis det er anbefalingen. Den reelle stigning i antallet af igangsættelser vil derfor være større end antaget.

En mere end fordobling i antallet af igangsættelser vil medføre en meget mærkbar stigning i arbejdsmængden på fødeafdelingerne, som vil kræve en væsentlig omlægning af afdelingernes organisering og arbejdstilrettelæggelse.

Igangsatte fødsler er planlagte aktiviteter ind i et akut speciale, hvor aktiviteten ikke kommer jævnt, men med store udsving og spidsbelastninger hen over alle ugens dage. Derfor er det nødvendigt både at se på organisering og kapacitet til de øgede ambulante og planlagte aktiviteter i forhold til kontrol, information og overvågning inden igangsættelse samt på det akutte beredskab i føde- og svangreafsnittene, hvor der vil komme flere og længere fødselsforløb.

Mange fødeafdelinger er i dag udfordret af en stigning i antallet af fødsler og kontakter, samtidig med at de ikke kan rekruttere personale. Igangsættelser bliver allerede udskudt – også uden for lavrisikogruppen, ligesom fødende bliver omvisiteret grundet plads- og ressourcemangel. Regionerne vurderer, at anbefalingen potentielt kan medføre flere udsættelser, idet fødeafdelingerne i den daglige prioritering er nødt til at håndtere spontant indsættende fødsler forud for igangsættelser. Anbefalingen må desuden forventes at medføre, at færre gravide får mulighed for føde hjemme eller på en fødeklínik.

Flere regioner har desuden rejst en bekymring om, at en implementering af anbefalingen kan risikere at øge udfordringerne med fastholdelse og rekruttering af jordemødre, da den vil øge arbejdsbelastningen, og fordi der ikke er faglig enighed om anbefalingens indhold.

Etiske overvejelser

En eventuel implementering af anbefalingen vil få stor betydning for danske kvinders mulighed for at gennemføre en spontan fødsel, med de sundhedsfremmende effekter en sådan fødsel kan give. Hertil vil anbefalingen medføre behandling af en stor gruppe gravide, som ikke er i risiko. Begge dele kan synes i modstrid med Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen" (2021), hvori der står: "Svangreomsorgen for gravide og fødende bør forebygge sygeliggørelse og overbehandling og bør fremme den spontane, normale fødsel". I den sammenhæng kunne man også spørge, om andre indsatser i svangreomsorgen, der fx har til formål at nedbringe den sociale ulighed i sundhed, kunne have den samme eller større effekt på dødeligheden, jf. Sundhedsstyrelsens "Social ulighed i sundhed" (2020).

Med anbefalingen vil der formentligt vil være kvinder, der unødigt påbegynder deres fødsel præget af bekymring for barnets helbred. Dette er et etisk dilemma, da næsten alle disse kvinder vil føde et sundt og raskt barn, uanset hvilken behandling kvinden vælger.

Desuden kan personalet blive sat i en vanskelig situation i tilfælde, hvor de har anbefalet igangsættelse med udgangspunkt i argumentet om ”øget risiko for fosterdød”, for at de dernæst er nødsaget til at udskyde igangsættelsen grundet personale- og/eller pladsmangel.

Økonomiske konsekvenser

Danske Regioner forventer, at en eventuel implementering af anbefalingen vil få væsentlige økonomiske konsekvenser, som bl.a. vedrører:

- Behovet for individuelle samtaler forud igangsættelser
- Flere ambulante undersøgelser og henvendelser fra gravide i igangsættelsesforløb
- Øget tidsforbrug til lægefaglig vurdering af komplikationer
- Øget jordemodertidsforbrug ved indlæggelse i den latente fase
- Øget én-til-én jordemodertidsforbrug i selve fødselsforløbet (blandt førstegangsfødende er en igangsat fødsel ca. 6-10 timer længere end en spontan vaginal fødsel)
- Opnormering af andre personalegrupper, fx anæstesipersonale, SOSU-medhjælpere og sekretærer
- Flere medicinudgifter
- Flere epiduralblokader (sammenlignet med spontane fødsler)
- Flere CTG-undersøgelser og ultralydsscanninger
- Uddannelse af flere sonografer (allerede i mangel i dag)
- Flere kvadratmeter til ambulatorier og senge

