



07-12-2017

MDR-2017-00158

Maren Munk-Madsen

Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

Åben

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den
14. december 2017 kl. 10.30

Deltagere: Bent Hansen, Stephanie Lose, Jens Stenbæk, Sophie Hæstorp
Andersen, Ulla Astman, Leila Lindén, Poul-Erik Svendsen,
Susanne Lundvald, Charlotte Fischer, Per Larsen, Lise Müller,
Henrik Thorup, Lone Langballe, Anne V. Kristensen, Jess V.
Laursen, Martin Geertsen

Afbud: Susanne Langer

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	5
2 (Fortrolig)	5
3 (Fortrolig)	5
4 (Fortrolig)	5
5 (Fortrolig)	5
6 (Fortrolig)	5
7 (Offentlig) Formandens meddelelser	6
8 (Offentlig) Åbent referat af møde den 12. oktober 2017 i Danske Regioners bestyrelse	7
9 (Offentlig) 2. behandling af Danske Regioners budget 2018	8
10 (Offentlig) Høringssvar vedrørende kapacitetsloft på gymnasier	15
11 (Offentlig) Høringssvar vedrørende love om kliniske forsøg samt videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter	18
12 (Offentlig) Procedure for politianmeldelse	20
13 (Offentlig) Resultater fra valgkampagne	22
14 (Offentlig) Status for antal af speciallægestillinger	25
15 (Offentlig) Status på kræftområdet	30
16 (Offentlig) Status for 'Sundhed for livet - forebyggelse er en nødvendig investering'	33
17 (Offentlig) Behandling af udenlandske patienter i Danmark	37
18 (Offentlig) Tolke	42
19 (Offentlig) Rigsrevisionens beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner	44
20 (Offentlig) Rigsrevisionens beretning om beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata i tre regioner	47
21 (Offentlig) Generelle orienteringer	50
22 (Offentlig) Næste møde	56
23 (Offentlig) Eventuelt	57

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Fortrolig)

7 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

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

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

8 (Offentlig) Åbent referat af møde den 12. oktober 2017 i Danske Regioners bestyrelse

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen godkender referatet.*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Åbent referat af møde den 12. oktober 2017 i Danske Regioners
bestyrelse... (1094346 - EMN-2017-01847)

9 (Offentlig) 2. behandling af Danske Regioners budget 2018

Maren Munk-Madsen

Resumé

Budgetforslag 2018 er udarbejdet i 2018 pris- og lønniveau.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,7 procent svarende til 0,4 kroner pr. indbygger og fastsættes til 23,5 kroner pr. indbygger for 2018. Budgetforslag 2018 indeholder en rammereduktion på 1,3 millioner kroner, hvilket reducerer det nominelle driftsresultat til 34,7 millioner kroner.

Indstilling

Formandskabet indstiller,

at budgettet for 2018 fastsættes med et driftsunderskud på 34,7 millioner kroner, og

at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,7 procent og indstilles til godkendelse på generalforsamlingen til 23,5 kroner pr. indbygger for 2018.

Sagsfremstilling

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

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
2. Budgetforslag 2018, herunder
 - Forventet regnskab 2017
 - Budgetforudsætninger
 - Budget 2018
 - Kontingent 2018
 - Projektbevillinger

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

En fortsættelse af den nuværende finansieringsstruktur med en delvis finansiering via træk på formuen kan fortsættes frem til og med 2028. Udgangspunktet for dette er det forventede regnskab for 2017 og forslaget til budget for 2018, samt en mekanisk fremskrivning af disse forudsætninger.

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

2. Budgetforslag 2018

Forventet regnskab 2017

Det forventede driftsresultat for 2017 (eksklusiv Medicinrådet) viser en resultatforbedring på knap 18 millioner kroner (Tabel 1). Kapitalposterne forventes at følge budgettet, mens kampagnen "Vi bygger for livet" øger trækket på rammebevillingen til Godt Sygehusbyggeri. Årets resultat forventes dermed at ende med et underskud på godt 14 millioner kroner svarende til en resultatforbedring på 16,4 millioner kroner i forhold til budgettet.

Forbedringen af årets resultat skyldes dels vakancer og deraf følgende lavere løn- og personaleomkostninger, dels lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser og øvrig drift. Hertil kommer lavere udgifter som følge af refusion af lønsumsafgift og moms for tidligere år på 1,8 million kroner.

De lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser skyldes primært uforbrugte midler på de afsatte puljer. På øvrig drift skyldes det forventede mindreforbrug en kombination af vakancer og et målrettet fokus på omkostningsreduktion.

Tabel 1: Forventet regnskab 2017 (eksklusiv Medicinrådet).

Forventet regnskab 2017	Budget 2017	Forventet regnskab	Forskel B-FvR
Kontingent	-129.300.000	-132.700.000	3.400.000
Øvrige kontingenter	-18.900.000	-18.900.000	0
Øvrige indtægter	-18.300.000	-18.200.000	-100.000
Indtægter i alt:	-166.500.000	-169.800.000	3.300.000
Løn	112.600.000	108.900.000	3.700.000
Øvrige personaleudgifter	19.800.000	18.200.000	1.600.000
Personaleudgifter i alt:	132.400.000	127.100.000	5.300.000
Drift af huse	6.500.000	6.200.000	300.000
Fremmede tjenesteydelser	21.900.000	17.200.000	4.700.000
Mødeaktiviteter	9.600.000	9.400.000	200.000
Øvrig drift	28.700.000	24.900.000	3.800.000
Tilskud	3.400.000	3.100.000	300.000
Udgifter i alt:	70.100.000	60.800.000	9.300.000
Driftsresultat:	36.000.000	18.100.000	17.900.000
Kapitalindtægter	-7.700.000	-7.700.000	0
Kapitaludgifter	1.000.000	1.000.000	0
Kapitalposter i alt:	-6.700.000	-6.700.000	0
Resultat:	29.300.000	11.400.000	17.900.000
Projektbevillinger*	1.300.000	2.800.000	-1.500.000

Resultat inkl. ekstraordinære poster:	30.600.000	14.200.000	16.400.000
--	-------------------	-------------------	-------------------

*) Udgifter til kampagnen "Vi bygger for livet" på 1,5 mio. kr. i 2017 finansieres af uforbrugte midler fra tidligere år på rammebevilling Godt Sygehusbyggeri jf. bestyrelsens beslutning på mødet den 15. december 2016.

Budgetforudsætninger

Budgetforslaget for 2018 er udarbejdet som et rammebudget i forventet 2018 pris- og lønniveau (budgettet er opregnet med en pris- og lønregulering på 1,7 procent).

Budgetforslaget indbefatter bidrag og udgifter til Medicinrådet, Regionernes Fælles Indkøb, Regionernes SundhedsIT, Videntcenter for Miljø og Ressourcer, samt Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams (kvalitetsenheden).

Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteamet er etableret i regi af Danske Regioner som et fællesregionalt sekretariat i forbindelse med opstart og idriftsættelse af det nationale kvalitetsprogram. Der er afsat 0,8 millioner kroner om året fra og med 2016 til at finansiere det fælles sekretariat. Der er i Økonomiaftalen for 2016 afsat i alt 45 millioner kroner over årene 2015-19 til etablering af lærings- og kvalitetsteams i regionerne.

Budget 2018

Økonomiaftalen for 2018 indbefatter et omprioreringsbidrag på 1 procent af administration på sundhedsområdet i regionerne. På den baggrund er der i forslag til budget 2018 indlagt en rammereduktion på 1,3 millioner kroner på Danske Regioners basisbudget svarende til 1 procent af grundkontingentet i 2018. Budgetforslag 2018 reducerer dermed underskuddet på det nominelle driftsresultat til 34,7 millioner kroner.

Danske Regioner vil som følge af de nye krav, som følger af den nye databeskyttelsesforordning, der træder i kraft maj 2018, skulle skærpe sit fokus på it-sikkerhed, herunder beskyttelse mod misbrug, hacking og virusangreb. Sekretariatet har ikke de nødvendige ressourcer til at gennemføre analyse og implementering af de nødvendige foranstaltninger, som følge af den nye forordning, og har derfor behov for at inddrage eksterne konsulenter til at bistå implementering af it-sikkerhed i overensstemmelse med forordningen og ISO 27000-standarden samt en opgradering af Danske Regioners it-systemer, så de lever op til krav om bl.a. logning og afskærmning af data. Der lægges i forslag til Budget 2018 op til en rammebevilling på 5 millioner kroner inkl. moms. i 2018-2019 til implementerings- og opfølgingsudgifter, herunder eksterne leverandører m.v. En nærmere redegørelse for arbejdets omfang er under udarbejdelse og vil blive forelagt bestyrelsen inden årsskiftet.

Tabel 2 nedenfor viser det samlede budget for Danske Regioner (inkl. Medicinrådet og øvrige tilknyttede enheder) for 2017 og forslag til Budget 2018 (alt i 2018 P/L).

Tabel 2: Budget 2017 og Budgetforslag 2018 i 2018 P/L inkl. Medicinrådet.

Budgettal i 2018 P/L:	Budget 2017	Budget 2018
Kontingent	-131.500.000	-131.500.000
Øvrige kontingenter	-62.900.000	-62.300.000
Øvrige indtægter	-18.600.000	-17.600.000
Indtægter i alt:	-213.000.000	-211.400.000
Løn	143.200.000	142.000.000
Øvrige personaleudgifter	22.600.000	25.100.000
Personaleudgifter i alt:	165.800.000	167.100.000
Drift af Regionernes Hus m.m.	10.500.000	9.300.000
Fremmede tjenesteydelser	25.400.000	24.200.000
Mødeaktiviteter	11.300.000	11.800.000
Øvrig drift	33.100.000	31.900.000
Tilskud	3.500.000	3.100.000
Rammerreduktion	-	-1.300.000
Udgifter i alt:	83.800.000	79.000.000
Driftsresultat:	36.600.000	34.700.000
Kapitalindtægter	-7.800.000	-7.700.000
Kapitaludgifter	1.000.000	800.000
Kapitalposter i alt:	-6.800.000	-6.900.000
Resultat:	29.800.000	27.800.000
Projektbevillinger	1.300.000	5.500.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	31.100.000	33.300.000

Tabel 3 viser budgetforslaget for Danske Regioners sekretariat.

Tabel 3: Danske Regioners basisbudget 2018

Budgettal i 2018 P/L:	Budget 2017	Budget 2018
Kontingent	-131.500.000	-131.500.000
Øvrige indtægter	-18.600.000	-20.800.000
Indtægter i alt:	-150.100.000	-152.300.000
Løn	104.400.000	103.700.000
Øvrige personaleudgifter	18.900.000	19.800.000
Personaleudgifter i alt:	123.300.000	123.500.000
Drift af Regionernes Hus	6.600.000	6.600.000
Fremmede tjenesteydelser	17.700.000	16.800.000
Mødeaktiviteter	8.100.000	8.900.000
Øvrig drift	27.400.000	29.400.000
Tilskud	3.500.000	3.100.000
Rammerreduktion	0	-1.300.000
Udgifter i alt:	63.300.000	63.500.000
Driftsresultat:	36.500.000	34.700.000
Kapitalindtægter	-7.800.000	-7.700.000
Kapitaludgifter	1.000.000	800.000
Kapitalposter i alt:	-6.800.000	-6.900.000
Resultat:	29.700.000	27.800.000
Projektbevillinger	1.300.000	5.500.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	31.000.000	33.300.000

Note: Udgifterne på Kommunikation er fordelt under kontogrupperne Fremmede tjenesteydelser og Øvrig drift.