Med tanke på det nuværende pres på kapaciteten og de eksisterende rekrutteringsudfordringer på fødeområdet, vil Danske Regioner opfordre til, at der bliver foretaget en samlet vurdering af de driftsmæssige og økonomiske konsekvenser, inden der tages endelig stilling til anbefalingen.

Desuden bør Sundhedsstyrelsen inden en eventuel implementering af anbefalingen udvikle et beslutningsstøtteværktøj til personalet på fødeområdet.

Det er vigtigt at understrege, at behovet for tilførsel af økonomi til implementering af anbefalingen ligger ud over de på finansloven afsatte midler til svangersomsorgen over de næste år og tilsvarende ud over de midler, der er afsat i økonomiaftalen for 2022 mellem regeringen og Danske Regioner. Danske Regioner imødeser en forhandling med staten herom.

Monitorering og forskning

Da antallet af igangsættelser vil stige betragteligt til omkring 11.500 igangsættelser om året, og grundet den ”svage anbefaling”, bakker Danske Regioner op om, at der – som foreslået i høringsudkastet – bliver monitoreret på proces- og effektindikatorer.

Det vil bl.a. være relevant at monitorere:

- Antal gravide, der takker nej til tilbud om igangsættelse 41+0
- Indlæggelsestid for igangsatte versus spontane fødselsforløb
- Indgrebsfrekvens ved igangsatte versus spontane fødselsforløb
- Blødningsmængde over 1000 ml efter igangsatte versus spontane fødselsforløb
- Indlæggelsesfrekvens samt indlæggelsestid efter fødsel
- Hyperstimulation efter igangsat fødselsforløb
- Neonatal morbiditet og mortalitet
- De fødendes oplevelse af igangsættelsesforløb

Danske Regioner foreslår, at det tydeliggøres i afsnittene om monitorering og opdatering, at Sundhedsstyrelsen er parat til at ændre anbefalingen, hvis det viser sig, at der tilkommer uønskede afledte effekter.

Herudover vil Danske Regioner foreslå, at anbefalingen også påpeger behovet for, at videre forskning på området bl.a. ser på forskellige risikogrupper i forhold til risiko for overbehandling.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen

Bilag: Tekstnære bemærkninger

Sidetal	Bemærkning
1	I sætningen "Tidspunkt for igangsættelse efter fastsat terminsdato for gravide med ukomplicerede fødselsforløb" bør "ukomplicerede fødselsforløb" ændres til ukomplicerede graviditetsforløb".
4 + 10	"... Denne risiko kan reduceres betragteligt ved igangsættelse...". Der stilles spørgsmålstegn ved om evidensen bag anbefalingen kan bære denne formulering. Der er tale om promiller for den enkelte. Ordet "betragteligt" angiver meget mere end det. Det anbefales desuden, at styrelsen konsekvent anvender absolute tal, jf. styrelsens egen definition af "absolut effekt" i høringsudkastet (s. 42).
4 + 10	Sætningen "Gravide som ikke ønsker igangsættelse monitoreres med løbende tilbud om igangsættelse" foreslås mere neutralt formuleret, fx "Gravide, som ønsker at afvente spontant forløb, tilbydes løbende kontrolbesøg og informeres om muligheden for tilvalg af igangsættelse ved ønske herom".
4 + 10	Sætningen "Monitorering kan ikke forebygge alle tilfælde af intrauterin fosterdød" indikerer, at igangsættelse kan forebygge alle tilfælde af intrauterin fosterdød efter uge 41+0. Det bør understøttes af solid evidens eller formuleres anderledes.
4 + 10	Det bør endvidere præciseres i selve anbefalingen, at <i>både</i> kvinden, som ønsker at afvente spontant forløb kan tilbydes igangsættelse, såfremt hun ombestemmer sig, og omvendt, at kvinden som initialt ønsker igangsættelse, kan ændre mening og tilbydes kontrolbesøg, såfremt hun ombestemmer sig.
4+10	Sundhedsstyrelsen opfordres til at udarbejde patientinformation på baggrund af anbefalingen. Og det er her vigtigt at have for øje, at opfattelsen af risiko er individuel.
4	"Det anbefales, at der ved konsultation hos jordemoder i slutningen af graviditeten (senest i uge 39+) indgår en samtale om de tilbud, den gravide/parret vil blive præsenteret for ved graviditet ud over terminsdato." (Afsnit 3, side 4 under REMARK sidste linje) Her foreslås, at det tilføjes "gerne ved brug af informationsmateriale, der lægger sig op at den information, der kommer til at være i beslutningsstøtteværktøjet".
8	I formålet står der, at anbefalingen skal medvirke til prioritering i sundhedsvæsenet. Dette er ikke tilfældet, jf. bemærkninger om prioritering i høringsvaret.

8	I afgrænsningen mangler medicinsk eller graviditetsbetinget sygdom.
10	Sætningen "De gravide, som ikke ønsker igangsættelse, bør monitoreres" foreslås ændret til fx "Gravide som ønsker at afvente spontant forløb tilbydes løbende kontroller". Ligeledes foreslås sætningen "... men kan være en mulighed for gravide, der hellere vil afvente spontan fødsel end igangsættelse..." ændret til fx "... men bør være et tilbud til gravide, som ønsker at afvente spontant forløb."
10	Det anføres, at arbejdsgruppen ikke har haft til formål at lave en anbefaling om fostermonitorering efter GA 41+0. Det kan undre, eftersom netop fostermonitoreringen er helt centralt for de kvinder, som vælger at afvente spontane veer. Det vil facilitere den lokale implementering og sikre et ensartet nationalt tilbud, hvis der var en klart formuleret strategi for fosterovervågning i denne nationale retningslinje.
10	I samtalen om igangsættelsesforløb kan kvinden tilbydes hinde-løsning inden igangsættelse (pp.med).
10	I dette afsnit beskrives jordemoderbesøg i uge 41+0 med CTG og vaginaleksploration, hvorefter kvinden kan tilbydes ambulat igangsættelse med Misoprostol. Der er en bekymring omkring at igangsætte uden forudgående ultralydsscanning. Interventionen har til formål at reducere antallet af intrauterine dødsfald, som i forvejen er lavt. Således må en potentiel risiko for fosterasfyksi ved igangsættelse reduceres mest muligt. Derfor synes det hensigtsmæssigt at udføre ultralydsscanning allerede i gestationsalder 41+0 forud for eventuel igangsættelse.
11 (boks)	Boksen er svært at aflæse i forhold til gavnlige og skadelige virkninger vs. ikke fundet forskel. For det er vel en fordel, at der ikke findes en øget forekomst af operativ forløsning hvis ppmed. Amning er inkluderet. Det samme bør også gælde postpartum blødning og diverse operative forløsninger, apgar mv. Ammeetablering, postpartum blødning, diverse operative forløsninger mv. kunne med fordel stå i særskilte afsnit. Hertil kunne risikoen for præeklampsi fremgå i et særskilt afsnit. Flere af de inkluderede studier viser en mindre signifikant reduktion i risikoen for præeklampsi ved tidligere fødsel.
11 (boks)	Sætningen "Igangsættelse uge 41+0 reducerer antallet af intrauterine dødsfald med 0,60 dødsfald pr 1000 igangsættelser sammenlignet med nuværende praksis (igangsættelse 41+3-5)" er ikke i overensstemmelse med udsagnet på s. 13 i afsnittet "Andre overvejelser". Her fremgår det, at det ikke har været muligt at