I tabel 4 nedenfor vises Medicinrådets budget for 2018. Og i tabel 5 vises de samlede budgetter for de øvrige enheder i Danske Regioner med særskilt kontingentfinansiering; Regionernes SundhedsIT, Regionernes Fælles Indkøb, Videncenter for Miljø og Ressourcer samt Kvalitetsenheden.

Tabel 4: Medicinrådets budget for 2018

Budgettal i 2018 P/L:	Budget 2017	Budget 2018
Øvrige kontingenter	-43.600.000	-43.600.000
Indtægter i alt:	-43.600.000	-43.600.000
Løn	28.700.000	28.000.000
Øvrige personaleudgifter	2.500.000	4.100.000
Personaleudgifter i alt:	31.200.000	32.100.000
Husleje m.m.	3.900.000	2.700.000
Fremmede tjenesteydelser	3.500.000	2.800.000
Mødeaktiviteter	1.500.000	1.300.000
Øvrig drift	3.500.000	4.700.000
Udgifter i alt:	12.400.000	11.500.000
Driftsresultat:	0	0

Tabel 5: RSI, RFI, VMR og kvalitet budget 2018

Budgettal i 2018 P/L:	Budget 2017	Budget 2018
Øvrige kontingenter	-19.200.000	-18.700.000
Indtægter i alt:	-19.200.000	-18.700.000
Løn	10.100.000	10.300.000
Øvrige personaleudgifter	1.200.000	1.200.000
Personaleudgifter i alt:	11.300.000	11.500.000
Øvrige udgifter:	7.900.000	7.200.000
Driftsresultat:	0	0

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

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

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

	B16	B17	B18
Regionernes Sundheds IT (RSI)	4,3	4,3	4,3
Reg. Videntcenter f. Miljø og Res.	6,0	6,0	6,0
Regionernes Fællesindkøb (RFI)	0,0	4,0	4,0

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

Kontingent 2018

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen. Kontingentet foreslås pris- og løntalsreguleret på baggrund af den udmeldte sats for den generelle regionale PL (eksklusiv sygehusmedicin). For 2018 vil det pris- og løntalsregulerede kontingent udgøre 23,5 kroner pr. indbygger, svarende til en stigning på 0,4 kroner pr. indbygger i forhold til 2017.

Projektbevillinger

Bestyrelsen bevilgede den 12. oktober 2017 en rammebevilling på 5 millioner kroner inkl. moms i 2018-2019 til implementerings- og opfølgingsudgifter i forhold til den nye databeskyttelsesforordning med et forventet afløb i 2018 på 4 millioner kr. (jf. afsnit ovenfor).

På bestyrelsesmødet den 12. oktober 2017 blev Godt sygehusbyggeri forlænget for perioden 2018-2020 med en årlig ramme på 1 million kroner samt en bevilling på 0,5 millioner kroner til kampagnen "Vi bygger for livet" i 2018.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter (1081588 - EMN-2017-03586)
2. Danske Regioners sekretariat (1098675 - EMN-2017-03586)

10 (Offentlig) Høringssvar vedrørende kapacitetsloft på gymnasier

Kasper Munk Rasmussen

Resumé

Undervisningsministeriet har den 11. oktober 2017 sendt et lovforslag i høring, der ændrer på mulighederne for at kunne sætte loft over gymnasiernes kapacitet.

Lovforslaget opfylder nogle af de ønsker og forslag, som indgår i Danske Regioners udspil om Fremtidens ungdomsuddannelser. Det gælder fx forlængelse af den periode, et loft over gymnasiernes kapacitet kan gælde.

På grund af en kort høringsfrist er høringssvaret fremsendt af formandskabet den 24. oktober 2017.

Lovforslaget blev fremsat i Folketinget den 30. november 2017.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager høringssvar vedrørende kapacitetsloft på gymnasier til efterretning.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har længe arbejdet for bedre muligheder for at kunne tilpasse kapaciteten på gymnasierne til det reelle behov. Det aktuelle lovforslag er et stort skridt i denne retning.

Det fremsatte lovforslag er i tråd med Danske Regioners analyse, der viser, at der generelt bliver behov for en mindre kapacitet på gymnasierne i de kommende år på grund af den demografiske udvikling med færre unge. Dertil kommer, at adgangskravet til gymnasiet fra skoleåret 2019/20 hæves til et gennemsnit på 5 fra grundskolen.

Det betyder, at der er behov for at kunne styre kapaciteten på gymnasierne mere stramt. I dag er det stort set op til gymnasierne selv at fastsætte deres kapacitet i regi af de forpligtende samarbejder. På trods af, at der fra 2016 til 2017 var 2.000 færre unge, der forlod grundskolen, viser en opgørelse, at gymnasierne fra 2016 til 2017 har opjusteret STX-kapaciteten med 400 elever og hf-kapaciteten med 950 elever.

Hovedpointerne i forslaget og Danske Regioners bemærkninger hertil:

1. Det foreslås at fjerne reglen om, at et kapacitetsloft højest kan vare i to år. Fremover vil det løbende kunne forlænges med op til tre år ad gangen. Det er en afgørende ændring, som kan være relevant i nogle regioner allerede i det kommende skoleår 2018/19.
2. Med forslaget vil regionsrådet fremover kunne fastsætte kapaciteten til et lavere niveau end den nuværende. I dag er det ikke tydeligt, hvorvidt det alene er muligt at fastlåse den nuværende kapacitet. Det er vigtigt, da den demografiske udvikling og skærpede karakterkrav fra 2019/20 betyder, at der generelt bliver behov for en mindre kapacitet mange steder i landet.
3. Med lovforslaget bliver det muligt at sætte et kapacitetsloft ud fra det fremtidige forventede kapacitetsbehov og ikke bare det nuværende behov som i dag. Det er hensigtsmæssigt, idet kapacitet ideelt set skal ses ud fra et langsigtet perspektiv med gode muligheder for indfasning.
4. Med lovforslaget understreges det yderligere, at formålet er at sikre den geografiske uddannelsesdækning. Dette vurderer Danske Regioner som meget positivt.

Endeligt foreslås det, at undervisningsministeren i særlige tilfælde – og efter det konkrete antal ansøgere er kendt - kan fastsætte et kapacitetsloft på egen hånd uden indstilling fra regionsrådet og høring af berørte institutioner.

Med lovforslaget vil det også fremover primært være regionsrådet, der er ansvarlig for en hensigtsmæssig udnyttelse af kapaciteten samt for at sikre den geografiske uddannelsesdækning. Det vil være op til de enkelte regionsråd at anvende de nye muligheder, der ligger i loven.

Hovedpointer i Danske Regioners høringssvar:

- Muligheden for at fastsætte kapacitetsloftet i perioder ud over de nuværende to år, og muligheden for at sætte kapaciteten til et lavere niveau end den nuværende, er afgørende for at sikre den fremtidige geografiske uddannelsesdækning og hensigtsmæssig udnyttelse af kapaciteten i en tid med et generelt lavere behov for kapacitet på gymnasieområdet.
- Regionerne finder på baggrund af 10 års erfaring med fordelingsopgaven, at det vil være uhensigtsmæssigt, hvis ministeren får mulighed for at fastsætte kapacitetsloft, efter søgetallene til de enkelte institutioner er kendt. Det vil være en ulempe at indføre et kapacitetsloft så sent i processen, blandt andet som følge af hensynet til institutionernes planlægning, elevernes mulighed for at søge på et oplyst grundlag og selve fordelingsprocessen. Forslaget bør derfor udgå. I stedet kan der med fordel foretages en ændring af Optagelsesbekendtgørelsen, hvorefter

fordelingsudvalgene får ansvar for at håndtere disse situationer, såfremt de måtte opstå.

- Regionerne vil anbefale, at en mere smidig proces for fastsættelse af kapacitetsloft indarbejdes i lovforslaget, så eleverne og institutioner kender til loftet så tidligt som muligt, og gerne inden eleverne skal søge ungdomsuddannelserne (1. marts). Konkret foreslås det, at det som udgangspunkt er regionsrådet, der inden 1. februar beslutter kapacitetsloft på baggrund af analyser af demografisk udvikling, infrastruktur mv. Såfremt de berørte institutioner accepterer dette, vil loftet herfra være gældende. De berørte institutioner bør have mulighed for at anke beslutningen til ministeriet, der skal afgive et endeligt svar inden den 15. marts.
- Regionerne anbefaler, at det kommende anlægsloft/ investeringsrammer administreres på en måde, så det ikke går imod andre styringsredskaber som kapacitetsloftet, eksempelvis ved at institutioner pålagt kapacitetsloft får mulighed for at udbygge deres kapacitet.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Regional Udvikling og EU tog orientering om høringssvaret til efterretning uden bemærkninger på et møde den 26. oktober 2017.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. 24.10 Høringssvar kapacitetsloft (1101609 - EMN-2017-04332)

11 (Offentlig) Høringssvar vedrørende love om kliniske forsøg samt videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter

Maren Munk-Madsen

Resumé

Sundheds- og Ældreministeriet har den 10. november 2017 fremsendt lovforslag om ændring af lov om kliniske forsøg med lægemidler og lov om videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter i høring.

Formålet med lovforslagene er at styrke rammerne for kliniske forsøg med lægemidler og anden sundhedsvidenskabelig forskning. Forslagene skal bidrage til regeringens målsætning om at fremme den sundhedsvidenskabelige forskning til gavn for vækst i life science industrien samt bidrage til at forbedre kvaliteten af kliniske forsøg og forsøgspersoners sikkerhed.

Lovforslagenes hovedpunkter omhandler henholdsvis habilitet og indsamling af data fra afdøde personer til akutforskning. I begge love foreslås således indført skærpede krav om uvildighed (habilitetskrav) med henblik på at sikre uvildig sagsbehandling af forskningsprojekter. Der foreslås desuden nærmere regler om brug af data fra afdøde personer, som har været inkluderet i et konkret forsøg eller forskningsprojekt i akutte situationer. Generelt hilser Danske Regioner øget synlighed omkring habilitet velkomment. Det er desuden Danske Regioners vurdering, at ændringerne af regler om brug af data fra afdøde personer vil fremme kvaliteten i akutforskningen.

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen godkender høringssvaret.*

Sagsfremstilling

Lovforslagets hovedpunkter

Habilitetskrav

I begge love foreslås indført specifikke habilitetskrav som et supplement til de almindelige regler om inhabilitet i forvaltningsloven. Der er tale om skærpede krav om uvildighed med henblik på at sikre en uvildig sagsbehandling, sådan at forskningsprojekter kan iværksættes og gennemføres uden påvirkning af uvedkommende industriinteresser eller anden usaglig påvirkning. Generelt

hilser Danske Regioner initiativer til at øge synlighed omkring habilitet velkomment. Det bemærkes dog, at det er nødvendigt med en præcisering af, hvornår der er tale om forhold, der falder under definitionen af "*andre interesser indenfor sundhedsvidenskabelig forskning, som kan påvirke (...) upartiskhed*".

Brug af data fra døde personer

I begge love foreslås desuden nærmere regler om brug af data fra afdøde personer, som har været inkluderet i et konkret forsøg eller forskningsprojekt i akutte situationer. Det foreslås, at der gives adgang til behandling af forsøgspersoners oplysninger indsamlet fra et forsøg i en akut situation, selvom der ikke efterfølgende kan indhentes samtykke på grund af forsøgspersoners dødsfald efter forsøget. Dette skal medvirke til, at forskningsresultaterne bliver så retvisende som muligt og korrekt belyser effekten af den undersøgte behandling. Det vil være en forudsætning, at oplysningerne er nødvendige for den videre gennemførelse og vurdering af forsøget. Det er Danske Regioners vurdering, at ændringerne vil fremme kvaliteten i akutforskningen.

Danske Regioner har udarbejdet høringsvar med bidrag fra regionerne.

Link til høringsportalen: <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/61265>

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

12 (Offentlig) Procedure for politianmeldelse

Maren Munk-Madsen

Resumé

Bestyrelsesmedlem Charlotte Fischer har med udgangspunkt i Region Midtjyllands vejledning om håndtering af vanskelige sager bedt om at få drøftet behovet for fællesregionale retningslinjer for, hvornår der sker politianmeldelse af medarbejdere mistænkt for overtrædelse af straffeloven.

Det anbefales, at de enkelte regioner sikrer sig, at regionen har den tilstrækkelige procedure for den interne håndtering i regionen af sager om politianmeldelse, både i forhold til selve politianmeldelsen og i forhold til eventuelle personalemæssige sanktioner.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen opfordrer de enkelte regioner til at sikre sig, at regionen har den tilstrækkelige procedure for den interne håndtering i regionen af sager om politianmeldelse.

Sagsfremstilling

På baggrund af konkrete sager om overgreb på patienter udført af regionale medarbejdere, har bestyrelsesmedlem Charlotte Fischer bedt om, at bestyrelsen drøfter behovet for fællesregionale retningslinjer for håndtering af sådanne sager.

Udgangspunktet er, at det er politiet, som efterforsker strafferetlige sager, og det er anklagemyndighedens ansvar at vurdere, hvorvidt efterforskningens resultater giver grundlag for at rejse tiltale.

I forbindelse med beslutning om, hvorvidt der skal ske politianmeldelse, er regionen bundet af de almindelige forvaltningsretlige principper om saglighed, proportionalitet og sagsoplysning. Politianmeldelse skal derfor kun foretages, hvis det i det konkrete tilfælde vurderes sagligt og relevant.

Generelt skal der ske politianmeldelse, når en medarbejder mistænkes for eller har erkendt i tjenesten at have overtrådt straffelovens bestemmelser om:

- Forbrydelser i offentlig tjeneste eller hverv (straffelovens kapitel 16)
- Forbrydelser mod kønssædeligheden (straffelovens kapitel 24)
- Forbrydelser mod liv og legeme (straffelovens kapitel 25) og
- Formueforbrydelser (straffelovens kapitel 28)

Det vil også kunne komme på tale at politianmelde andre overtrædelser af straffeloven i tjenesten.

Hvis der er tale om sager, der skal politianmeldes, skal dette ske, uanset om medarbejderen selv opsiges sin stilling i forbindelse med sagen.

På grund af regionernes forskellighed i organisering anbefales det, at de enkelte regioner selv sikrer sig, at regionen har tilstrækkelige procedurer for håndteringen internt i regionen af sager om politianmeldelse, både i forhold til selve politianmeldelsen og i forhold til eventuelle personalemæssige sanktioner. Regionerne kan lade sig inspirere af Region Midtjyllands vejledning om håndtering af vanskelige sager.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. vanskelige-sager---handtering-af (1102533 - EMN-2017-04653)

13 (Offentlig) Resultater fra valgkampagne

Maren Munk-Madsen

Resumé

De fem regioner har i fællesskab kørt en kampagne op til kommunal- og regionsvalget. Samtidig indgik regionerne via Danske Regioner i en fælles kampagne med KL og Økonomi- og Indenrigsministeriet.

70,8 % af de stemmeberettigede stemte til kommunal- og regionsvalget den 21. november 2017. Valgdeltagelsen til regionsvalget var 70,7 %.

På mødet gives en mundtlig orientering om resultaterne af valgkampagnen.

Indstilling

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

Sagsfremstilling

I august 2016 godkendte bestyrelsen oplæg til regionernes fælles kampagne i forbindelse med kommunal- og regionsvalget. Kampagnen blev iværksat efter fire principper, som det i høj grad lykkedes at efterleve:

- Bredest muligt samarbejde. Det lykkedes at etablere et tæt samarbejde med KL og Økonomi- og Indenrigsministeriet. Desuden har en omfattende partnerskabsstrategi medført, at så forskellige partnere som Digitaliseringsstyrelsen, Google, Facebook, Trafikselskaberne, Microsoft og McDonalds har bidraget til at sprede kampagnens budskaber.
- Flest mulige synergier. De grundlæggende budskaber og det visuelle udtryk gik igen på tværs af den fælles kampagne med KL og Økonomi- og Indenrigsministeriet samt regionernes kampagne.
- Så ressourcebesparende som muligt. Udvikling af regionernes kampagne var ressourceeffektiv, fordi forarbejdet allerede var gjort i forbindelse med den fælles kampagne. Begge kampagner har brugt websiden stem.dk og det har været muligt at genbruge materiale til presse og Facebook på tværs af de to kampagner.
- Tidlig opstart. Med en tidlig opstart har det været let for regionerne at bruge og versionere kampagnerne efter lokale ønsker og behov.

Kampagnen 'Tænk dig om, før du ikke stemmer'

Kampagnen 'Tænk dig om, før du ikke stemmer' er udviklet af Økonomi- og Indenrigsministeriet, KL og Danske Regioner, og havde til formål at styrke

synligheden af valget og vigtigheden af at stemme til kommunal- og regionsvalget den 21. november 2017.

Kampagnen, der blandt andet bygger på erfaringer fra kommunal- og regionsvalget i 2013, henvender sig til de stemmeberettigede danskere i bred forstand, og har desuden et særligt fokus på de unge i 20'erne, som har en markant lavere valgdeltagelse end resten af befolkningen.

Kampagnen blev udviklet som en open-source-kampagne, med en 'værktøjskasse' på web med kampagnemateriale, som stilles til rådighed for kommuner, regioner og kampagnens partnere. Der er desuden udviklet film og funktioner til Facebook.

Kampagnen fik ekstra synlighed de sidste uger op til valget med bannerannoncer og annoncering på Facebook, med bannere i de mails der sendes ud med offentlig post og via partnerskaber med trafikelskaber og private firmaer som McDonalds og Facebook.

2,3 mio. personer har set bannerannoncerne i gennemsnit ca. 7 gange.

Regionernes kampagne

Hvor kampagnen med Økonomi- og Indenrigsministeriet og KL havde til formål at sikre kendskab til valget og mobilisere vælgerne til at stemme, skulle regionernes kampagne også udbrede kendskabet til regionernes arbejde, altså hvilken indflydelse en stemme til regionsrådet giver.

Regionerne har i samarbejde med Danske Regioner udviklet en række fælles budskaber, som kobler de emner, som er vigtige for vælgerne med valget. Budskaberne blev holdt i hverdagsprog. De blev udviklet visuelt med enkle stregtegninger og omsat til en lille film. Desuden udviklede regionerne i fællesskab materiale til sociale medier og gennemførte en fælles presseindsats.

Regionerne valgte at annoncere i fællesskab- især for at nå de vælgere, som ikke er så interesserede i politik, at de selv opsøger information. Annonceringen er sket i TV (TV2 og TV3's kanaler), på YouTube, Spotify og på web-tv. Annoncering har samlet set "ramt" mellem 75 - 80 % af seerne over 18 år i gennemsnit seks gange.

Regionerne har i fællesskab udviklet et koncept for valgmøder og afholdt mere end 70 møder på erhvervsuddannelser over hele landet.

Regionernes kampagne er også blevet brugt i den enkelte region, fx i form af materiale til husstandsdeling, aktiviteter på Facebook, reklamer på og i busser og tog, spots i radio og biograf - og bannere på hospitaler.

Valgforskning

Københavns Universitet gennemfører også ved dette valg forskning på, hvem der stemmer og effekten af konkrete indsatser, fx SMS med påmindelse om at

stemme, indsats over for unge i Helsingør og indsatser over for vælgere, der ikke har dansk statsborgerskab. KU offentliggør resultatet af forskningen i juni 2018.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

14 (Offentlig) Status for antal af speciallægestillinger

Maren Munk-Madsen

Resumé

Bestyrelsen besluttede på mødet den 15. december 2016 at opfordre regionerne til at følge 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.

Første status blev givet på bestyrelsesmøde den 24. august 2017.

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning*

Sagsfremstilling

På baggrund af bestyrelsens beslutning den 15. december 2016 om at opfordre regionerne til at sætte fokus på ansættelser af speciallæger har alle 5 regioner efterfølgende tilkendegivet, at de vil følge bestyrelsens anbefaling. Det betyder konkret, at regionerne lokalt har implementeret følgende:

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.

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 således 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". Det betyder, at der i særlige tilfælde kan

dispenseres fra de fem år, for eksempel hvis vedkommende skal have personaleansvar eller er inden for et helt særligt nicheforskningsområde.

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", og den enkelte region fastsætter et "loft" for antallet af speciallægestillinger ved de enkelte hospitaler. "Lofte" fastlægges i forhold til det forventede antal speciallægestillinger (årsværk), der har været grundlaget for udarbejdelse af budget 2017.

Også her gælder "følg eller forklar princippet". Der vil således kun undtagelsesvis kunne gives dispensation til at øge antallet af årsværk for speciallæger på de berørte hospitaler.

Bestyrelsen besluttede på mødet den 15. december 2016, at Danske Regioner skal understøtte implementeringen af tiltagene ved (blandt andet) 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.

Sidste gang der blev aflagt status var på bestyrelsesmødet den 24. august 2017. Bestyrelsen konstaterede på mødet, at det fortsat er væsentligt, at regionerne har fokus på ansættelser af speciallæger.

A. Det samlede antal speciallæger i regionerne

Herunder fremgår en samlet opgørelse af speciallæger i hele landet. Opgørelse i de enkelte regioner fremgår af bilag 1.

	December 2016	April 2017	August 2017	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	1.036	1.063	1.057	102
Overlæger	5.442	5.501	5.489	101
Afdelingslæger	1.909	1.924	1.963	103

Samlet antal speciallæger	8.388	8.489	8.509	101
------------------------------	-------	-------	-------	-----

Tal: SIRKA, KRL – i SIRKA er august måned sidste tilgængelige tal

Det kan konstateres, at det samlede antal ansatte speciallæger har været stigende i perioden december 2016 til april 2017. Med den største udvikling blandt afdelingslæger.

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

Formålet med bestyrelsens anbefaling er at ændre på forholdet mellem overlæger og afdelingslæger, så der fremtidigt ser en forholdsmæssig større andel afdelingslæger end overlæger. Der er i perioden sket en positiv udvikling.

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

I august 2017 var forholdet mellem overlæger og afdelingslæger 1:2,80. dvs., at der for hver afdelingslæge er ansat 2,80 overlæge.

Fordelingstal for de enkelte regioner fremgår af bilag 1.

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 for perioden januar 2017 til november 2017:

Region Nordjylland har givet 3 dispensationer. Alle er tiltrådt umiddelbart i forbindelse med dispensationen.

Dispensationsansøgninger behandles af regionsdirektøren.

Region Sjælland har givet 4 dispensationer. Regionen bekendt er alle tiltrådt umiddelbart i forbindelse med dispensationen.

Dispensationen gives af sygehus- eller psykiatrilæden i de enkelte koncernenheder.

Region Syddanmark har givet 14 dispensationer. Alle er tiltrådt umiddelbart i forbindelse med dispensationen. Undtaget en enkelt, der har tiltrædelse 1. januar 2018.

Dispensationsansøgninger behandles af direktionen ved den lokale sygehusenhed.

Region Midtjylland har givet 18 dispensationer. Alle er tiltrådt umiddelbart i forbindelse med dispensationen.

Dispensationsansøgninger behandles af koncerndirektionen.