	<p>belyse praksis for igangsættelse 41+3-5 hverken med tidligere eller senere igangsættelse. Sætningen s. 11 skal tilrettes i overensstemmelse hermed.</p> <p>Det fremgår desuden af høringsudkastet, at monitoreringspraksis rundt om i landet indtil nu har varieret. Det kan derfor ikke udelukkes, at nogle dødsfald er sket på grund af insufficient overvågning af de gravide.</p>
11	Afsnittet "Information om igangsættelse" bør indeholde et separat afsnit om evt. risici ved pmed, herunder at der ikke findes øget risiko for operativ forløsning, blødning etc.
12 (boks)	I boksen "Kvaliteten af evidensen" står følgende: "Tiltroen til de kritiske outcome intrauterin død og perinatal død er høj". På baggrund af argumenterne fremført i høringsvaret (afsnittet "Evidensgrundlag") bør tiltroen vurderes lav.
12 (boks)	I boksen "Patientpræferencer" synes det første afsnit ikke helt at afspejle konklusionen i underafsnittet "Kvalitativ evidens"
13	I afsnittet "Rationale" bør det tilføjes i 4. afsnit: "Øger ikke risikoen for blødning efter fødsel eller instrumentel fødsel/fødsel ved akut kejsersnit, men øger sandsynligvis..."
13	Fokuseret Spørgsmål: For populationen i PICO forudsættes at gestationsalder bestemmes ved tidlig ultralydsscanning. Der er inkluderet flere studier i analysen, hvor denne forudsætning ikke er opfyldt. I studierne af Henry (1969) og James (2001) fastsættes terminen ved sidste menstruation (SM). I studiet af Hannah (1992) fastsættes terminen enten ved SM (13% af deltagerne) eller ultralydsscanning op til 26 uger (87% af deltagerne), også i studiet af Martin (1989) fastsættes termin ved SM eller ultralydsscanning op til 26 uger.
14	"Der kan forebygges 0,60 intrauterin dødsfald pr 1000 igangsættelser ved uge 41+0". Dette udsagn som går igen gennem hele anbefalingen, bør korrigeres således, at tallet udelukkende omfatter raske, lavrisikogravide fra uge 41+0.
14	Intrauterin forsterdød (IUFD), 1. afsnit: "I Danmark...": Dette bør stå i et eget afsnit så man kan se betydningen i en dansk kontekst. Herved kan man reelt se konsekvenser, både ift. IUFD og antal pmed'er. Og det bør stå efter den generelle gennemgang.
15	Ruptur, 2. afsnit: Metanalysen af observationelle studier fandt ikke en øget risiko for ruptur, det skal der stå først og ikke sidst i afsnittet og ikke at "fandt en samlet risiko for..." så OR herefter. Resultater for vigtige outcomes bør listes i forhold til vigtighed og i føtale og maternelle, således at bl.a. kejsersnit og instrumentel forløsning står højere end risiko for infektion, epidural ol.

16	Intrauterin væksthæmning (IUGR): Vi forudsætter sunde og raske gravide, med normalvægtige fostre i dette tilbud. Sætningen bedes derfor omformuleret, idet varigheden af en pmed ikke medfører IUGR i sig selv og pmed.
18	Systematisk gennemgang af kvalitative evidens: Syntetiserede fund 1, 1. sætning: Det er første konklusion, hvorfor det også bør stå som den første konklusion i det overordnede afsnit på s. 13 under "Rationale".
30	Løbende monitorering i regi af RKKP er et godt forslag.
34	Outcomes: Operativ forløsning og sectio er meget vigtige parametre og vigtigere end de ovenstående "vigtige", hvorfor de bør nævnes tidligere.
40	Referencegruppe: Helle Høys fulde navn er Helle Høy Simonsen Hansen. Ann Vilhelmsen har desuden skiftet navn til Ann Højer Hoffmann.
41	De tre eksterne peer reviewers fagprofession bør nævnes i stil med medlemmerne af referencegruppen.