Region Hovedstaden har givet 19 dispensationer. Antallet af dispensationer er opgjort i takt med ansættelsesprocessen, dvs. aktuel tiltrædelse kan ligge flere måneder frem i tiden.

Dispensationsansøgninger behandles af den enkelte sygehusdirektion.

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

Bestyrelsens anbefaling om fastlåsning af antal af speciallægestillinger vedrører udelukkende universitetshospitalerne i København, Århus og Odense. Tilbagemeldingerne herfra er:

Region Syddanmark

Region Syddanmark har oplyst, at "loftet" for antal speciallægestillinger ved OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus er baseret på det antal speciallægestillinger (afdelingslæge- og overlægestillinger), der er normeret på OUH i budget 2017 plus det antal speciallæger, der i 2016 var ansat på OUH som 1. reservelæger.

"Loftet" udgør pr. 1. januar 2017 i alt 895,4 årsværk.

Antallet af speciallæger (1. reservelæger, afdelingslæger og overlæger) på OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus var i januar 2017 til november 2017 steget med 9,5 årsværk. Fra 821,9 til 831,4 årsværk. Det vil sige 73,5 årsværk under "loftet" i januar 2017 og 64 årsværk under "loftet" i november 2017.

Region Midtjylland

Som tidligere oplyst har region Midtjylland valgt at justere baseline/"loftet", således at dette kommer til at stemme med beslutningen truffet af Danske regioners bestyrelse. Dette betyder konkret, at "loftet" er ændret fra det faktiske forbrug af speciallæger i 2017 til det antal årsværk, der dannede grundlag for budget 2017. Det betyder, at der er sket en justering af "loftet" fra 884,15 årsværk til 955,37 årsværk, som er det antal speciallæger, der fremgår af budgettet for 2017 for Aarhus Universitetshospital (AUH).

Antallet af speciallæger ansat ved Aarhus Universitetshospital er i perioden 1. januar 2017 til 1. november 2017 steget med 26 årsværk. Fra 850 til 876

stillinger. Det vil sige 105,37 årsværk under "loftet" i januar 2017 og 79,37 årsværk under "loftet" i november 2017.

Region Hovedstaden

"Loftet" for antallet af speciallæger på henholdsvis Rigshospitalet samt Herlev og Gentofte Hospital er det budgetterede antal speciallæger i 2017 – altså inkl. planlagte udvidelser og funktionsflytninger i 2017 vedtaget i 2016 eller tidligere.

For Rigshospitalet er "loftet" 1150 speciallæger (antal stillinger), og for Herlev og Gentofte Hospital er "loftet" 700 speciallæger (antal stillinger). Antallet af speciallæger ansat ved Rigshospitalet er i perioden 1. januar 2017 til 1. november 2017 steget med 13 stillinger. Fra 1076 til 1089 stillinger. Det vil sige 74 stillinger under "loftet" i januar 2017 og 61 stillinger under "loftet" i november 2017.

Antallet af speciallæger ved Herlev og Gentofte Hospital er i perioden 1. januar 2017 til 1. november 2017 steget med 17 stillinger fra 644 til 661 stillinger.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. udviklingen i antal af speciallæger - bilag 1 bestyrelsesmøde (1100455 - EMN-2017-00054)

15 (Offentlig) Status på kræftområdet

Maren Munk-Madsen

Resumé

Som en konsekvens af udviklingen i kræftpakkerne for 2. kvartal 2017 og stigningen i antallet af overskridelser af de maksimale ventetider på kræftområdet, har regionerne udarbejdet en tværregional samarbejdsaftale, der skal sikre rammerne for et styrket samarbejde mellem regioner og afdelinger på kræftområdet.

Kræftpakkemonitoreringen for 3. kvartal 2017 viser, at tallene på landsplan igen er på niveau med 1. kvartal 2017, og samtlige fem regioner har forbedret sig i forhold til 2. kvartal 2017. Der gøres status på kræftpakkerne for 3. kvartal 2017 samt de seneste overskridelser af de maksimale ventetider på kræftområdet.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Kræftområdet har de sidste 10 år gennemgået store faglige og organisatoriske fremskridt. Kvaliteten af behandlingen er steget betydeligt, og de behandlingsmæssige resultater er blevet langt bedre.

Regionerne har generelt opnået væsentlige forbedringer, siden man begyndte at måle gennemførelsen af kræftpakkerne i 2013, men tallene for 2. kvartal 2017 viste et historisk stort fald i andelen af forløb gennemført til tiden – fra 84 procent i 1. kvartal 2017 til 77 procent i 2. kvartal 2017. Samtidig sås en stigning i regionernes overskridelser af reglerne om de maksimale ventetider på kræftområdet, der er en patientrettighed for kræftsygdomme og visse hjertesygdomme. Reglerne fastsætter, at den region, patienten bor i, er ansvarlig for at sikre et tilbud om udredning og behandling inden for bestemte tidsfrister.

Som en konsekvens af udviklingen tilkendegav Danske Regioners formandskab i sensommeren 2017 over for sundhedsministeren, at samarbejdet mellem regionerne på kræftområdet vil blive styrket. Regionerne har derfor udarbejdet en tværregional samarbejdsaftale, der skal sikre rammerne for et styrket samarbejde mellem regioner og afdelinger på kræftområdet (vedlagt som bilag). Aftalen er blevet behandlet og godkendt af regionernes sundhedsdirektørkreds.

Samarbejdsaftalen opstiller rammer for, hvordan og hvornår regionerne og kræftafdelingerne skal koordinere og følge op, hvis et kræftområde oplever særlige kapacitetsudfordringer.

Opfølgning på samarbejdsaftalen

Regionernes sundhedsdirektørkreds følger kvartalsvis op på samarbejdsaftalen samt løbende hvis en eller flere regioner oplever eller kan forudse et længerevarende problem med kapaciteten på et kræftområde. På baggrund af aktuelle kapacitetsudfordringer kan sundhedsdirektørkredsen nedsætte netværk på et eller flere kræftområder.

Forløbstider for kræftpakkemonitorering 3. kvartal 2017

Sundhedsdatastyrelsen offentliggjorde den 30. november 2017 nye kvartalstal for kræftpakkerne.

Kræftpakkemonitorering for 3. kvartal 2017 viser, at 84 procent af kræftpakkeforløb på landsplan blev gennemført til tiden. Hermed er tallene på landsplan igen på niveau med 1. kvartal 2017, og samtlige fem regioner har forbedret sig i forhold til 2. kvartal 2017.

I 3. kvartal 2017 begyndte 30.967 patienter et pakkeforløb. Heraf fik 4.601 patienter mistanken om kræft bekræftet eller fik oplyst, at der fortsat var mistanke om kræft.

I 3. kvartal 2017 lever regionerne op til egen målsætning om gennemførsel på 90 procent på pakkeforløbene i hele landet på flere pakkeforløb. Her kan nævnes hoved- og halskræft (kirurgisk), livmoderhalskræft (strålebehandling) og modermærkekræft (kirurgisk). Af kræftpakker, hvor færrest forløb blev gennemført til tiden, kan nævnes kræft i æggestok (medicinsk) og kræft i blæren (kirurgisk), hvor henholdsvis 37 procent og 47 procent blev gennemført til tiden.

Der er forskelle imellem de forskellige kræftsygdomme og imellem regionerne. Der ses fx en forskel på 50 procentpoint for hovedhalskræft (strålebehandling) mellem Region Sjælland (35 procent) og Region Syddanmark (85 procent) og en forskel på 38 procentpoint for lungekræft (medicinsk) mellem Region Nordjylland (57 procent) og Region Syddanmark (95 procent).

Maksimale ventetider

Regionerne indberetter hver måned til Sundhedsstyrelsen, om der har været overskridelser af de maksimale ventetider. Efter den seneste udvikling i antallet af overskridelser indførte sundhedsministeren fra oktober 2017, at regionerne som noget nyt også skal indberette overskridelser på tre områder, hvor det er patienten selv, der har valgt at

vente længere. Dette skal regionerne indberette til og med december 2017.

Regionerne har for september og oktober 2017 indberettet hhv. tre og fem overskridelser af de maksimale ventetider, hvor der ikke er tilbudt udredning eller behandling inden for den fastsatte tid. Regionerne har for oktober 2017 indberettet 18 forløb, hvor patienten selv har valgt at vente længere. Det er 15 indberetninger vedrørende kræft i bugspytkirtlen, to indberetninger vedrørende lungekræft (udredning) og en indberetning vedrørende lungekræft (operation).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Styrket samarbejde mellem regionerne på kræftområdet (1101608 - EMN-2017-00812)

16 (Offentlig) Status for 'Sundhed for livet - forebyggelse er en nødvendig investering'

Maren Munk-Madsen

Resumé

Bestyrelsen godkendte på mødet den 2. marts 2017 udspillet 'Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering'. Udspillet blev offentliggjort i forbindelse med Danske Regioners generalforsamling 2017.

I udspillet er forslag til en samlet og koordineret indsats for at løfte folkesundheden. I udmøntningen af udspillet er særligt fokus på, hvor regionerne kan løfte deres medansvar ind i en fælles indsats. Det er primært i rollen som dem, der leverer viden og data, rådgiver, forsker, styrker den patientrettede forebyggelse, afprøver ny teknologi og er katalysator for at indgå brede partnerskaber med fælles forpligtende mål for folkesundheden.

Indstilling

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

Sagsfremstilling

I udspillet 'Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering' opfordrer regionerne til en samlet og koordineret indsats med afsæt i fælles og forpligtende mål.

Udspillet er en invitation til dialog med alle relevante samarbejdsparter. I udspillet står det tydeligt, at den fælles indsats skal ske inden for de respektive parter ansvarsområder og ekspertiser. Et hovedbudskab er, at der er behov for en højere prioritering af området og med en bredere kreds af parter, der kan bidrage til en fælles indsats.

Langt de fleste forslag er afhængige af samarbejde på tværs af flere parter. Nogle forslag er adresseret til det nationale niveau, og andre forslag tydeliggør regionernes medansvar.

I opfølgningen på udspillet er der lagt vægt på at forfølge de forslag, hvor regionerne primært kan bidrage til den fælles indsats. Her har regionerne rollen som dem, der leverer viden og data, rådgiver, forsker, styrker den patientrettede forebyggelse, afprøver ny teknologi og er katalysator for at indgå brede partnerskaber med fælles forpligtende mål.

Status på forslag fra udspillet

Nedenfor følger en status på de forslag i udspillet, hvor regionerne særligt kan bidrage til en fælles indsats.

Systematisk og målrettet forebyggelse på hospitalerne med fokus på ryg og alkohol udrulles i 2018

Fra 2018 bliver alle relevante patienter på landets hospitaler spurgt til deres ryge- og alkoholvaner, hvis det giver mening i den konkrete kliniske situation. Hvis det er relevant, tilbydes den enkelte at blive henvist til rygestop eller alkoholbehandling i kommunen. I lyset af tidligere erfaringer omkring rygestop forventes det, at indsatsen samlet vil have stor effekt. Det har været et ønske fra kommunernes side, at flere blev henvist til de relevante tilbud i kommunerne. KL har derfor taget godt imod tiltaget.

Fællesregional forskningspulje til forebyggelse i 2018

Et af de centrale forslag i forebyggelsesudspillet er, at regionerne opruster forskningen i forebyggelse. Regionerne kan fra 2018 ansøge midler fra en fællesregional pulje til forskning i forebyggelse, der fremmer viden om forebyggelse på tværs af flere regioner. Forskningen skal bidrage til at producere viden om effekt af indsatser, som kan anvendes af flere parter fx kommuner og almen praksis. Puljen skal bl.a. have fokus på mental sundhed, effektive metoder til organisering og implementering af forebyggelsestiltag m.m.

Der er foreløbigt afsat midler til puljen over en fireårig periode.

Et sektorfrit forebyggelseslaboratorium ser dagens lys i 2018

Der arbejdes pt. på, at der efter lanceringen af sundhedsprofilerne i marts 2018 kan lanceres et nyt og sektorfrit forebyggelseslaboratorium, som Region Hovedstaden skal drive på vegne af alle regioner. De konkrete indsatser i laboratoriet bliver defineret i tæt samarbejde med kommuner og andre relevante parter og vil tage afsæt i sundhedsprofilerne. Laboratoriet skal bestå af brede partnerskaber, der danner rammen for at afprøve nye innovative metoder og indsatser i - og udenfor - sundhedsvæsenet.

Laboratoriet skal foreløbigt nedsættes for en fireårig periode og være forankret i forskningsmiljøet.

Nye partnerskaber med afsæt i de kommende sundhedsprofiler

I udspillet står de regionale sundhedsprofiler som det centrale planlægningsværktøj, når folkesundheden skal løftes. Alle regioner har derfor forpligtet sig til at udforske og opdyrke brede partnerskaber med fælles mål om folkesundheden og med afsæt i de kommende sundhedsprofiler. Regionernes rolle er at binde relevante partnerskaber sammen med afsæt i viden fra sundhedsprofilerne.

I foråret 2018 kommer den tredje generation af sundhedsprofiler. Der findes

eksempler fra regionerne, hvor sundhedsprofilerne danner afsæt for at sætte fælles og forpligtende mål i partnerskaber på tværs af flere niveauer, sektorer og velfærdsområder. Denne type af partnerskaber udforskes og udbredes i 2018 i alle regioner.

Den første børnesundhedsprofil lanceres i 2018

I 2018 lanceres den første børnesundhedsprofil. Det er Region Nordjylland, der udarbejder profilen med involvering af de nordjyske kommuner og i samarbejde med relevante databaser.

I forebyggelsesarbejdet er den tidlige indsats afgørende. Det er derfor relevant med en samlet og lokal viden om børns sundhedstilstand og sundhedsadfærd. Når erfaringerne fra den første børnesundhedsprofil kendes, vil bestyrelsen få den forelagt med henblik på stillingtagen til, hvorvidt konceptet skal udbredes til øvrige regioner.

Sundhedstilbud tæt på borgerne med brug af teknologi

I udspillet sættes der fokus på de teknologiske muligheder for at skabe forebyggelsestilbud tæt på borgerne. I overensstemmelse hermed besluttede bestyrelsen på mødet den 12. oktober 2017, at internetbaseret psykologbehandling skal udrulles i alle regioner i 2018. Internetbaseret psykologbehandling er en af flere indsatser, der på sigt skal skabe flere sundhedstilbud tæt på borgerne i alle regioner. Målgruppen er borgere med angst og let til moderat depression.

Indsats for sårbare gravide

I udspillet er et forslag om at styrke forebyggelsen for sårbare gravide. Der arbejdes aktuelt på, at svangreområdet skal være baseret på differentierede indsatser. Målet er, at indsatserne matcher forskellige målgruppers behov. Herunder også sårbare gravide. Status er, at der er lavet en kortlægning af området, og faglige miljøer er inviteret til give deres bud på fremtidens differentierede svangreomsorg.

Børn og unges mentale sundhed og trivsel

Ifølge udspillet vil regionerne stille sig til rådighed for et tættere samarbejde omkring børn og unge, der mistrives. Målet er, at færre børn og unge henvises til psykiatrien, og at de får den rette, tidlige indsats. Derfor skal samarbejdet med kommuner, skoler, frivillige sociale foreninger og almen praksis styrkes. Regionerne stiller sig til rådighed som faglige sparringspartnere. Aktuelt er forslagene ved at blive konkretiseret ind i et deludspil om børn og unge som del af en fremtidig psykiatriplan.

Partnerskab om en røgfri fremtid for børn, unge og voksne i 2030

Regionerne har indgået et partnerskab med en lang række aktører om at skabe en røgfri fremtid i 2030. Regionernes primære bidrag er indtil videre hospitalernes systematiske indsats for at henvise til rygestop.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Til bestyrelsens orientering er der forskellige politiske forebyggelsestiltag på vej.

KL lancerer et forebyggelsesudspil den 16. januar 2018 i forbindelse med deres årlige sundhedskonference. Det forlyder, at der vil være fokus på alkohol, tobak, mental sundhed og børn og unge.

Regeringen har med den nye sammenhængsreform sat fokus på sociale investeringsprogrammer. Satspuljepartierne har afsat 50 mio. kr. til en ny investeringsfond, som skal investere i sociale indsatser med et forebyggelsesperspektiv, bundet op i partnerskaber på tværs af fx regioner, kommuner og civilsamfundsorganisationer. Med fonden bliver det muligt for private investorer – eksempelvis pensionselskaber – at skyde penge i fonden, der sammen med de afsatte midler kan investeres i indsatser, som kan forebygge eller løse problemer på tværs af velfærdsområder.

Udvalget for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde drøfter på kommende udvalgsmøde, hvilke typer af partnerskaber regionerne kan ”sparke ind” i fonden.

Herudover har regeringen for nyligt støttet visionen ’Bevæg dig for livet’, som de to idrætsorganisationer DGI og DIF står bag. Visionens målsætning er, at 75 procent af danskerne i 2025 skal dyrke idræt, og at 50 procent af befolkningen skal dyrke idræt i en forening.

Kommunikation

Danske Regioner vil løbende kommunikere i pressen, hvordan der følges op på udspillet. Et mål er at vise, at regionerne i forlængelse af udspillet har taget et samlet ansvar, implementeret centrale indsatser, videreudviklet indsatsen og stillet sig til rådighed i en fælles indsats.

Bilag

17 (Offentlig) Behandling af udenlandske patienter i Danmark

Maren Munk-Madsen

Resumé

Behandlingen af udenlandske patienter i Danmark har været diskuteret i landsdækkende medier, og der er stillet spørgsmål om emnet i Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg. Diskussionen er dels gået på omfanget af udgifter og indtægter forbundet med behandlingen og på regionernes praksis.

Danske Regioner har opgjort bruttoudgifterne i 2016 til 394,6 mio. kr. og indtægterne samme år til 113,1 mio. kr. Der er dog en del usikkerhed forbundet med opgørelserne. Derudover tillader lovgivningen ikke at opkræve betaling eller refusion for samtlige behandlinger af udenlandske patienter.

Pt. samarbejder regionerne om at sikre en fælles regional fortolkning af lovgivningen, afdække usikkerheder i opgørelsesmetoderne og beskrive vanskeligheder ved opkrævning/refusion.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Der har i den senere tid været et stigende fokus på udgifter forbundet med behandling af udenlandske patienter i Danmark. Mulighederne for opkrævning af betaling for udenlandske patienter er blandt andet reguleret i sundhedsloven, og der skal dels skelnes mellem, om behandling er akut eller planlagt, samt hvilke lande patienterne kommer fra. Nedenfor redegøres for de gældende regler og udgifterne til de forskellige typer af udenlandske patienter. En udenlandsk patient defineres som en patient, der ikke er omfattet af den danske sygesikring. Dermed vil danskere bosat i udlandet også indgå i definitionen.

Regler for behandling af udenlandske patienter

Ifølge sundhedslovgivningen er akut behandling gratis for alle udenlandske patienter under midlertidigt ophold i Danmark. Hospitalet kan ud over den akutte fase yde sygehusbehandling m.v., når det under de foreliggende omstændigheder ikke skønnes rimeligt at henvise personen til behandling i hjemlandet, eller personen ikke tåler at blive flyttet til sygehus i hjemlandet. Hvis hospitalet således vælger at yde sygehusbehandling ud over den akutte fase, skal der opkræves betaling for behandlingen, medmindre det under de foreliggende omstændigheder skønnes rimeligt at meddele helt eller delvis fritagelse for betalingen.

For patienter fra EU-lande gælder der derudover særlige regler. Efter reglerne om det blå EU-sygesikringskort har EU-borgere, der er syge(for)sikrede i et andet EU-land end Danmark og deres medforsikrede familiemedlemmer ret til behovsbestemt sygehjælp under ophold i Danmark af midlertidig karakter (dansk praksis er højst 1 år). Ud over akut sygehjælp indebærer dette, at EU-borgere, der har en bestående eller kronisk lidelse, også har ret til ydelser, der relaterer sig til den bestående eller kroniske lidelse, fx en kontrolundersøgelse, fjernelse af gips, dialysebehandling, der bliver nødvendig under et ophold i Danmark.

Opkrævning af refusion

Udlændige kan opdeles i nedenstående grupper i forhold til, hvordan der opkræves refusion/betaling for den udførte behandling.

Grønland/Færøerne

Patienter fra Grønland og Færøerne kan få behandling i Danmark, hvor det som udgangspunkt er Rigshospitalet, der vil være behandlingshospital. Disse patienter vil komme med et betalingstilsagn fra Grønland eller Færøerne, således at opkrævningen foretages af det behandlende hospital. Patienter fra Grønland og Færøerne på midlertidigt ophold i Danmark ydes gratis akut behandling.

Borgere fra EU, EØS eller Schweiz

EU/EØS-borgere og borgere fra Schweiz har ret til behovsbestemt eller medicinsk nødvendig behandling i Danmark, hvis de er i besiddelse af et blå EU sygesikringsbevis. Det behandlende hospital kan søge refusion for behandlingen gennem Styrelsen for Patientsikkerhed, der varetager opkrævning fra det pågældende lands myndighed. Der kan søges refusion for såvel akut som planlagt behandling.

EU/EØS-borgere (dvs. ikke fra Schweiz), der opholder sig i Danmark med henblik på sygebehandling, skal selv lægge ud for deres behandling eller sikre en forhåndsgodkendelse fra hjemlandets myndigheder. Afregning foregår i disse tilfælde uden om Styrelsen for Patientsikkerhed.

Lande med aftale om afkald

Der er indgået aftale mellem Danmark og landene Finland, Sverige, Norge, Island, Storbritannien, Irland, Grækenland og Portugal om, at der ikke opkræves betaling for behandling af patienter fra de pågældende lande ved behandling i Danmark. Aftalen er gensidig og dermed vil landene heller ikke opkræve betaling for behandling af danskere.

Borgere fra 3. lande

Borgere uden for EU, EØS eller Schweiz samt de lande, hvor der er aftalt afkald, har ret til gratis akut behandling. Der kan ikke søges refusion for den

udførte behandling. Planlagt behandling og behandling ud over den akutte fase kan tilbydes, men der er det behandlende hospital, der er ansvarlig for at sikre betalingsforholdene. Det skal bemærkes, at hospitalet kan vælge at tilbyde behandlingen uden betaling.

Asylansøgere

Asylansøgere i Danmark har ret til gratis akut behandling, mens at der skal betales for den planlagt behandling. Det er Dansk Røde Kors, der finansierer den planlagte behandling.

Opgørelse af udgifter til behandling af udenlandske patienter

Danske Regioner har lavet en opgørelse af udgifterne til behandling af udenlandske patienter i Danmark.

Det er ikke alle udenlandske patienter, der er hjemmel til at opkræve betaling for. Nedenstående tabel viser fordelingen af udgifter til udenlandske patienter fordelt på både planlagt/akut behandling og hvorvidt der er hjemmel til at opkræve penge for behandlingen eller ej.

Tabel 1: Udgifter til behandling af ikke-dansk registrerede patienter i 2016 i mio. kr.

	Akut	Planlagt	i alt	Kan opkræves	Kan ikke opkræves
Ukendt landekode	94,0	65,7	159,7	0-65,7	0-65,7
Afkaldslande	46,7	15,4	62,1	0	62,1
Øvrige EU/EØS	57,8	7,9	65,7	65,7	0
Resten af verden	77,9	29,2	107,1	29,2	77,9
Ikke-dansk registrerede i alt	276,5	118,1	394,6	94,9-160,6	140,0-205,7

Kilde: Landspatientregistret

Som det ses af ovenstående tabel er det mellem 140,0 mio. kr. og 205,7 mio. kr. ud af 394,6 mio. kr., der forventes *ikke* at kunne opkræves på baggrund af lovgivningen. Det store spænd skyldes, at en stor gruppe af patienter er registreret med ukendt landekode i Landspatientregistret (LPR), og der er derfor ikke kendskab til, om det er muligt at opkræve betaling/refusion for denne gruppe. Det antages dog, at det ikke er muligt at opkræve for den akutte del af behandlingen, mens den planlagte del, der beløber sig til 65,7 mio. kr., i et vist omfang må forventes at kunne opkræves. Regionerne samarbejder om at afdække hvilke patienter, der falder i denne kategori.

Ud over udgiften til patienter med ukendt landekode, er der tale om 62,1 mio. kr. til behandling af patienter, hvor Danmark har en gensidig aftale om gratis behandling. Denne udgift kan derfor heller ikke opkræves.

Endelig fremgår det af sundhedsloven, at der skal tilbydes gratis akut behandling til alle. Dog kan der opkræves refusion for akut behandling af borgere fra EU/EØS og Schweiz, men ikke for borgere fra resten af verden.

Dermed er der en udgift på 77,0 mio. kr., der ikke kan opkræves til akut behandling af patienter fra resten af verden.

Det forventes, at mellem 94,9 mio. kr. og 254,6 mio. kr. ud af 394,6 mio. kr., kan opkræves (alt efter om udgiften til patienter med ukendt landekode medregnes). Dette udgøres af udgifter til patienter fra EU/EØS eller Schweiz samt planlagt behandling af patienter fra resten af verden.

I forhold til ovenstående opgørelse tages forbehold for fejlregistreringer af danskere, der er bosiddende i udlandet, men som eksempelvis er registreret som dansk bosiddende pga. af brug af gammelt sygesikringskort. Derudover tages forbehold for opdelingen i LPR af akut og planlagt, hvilken ikke svarer til opdelingen i sundhedsloven. I LPR er registreringen af akut og planlagt således den måde, patienten bliver indlagt på, og dermed ikke som i loven den fase, som behandlingen er i. Endelig er det uvist hvilke lande, patienter registreret med ukendt landekode kommer fra.

Indtægtsopgørelse

Indtægterne, der forventes at kunne dække ovenstående beløb, og hvor der er hjemmel til opkrævning, udgøres af to typer:

1. Indtægter fra refusion, der opkræves af Styrelsen for Patientsikkerhed og udbetales til regionerne. Disse dækker alle patienter, der er dækket af det blå EU sygesikringskort (EU/EØS eller Schweiz).
2. Alle andre indtægter, der opkræves uden om styrelsen. Disse opkræves af de respektive regioner/hospitaler. Dette dækker alle patienter, der ikke er dækket af det blå sygesikringskort.

Ad 1) Indtægter gennem Styrelsen for Patientsikkerhed

Styrelsen for Patientsikkerhed har i deres årsrapport for 2016 offentliggjort deres refusionsindtægter. Det fremgår heraf, at styrelsen i 2016 opkrævede 40,6 mio. kr. Dette beløb vil omfatte refusion vedrørende 2016 og tidligere år på grund af en sagsbehandlingstid på op til 36 måneder. Styrelsen har i 2016 endvidere opgjort, at de har udestående krav på i alt 41 mio. kr.

Ad 2) Indtægter opkrævet af regionerne selv

Regionerne og hospitalerne selv er ansvarlige for at opkræve berettiget betaling for alle patienter, der ikke er omfattet af det blå sygesikringskort. Nedenfor fremgår de samlede indtægter, som regionerne har indhentet i 2016 uden om Styrelsen for Patientsikkerhed.

Tabel 3: Indtægter i 2016 for behandling af ikke-dansk registrerede patienter afregnet udenom Styrelsen for Patientsikkerhed

Region	mio. kr.
Region Nordjylland	7,7
Region Midtjylland	13,5
Region Syddanmark	15,6

Region Hovedstaden	30,8
Region Sjælland	4,9
I alt	72,5

Det skal bemærkes, at dataudtræk på dette område er særlig vanskelig, da det kræver en kobling mellem økonomisystemer og patientadministrative systemer. En fuldstændig retvisende opgørelse vil derfor være forbundet med en del manuelt arbejde, som ikke har været mulig inden for den afsatte tid. Den viste opgørelse er derfor forbundet med en vis usikkerhed.

Samlet har regionerne i 2016 haft indtægter på i alt 113,1 mio. kr. Dette beløb ligger inden for det spænd på 94,9 mio. kr. til 160,6 mio. kr. der forventes at kunne opkræves i 2016. Dog kan der være tidsforskydninger på op til 3 år i forhold til indtægterne fra Styrelsen for Patientsikkerhed, der gør, at indtægten *vedrørende* 2016 er større eller mindre end det her opgjorte.

Videre arbejde med afdækning af udgifter og praksis for opkrævning

Regionerne har iværksat et fælles regionalt samarbejde, hvor formålet dels er at lave en fælles-regional fortolkning af lovgrundlaget, at kvalificere opgørelserne og via en casegennemgang at finde eksempler på uhensigtsmæssigheder i lovgivning og den gældende praksis for opkrævning.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Resumé

Regionerne har gennem en periode oplevet udfordringer med tolkning på sundhedsområdet. Udfordringerne på tolkeområdet har derfor været drøftet mellem Danske Regioners formandskab og sundhedsminister Ellen Trane Nørby. Der har været peget på behov for at finde nationale løsninger, da udfordringerne med at sikre kvalificeret tolkning går på tværs af flere offentlige områder. Danske Regioner har derfor opfordret til, at en certificeringsordning i forhold til de sproglige kompetencer kunne være en del af en fælles løsning.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Danske Regioners formandskab har drøftet udfordringerne på tolkeområdet med sundhedsminister Ellen Trane Nørby den 26. oktober 2017. Her fremhævede Danske Regioner, at udfordringen ved at sikre tolkes sproglige kompetencer går på tværs af mange offentlige områder. Der er fx en tilsvarende udfordring i forbindelse med retssager, på asylcentre, socialkontorer m.fl. I forhold til at sikre kvalitet af sproglige færdigheder vil det derfor være hensigtsmæssigt med et samarbejde mellem regioner, kommuner og staten om en løsning. En certificeringsordning i forhold til de sproglige kompetencer kunne være en del af en fælles løsning.

Danske Regioner forventer, at Sundheds- og Ældreministeriet vil indkalde til et møde for at drøfte løsninger på området.

Rigsrevisionen har endvidere igangsat en undersøgelse af fremmedsprogstolkningen på udlændinge-, rets- og sundhedsområdet, som også skal se på kvaliteten af tolkningen. Undersøgelsen forventes at være færdig i foråret 2018. Rapporten forventes at komme med anbefalinger, der kan gavne områderne på tværs.

Udfordringen drøftes også mellem regionerne, herunder om regionerne kan kvalificere tolkene bedre til at arbejde for sundhedsvæsenet fx via uddannelse om sundhedsvæsenets funktion og organisering. Der er altså tale om andre kompetencer end de konkrete sproglige færdigheder.

Til orientering har Region Syddanmark den 27. november 2017 besluttet at etablere sit eget korps af 20-25 tolke.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

19 (Offentlig) Rigsrevisionens beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner

Maren Munk-Madsen

Resumé

Rigsrevisionen offentliggjorde den 15. november 2017 en beretning om indsatsen for at forebygge hospitalsinfektioner i perioden 2013-2016. Formålet med beretningen er at vurdere, om Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner er tilstrækkelig. Rigsrevisionens overordnede konklusion er, at indsatsen for at forebygge hospitalsinfektioner ikke har været tilstrækkelig, hvorfor Statsrevisorerne også har bedt sundheds- og ældreministeren om at redegøre for, hvad regionerne gør for at opnå forbedringer på infektionshygiejne- og antibiotikaområdet.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Rigsrevisionens konklusioner

Baggrunden for Rigsrevisionens undersøgelse er, at Statens Serum Institut anslår, at 7-10 % af alle indlagte patienter i Danmark får en hospitalsinfektion, samt at flere bliver smittet med resistente bakterier.

Rigsrevisionen har konkluderet følgende:

- Indsatsen for at forebygge hospitalsinfektioner har ikke været tilstrækkelig. Der mangler mål for reduktion af infektioner, og mulighederne for at overvåge udviklingen har ikke været brugt godt nok.
- Rengøring, håndhygiejne og uniformshygiejne på hospitalerne kan blive klart bedre.
- Der udskrives for meget og for bredspektret antibiotika, og det fald, der har været i brugen af kritisk vigtige antibiotika kunne ifølge Statens Serum Institut, regionerne og hospitalerne have været større.

Statsrevisorerne

På baggrund af Rigsrevisionens beretning, har Statsrevisorerne bemærket, "at Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner har været utilfredsstillende. Statsrevisorerne finder det foruroligende, at niveauet for sundhedspersonalets overholdelse af hospitalernes egne retningslinjer for hygiejne, fx rene hænder, er så lavt – ikke

mindst fordi det anses som den mest effektive måde at afbryde smitteveje på.”

Regionernes indsatser

Alle regioner har i en årrække haft fokus på de områder, som Rigsrevisionen har undersøgt. De igangværende indsatser i Rigsrevisionens undersøgelsesperiode er fortsat og suppleret af nye indsatser med henblik på at accelerere forbedringstempoet på områder, der ikke har det ønskelige kvalitetsniveau. På de områder Rigsrevisionen har undersøgt, kan følgende indsatser nævnes:

- I regi af Det Nationale Kvalitetsprogram er der i november 2017 igangsat et Lærings- og Kvalitetsteam, der består af forbedringsteams på en række sygehuse i alle regioner. Lærings- og kvalitetsteamet arbejder gennem fire konkrete indsatsområder på at reducere det samlede antibiotikaforbrug på hospitalerne, herunder reducere forbruget af kritisk vigtige antibiotika.
- Der foretages løbende indsatser og kampagner i forhold til afspritning af hænder. Her er nudging bl.a. blevet anvendt som metode.
- I forhold til rengøringsområdet på hospitalerne finder en målrettet kompetenceudvikling sted med henblik på at forbedre kvaliteten af rengøringen.
- Der er desuden udviklet overvågningssystemer, der gør det muligt langt mere præcist at identificere patienter, der har en infektion, så der hurtigere og mere præcist kan igangsættes tiltag til at modvirke smittespredning.

Den videre proces

Sundheds- og ældreministeren er blevet bedt om en tilbagemelding til Statsrevisorerne inden for 4 måneder. Det må på den baggrund forventes, at Danske Regioner vil blive bedt om en redegørelse for, hvad regionerne gør for at opnå forbedringer på infektionshygiejne- og antibiotikaområdet.

Link til undersøgelsen:

<http://www.ft.dk/~media/sites/ft/pdf/organisation/folketingets-institutioner/statsrevisorene/2017/beretning-5-2017-om-forebyggelse-af-hospitalsinfektioner.ashx?la=da>

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Bilag

20 (Offentlig) Rigsrevisionens beretning om beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata i tre regioner

Maren Munk-Madsen

Resumé

Rigsrevisionen offentliggjorde den 15. november 2017 en beretning om beskyttelsen af adgange til it-systemer og sundhedsdata i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen, der har til formål at vurdere, om de tre regioner har en tilfredsstillende beskyttelse af adgange til it-systemer og sundhedsdata.

Rigsrevisionens overordnede konklusion er, at regionernes beskyttelse af adgange til it-systemer og sundhedsdata ikke er tilfredsstillende, og at regionerne mangler grundlæggende tiltag mod hackerangreb. Statsrevisorerne har bedt sundheds- og ældreministeren om at redegøre for, hvad regionerne gør for at forbedre it-sikkerheden. De tre regioner har siden Rigsrevisionens besøg iværksat en række tiltag, som skal forbedre it-sikkerheden og imødekomme kritikpunkterne i Rigsrevisionens undersøgelse.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Rigsrevisionens beretning om tre regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata er baseret på en it-revision, som Rigsrevisionen har gennemført i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark i 1. halvår af 2017. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen, der havde til formål at vurdere, om de tre regioner har en tilfredsstillende beskyttelse af adgange til it-systemer, der indeholder personfølsomme data.

Rigsrevisionens konklusioner

Rigsrevisionen har rejst følgende kritik af de tre regioner:

- Alle tre regioners logningstiltag er mangelfulde, hvilket gør det vanskeligt at opdage og opklare hackerangreb og misbrug af rettigheder.
- Alle tre regioner mangler at implementere sikringstiltag mod hackerangreb. Særligt kritiseres Region Syddanmark for, at 27.000 medarbejdere har lokaladministratorrettigheder, hvilket øger risikoen for, at hackere kan misbruge medarbejderes rettigheder.

- Alle tre regioners styring og kontrol af medarbejdere med centrale administratorrettigheder (såkaldte privilegerede rettigheder, der giver en omfattende adgang til og kontrol med it-systemer og data) er mangelfuld, herunder at muligheden for at tilgå internettet ikke er begrænset tilstrækkeligt.
- At Region Syddanmark og Region Hovedstaden har flere passwords, der er for gamle og ikke lever op til god praksis for antal (og typer af) karakterer i password.
- At Region Hovedstaden og Region Midtjylland har et stort antal computere med forældede styresystemer (Windows XP), der ikke længere sikkerhedsopdateres og dermed er sårbare over for hackerangreb.

På baggrund af Rigsrevisionens undersøgelse har Statsrevisorerne fundet, at de tre regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata ikke er tilfredsstillende.

Regionernes indsats

Bestyrelsen vedtog i januar 2015 "Regionernes politiske linje for informationssikkerhed", der har til formål at skabe et højt og ensartet niveau for informationssikkerhed i regionerne. Selvom regionerne allerede har ydet en betydelig indsats, er der fortsat behov for, at regionerne arbejder fokuseret med at sikre bedre beskyttelse af adgange til it-systemer og sundhedsdata. Rigsrevisionens undersøgelse sætter dermed fokus på områder, hvor regionerne endnu ikke er nået i mål.

De tre undersøgte regioner har siden Rigsrevisionens besøg i 1. halvår af 2017 allerede iværksat en række tiltag, som skal forbedre it-sikkerheden og imødekomme kritikpunkterne i Rigsrevisionens undersøgelse.

Region Hovedstaden har iværksat følgende tiltag for at forbedre it-sikkerheden på de undersøgte områder:

- Reduktion af antallet af Windows XP-maskiner. Indtil udfasningen er fuldt gennemført, isoleres XP-maskinerne fra øvrige systemer og netværk,
- Ledelsesmæssig godkendelse af antallet af system- og servicekonti og brugere med privilegerede rettigheder (centrale administratorrettigheder),
- Systemunderstøttelse af passwords til konti med privilegerede rettigheder, så passwords følger god praksis, og
- En løsning, der sikrer, at medarbejdere med privilegerede rettigheder ikke kan tilgå nettet, når de er logget på med disse rettigheder. Løsningen forventes implementeret inden udgangen af 2017.

Region Midtjylland har iværksat følgende tiltag for at forbedre it-sikkerheden på de undersøgte områder:

- Reduktion af antallet af Windows XP-maskiner som del af en allerede planlagt udskiftning frem mod 2019,
- Begrænsninger for brugere med privilegerede rettigheder, således at de har begrænset adgang til internettet,
- Kontrol af medarbejdere med privilegerede adgangsrettigheder,
- Systemunderstøttelse af passwords til konti med privilegerede rettigheder, så de følger god praksis.

Region Syddanmark har iværksat følgende tiltag for at forbedre it-sikkerheden på de undersøgte områder:

- Reorganisering af informationssikkerhedsområdet bl.a. gennem etableringen af en ny afdeling for informationssikkerhed og forankring af området på topledelsesniveau,
- Systemunderstøttelse af passwords til konti med privilegerede rettigheder, så passwords følger god praksis, og
- Kontrol af medarbejdere med privilegerede rettigheder bl.a. gennem øget logning og forsøg med opdeling i almindelig brugeradgange og administratoradgange.

Den videre proces

Sundheds- og ældreministeren er blevet bedt om at udarbejde en redegørelse til Statsrevisorerne inden for to måneder. Det må forventes, at Danske Regioner vil blive bedt om at redegøre for, hvad regionerne gør for at forbedre it-sikkerheden og imødekomme kritikpunkterne i Rigsrevisionens undersøgelse. En samlet redegørelse forventes forlagt bestyrelsen på mødet den 8. februar.

Link til undersøgelsen:

<http://www.rigsrevisionen.dk/media/2104707/sr0417.pdf>

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Bilag

21 (Offentlig) Generelle orienteringer

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Årets borgerinddragende initiativ 2018
- Overvågning af patienterstatningssager
- Høring vedrørende patienterstatningsloven
- Sikring af lægers kompetencer
- Videndelingsinitiativer i regi af Godt Sygehusbyggeri 2017
- Styrkelse af regionernes samarbejde på digitaliseringsområdet
- Satspuljeaftalen på sundhedsområdet
- Status over Medicinrådets aktiviteter
- Konference om fremtidens transport

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Årets Borgerinddragende Initiativ 2018

(EMN-2017-04227)

Danske Regioner uddeler for tredje år i træk prisen for Årets borgerinddragende initiativ. Prisen uddeles i regi af Borgernes Sundhedsvæsen. I år fokuserer prisen på initiativer, der er målrettet grupper af patienter og/eller pårørende, der er særligt sårbare i forhold til helbredsmæssige, personlige og sociale omstændigheder.

Det er muligt at indstille initiativer fra den 11. december 2017 til den 14. januar 2018. En bedømmelseskomite udvælger 5-7 nominerede blandt den samlede pulje af indkomne initiativer. Komiteen består af en repræsentant fra hver af de fem regioner, SIND, Danske Regioner, DSR, Lægeforeningen, FOA og KL. Herefter kåres vinderen blandt de nominerede af et panel bestående af patienter.

Der laves Facebook/Twitter opslag med billeder af de nominerede initiativer, som Danske Regioner deler på de sociale medier. Ydermere laves der en kort film om vinderinitiativet, som vises i forbindelse med prisoverrækkelsen på Danske Regioners generalforsamling den 22. marts 2018.

Overvågning af patienterstatningsager

(EMN-2017-01916)

Danske Regioner har aftalt med Patienterstatningen, at den eksisterende 'trigger-mekanisme' på patienterstatningsager vil blive videreudviklet, så trigger-mekanismen fremover vil alarmere på hospitalsniveau i stedet for som i dag på speciale- og regionsniveau. Trigger-mekanismen bliver udløst, hvis der registreres et højere niveau af skader end normalt inden for et speciale. Det betyder, at regionen og den enkelte hospitalsdirektion får direkte besked, når der udløses en trigger-alarm inden for et speciale på hospitalet. Hospitalsdirektionerne får dermed ansvar for at følge op og involvere de relevante afdelingsledelser.

Baggrunden for ændringen er, at den nuværende trigger-mekanisme på speciale- og regionsniveau betyder, at ekstraordinært mange erstatningsager fra et enkelt hospital kan 'drukne' og blive overset i det samlede antal sager for hele regionen.

Systemet skal være klart den 1. marts 2018. Udgiften på ca. 200.000 kroner til at udvikle systemet afholdes af Patienterstatningen.

Høring vedrørende patienterstatningsloven

(EMN-2017-04032)

Bestyrelsen godkendte på mødet den 12. oktober 2017 høringssvar til forslag om lovændring vedrørende udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v. Til orientering har Sundheds- og Ældreministeriet indarbejdet de ændringer til lovforslaget, som Danske Regioner har ønsket vedrørende fredning af udbetalte erstatninger. Ministeriet har tilføjet, at der bliver opsættende virkning, uanset hvem der anker sagen. Det betyder, at den erstatning, der er tilkendt i henhold til den påklagede afgørelse først kommer til udbetaling, når Ankenævnet for Patienterstatningen har truffet afgørelse, og kun hvis ankenævnet er enig i, at patienten er berettiget til den pågældende erstatning.

Lovforslaget indeholder fortsat en regional forpligtigelse til, at regionerne skal være erstatningsansvarlige for privatansatte sundhedspersoner, som regionerne ikke har instruktionsbeføjelse med. Det har Danske Regioner ellers kritiseret kraftigt, da det kan indebære betydelige merudgifter for regionerne. Det fremgår dog af lovforslaget, at ministeriet om 2 år vil afholde en evaluering af konsekvenserne ved udvidelse af patienterstatningsordningen og fredning af udbetalte erstatninger m.v.

Sikring af lægers kompetencer

(EMN-2017-04381)

Bestyrelsen drøftede på mødet den 12. oktober 2017 kvaliteten af udenlandske lægers arbejde. Bestyrelsen bad bl.a. om en beskrivelse af, hvorledes man kan sikre, at der er ensartede krav til lægernes faglige kompetencer og sproglige formåen – uanset hvor de er uddannet. Bestyrelsen bad endvidere om en beskrivelse af, hvilke initiativer regionerne har taget for at sikre systematisk fokus på lægernes faglige kompetencer. Bestyrelsen bad endvidere om en oversigt over, i hvilke lande de læger, som Styrelsen for Patientsikkerhed har frataget autorisation, er uddannet. Sekretariatet har udarbejdet et notat, som er vedlagt dagsordenen.

Videndelingsinitiativer i regi af Godt Sygehusbyggeri 2017

(EMN-2017-04323)

Danske Regioner har i ØA18 aftalt, at man ligesom de foregående år skal sende en opdateret oversigt til Sundheds- og Ældreministeriet over de initiativer, som regionerne har igangsat i projektet om videndeling vedr. sygehusbyggeri. Dette har været et element i økonomiaftalerne siden ØA13. Oversigten skal fremsendes til ministeriet inden den 31. december 2017, og sekretariatet arbejder aktuelt på at færdiggøre en opdatering af oversigten. Bestyrelsen vil snarest muligt få fremsendt oversigten.

Styrkelse af regionernes samarbejde på digitaliseringsområdet

(EMN-2017-02865)

Regionernes Sundheds-it (RSI) blev efter godkendelse af bestyrelsen nedsat som opfølgning på økonomiaftalen for 2010 for at styrke det fællesregionale samarbejde om sundheds-it. Målet for RSI har bl.a. været at konsolidere de regionale elektroniske patientjournaler og gennemføre projekter som fx udrulning af den Præhospital Patient Journal.

Behovet og efterspørgslen efter digitale løsninger fra klinikere og borgere er stigende. Dette skyldes bl.a., at antallet af nye teknologier og digitaliseringsmuligheder er stærkt stigende. Digitaliseringen er desuden blevet en forudsætning for et effektivt og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor er der også behov for, at den strategiske dialog og beslutningskompetence for området forankres på top-ledelsesniveau i regionerne, og at en stærkere styring og implementering af både fællesregionale og fællesoffentlige digitaliserings- og teknologi-initiativer sikres.

For at styrke og fastholde regionernes position på området har regionsdirektørerne den 16. november 2017 besluttet, at der etableres et nyt

strategisk forum "Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation" med fokus på en bredere digitaliseringsdagsorden på tværs af fagområder (regional udvikling, uddannelse, sundhed mv.). Derudover etableres et stærkere eksekverende forum "Regionernes Teknologi- og Eksekveringskreds" med fokus på en styrket og forenklet implementering af fællesregionale og fællesoffentlige digitaliserings- og teknologi-initiativer.

Satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021

(EMN-2017-04592)

Den 20. november 2017 indgik regeringen og satspuljepartierne aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021. Med aftalen afsættes der 500 millioner kroner over en fireårig periode til to overordnede indsatsområder:

- En styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser
- En styrket indsats for mennesker med kroniske lidelser

Størstedelen af initiativerne er tværsektorielle, hvor midlerne er målrettet både kommuner og regioner, mens en mindre del af midlerne tilføres regionerne direkte.

Sekretariatet har udarbejdet et notat med en oversigt over de initiativer i aftalen, hvor der er afsat midler til regionerne.

Status over Medicinrådets aktiviteter

(EMN-2017-00578)

Danske Regioners bestyrelse har nedsat Medicinrådet den 1. januar 2017. Medicinrådet udarbejder anbefalinger til regionerne om, hvorvidt nye lægemidler skal tages i anvendelse. Medicinrådet udarbejder desuden behandlingsvejledninger for terapiområder, hvor der er mere end ét lægemiddel. Der afholdes 10 rådsmøder i 2017.

Nye lægemidler

Medicinrådet har indtil nu færdigbehandlet to ansøgninger. Medicinrådet har anbefalet sklerosemidlet Cladribin (Mavenclad) som standardbehandling, mens Medicinrådet ikke har kunnet anbefale det andet lægemiddel Nusinersen (Spinraza) som standardbehandling af nogle særlige former for muskelsvind. Årsagen, til at der hidtil kun er færdigbehandlet to ansøgninger om ibrugtagning af nye lægemidler, er blandt andet, at der som følge af Medicinrådets procedurer har været en længere opstartsperiode, hvor virksomhederne først ca. et halvt år før et lægemiddel godkendes af Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) kan indlede sin dialog med Medicinrådet.

Medicinrådets sekretariat har afholdt dialogmøder med virksomheder om 48 nye lægemidler eller indikationer. Der er aftalt yderligere 7 dialogmøder.

Medicinrådet har modtaget 14 endelige ansøgninger om nye lægemidler eller nye indikationer og i alt 31 foreløbige ansøgninger, som er det første skridt i ansøgningsprocessen. Medicinrådet forventer på sit møde i december 2017 at foretage den endelige vurdering af 3 nye lægemidler, mens man på mødet i januar 2018 forventes at foretage den endelige vurdering af 7 nye lægemidler.

Behandlingsvejledninger

Medicinrådet har afsluttet arbejdet med én behandlingsvejledning og igangsat udarbejdelsen af behandlingsvejledninger for 7 andre terapiområder.

Medicinrådet har nedsat 25 fagudvalg.

Bestyrelsen vil på mødet den 8. februar 2018 få forelagt en årsrapport fra Medicinrådet.

Konference om fremtidens transport

(EMN-2017-00868)

Danske Regioner holder sammen med bl.a. DI Transport, KL og IDA en konference om fremtidens transport 2018 "Kommunale og regionale virkemidler til en bedre mobilitet" den 29. januar 2018.

Konferencen har fokus på regioners og kommuners muligheder for at styrke mobilitet og fremkommelighed lokalt og regionalt, bl.a. gennem øget brug af data og fokus på samspil mellem transportformer.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Notat om sikring af lægers kompetencer (1093373 - EMN-2017-04381)
2. Finanslov 2018 og satspulje 2018-2021 (1102672 - EMN-2017-04592)

22 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at næste møde holdes torsdag den 8. februar 2018 kl. 10.30 – 13.00 i

Regionernes Hus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

23 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Åbent referat af møde den 12. oktober 2017 i Danske Regioners bestyrelse...
Dagsordens titel	Åbent referat af møde den 12. oktober 2017 i Danske Regioners bestyrelse
Dagsordenspunkt nr	8
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

19-10-2017

EMN-2017-01847

1090806

Maren Munk-Madsen

Åbent referat af møde den 12. oktober 2017 i Danske Regioners bestyrelse

Deltagere: Bent Hansen, Stephanie Lose, Jens Stenbæk, Ulla Astman, Leila Lindén, Poul-Erik Svendsen, Charlotte Fischer (Pkt. 11-14), Per Larsen, Lise Müller, Henrik Thorup, Lone Langballe, Anne V. Kristensen, Martin Geertsen, Susanne Langer

Afbud: Jess V. Laursen, Sophie Hæstorp Andersen, Susanne Lundvald

Regionsdirektører: Jacob Steengaard Madsen, Jane Kraglund, Svend Særkjær

Deltagere fra sekretariatet Adam Wolf, Signe Friberg Nielsen, Erik Jylling, Rikke M. Friis, Tommy Kjelsgaard, Niels Ditlev Preisler, Katrine Tang, Nanna Skau Fischer, Kenneth Jensen (Pkt. 13), Kristian Terp (Pkt. 13), Trine Friis (referent)

Pkt. 11 Formandens meddelelser

Suspension af produktivitetskravet i 2018

Formanden orienterede om regeringens aftale med Dansk Folkeparti om suspension af produktivitetskravet i 2018.

Notat om aftale om suspension af produktivitetskravet 2018 blev omdelt.

Møde med sundhedsministeren den 26. oktober 2017

Formanden orienterede om, at der som opfølgning på mødet med sundhedsminister Ellen Trane Nørby den 19. september 2017 er aftalt et nyt møde med ministeren den 26. oktober 2017.

Møde med undervisningsministeren den 26. oktober 2017

Formanden orienterede om, at formanden og Jens Stenbæk som opfølgning på bestyrelsens drøftelse af fremtidens ungdomsuddannelser på mødet den 24. august 2017 skal mødes med undervisningsminister Merete Riisager den 26. oktober 2017.

OK-aftaler

Formanden orienterede om, at der den 2. oktober 2017 blev indgået en 4-årig aftale med Foreningen af Praktiserende Speciallæger.

Formanden orienterede om, at der pt. forhandles om nye aftaler for både tandlæger og fysioterapeuter.

Lovprogram 2017-2018

Formanden orienterede om, at regeringen offentliggjorde lovprogrammet for 2017-2018 i forbindelse med Folketingets åbning.

Notat om lovprogram 2017-2018 blev omdelt.

Rigsrevisionens undersøgelse af forebyggelse af hospitalsinfektioner

Formanden orienterede om, at Rigsrevisionen den 15. november 2017 forventes at offentliggøre en beretning om indsatsen for at undgå, at patienter smittes med infektioner, mens de er indlagt på regionernes hospitaler.

Uddannelse til ambulancebehandler

Formanden orienterede om, at der pt. pågår drøftelser om en ny erhvervsuddannelse til ambulancebehandler med start 1. januar 2019.

Pkt. 12 Åbent referat af møde den 14. september 2017 i Danske Regioners bestyrelse

Bestyrelsen godkendte referatet.

Pkt. 13 1. behandling af Danske Regioners budget 2018

Bestyrelsen godkendte, at budgettet for 2018 fastsættes med et driftsunderskud på 34,7 mio. kr. samt at det indstilles til godkendelse på generalforsamlingen 2018, at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,7 procent til 23,5 kr. pr. indbygger for 2018.

Bestyrelsen godkendte en rammebevilling på 5 mio. kr. for 2018-19 til implementerings- og opfølgingsudgifter i forbindelse med den nye databeskyttelsesforordning.

Budgettet overgår til 2. behandling på næste møde i bestyrelsen den 14. december 2017.

Resumé

Budgetforslag 2018 er udarbejdet i 2018 pris- og lønniveau.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,7 procent svarende til 0,4 kr. pr. indbygger og fastsættes til 23,5 kr. pr. indbygger for 2018. Budgetforslag 2018 indeholder en rammereduktion på 1,3 mio. kr., hvilket reducerer det nominelle driftsresultat til 34,7 mio. kr.

Det foreslås, at der bevilges en rammebevilling på 5 mio. kr. for 2018-19 til implementerings- og opfølgingsudgifter i fm. den nye databeskyttelsesforordning.

Pkt. 14 Godt sygehusbyggeri

Bestyrelsen godkendte 1 mio. kr. årligt i perioden 2018-2020 ved et træk på formuen til projektet Godt Sygehusbyggeri – koordination og innovation.

Bestyrelsen godkendte 0,5 mio. kr. i 2018 til en gentagelse af kampagnen "Vi bygger for livet", herunder en gentagelse af nationalt Åbent hospital i 2018.

Notat med resultater fra befolkningsundersøgelse om kendskab til sygehusbyggerierne blev omdelt.

Resumé

Projektet om videndeling "Godt sygehusbyggeri – koordination og innovation" udløber ved udgangen af 2017. Projektet har bidraget til identifikation af fælles udføringer, videndeling, dialog og produkter. Der gives her en status for arbejdet.

Der vurderes fortsat at være behov for videndeling og læring på tværs af byggerierne. Derudover skal der fortsat arbejdes med eksempelvis logistik og sporbarhed, hvor der jf. ØA18 skal udarbejdes handlingsplaner. Der skal også arbejdes videre med eksekvering og understøttelse af kommunikationsstrategien: Vi bygger for livet. På den baggrund foreslås det, at projektet videreføres i perioden 2018-2020, dog med et reduceret budget i forhold til de forrige år, som følge af en løbende tilpasning af aktiviteterne i takt med fremdriften i byggerierne.

Pkt. 15 Kvaliteten af udenlandske lægers arbejde

Bestyrelsen understregede, at regionerne bør have ledelsesfokus på at sikre det fornødne kompetenceniveau hos lægerne generelt – ikke kun hos udenlandske læger.

Bestyrelsen bad på baggrund af sin drøftelse af sagen om, at sekretariatet i samarbejde med regionernes sundhedsdirektører afdækker, hvorledes det sikres, at udenlandske læger har de rette faglige kompetencer, når de arbejder i Danmark.

Enhedslisten fandt, at der bør stilles ensartede krav til udenlandske læger uanset, hvor de er uddannet.

Bestyrelsen bad sekretariatet om at udarbejde en beskrivelse af, hvorledes man kan sikre, at der er ensartede krav til lægernes faglige kompetencer og sproglige formåen – uanset hvor de er uddannet (Norden, EU/EØS, Uden for EU/EØS). Bestyrelsen bad endvidere om en beskrivelse af, hvilke initiativer regionerne har taget for at sikre systematisk fokus på lægernes faglige kompetencer.

Bestyrelsen bad endvidere om en oversigt over, i hvilke lande de læger, som Styrelsen for Patientsikkerhed har frataget autorisation, er uddannet.

Resumé

En opgørelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed viser, at næsten hver tredje læge, der får frataget sin autorisation, er uddannet i udlandet. I den forbindelse har Danske Regioners formand i medierne peget på, at der er behov for et

mere systematisk tjek af de udenlandske lægers faglige kompetencer på sygehusafdelingerne. Det er derfor vigtigt, at regionerne har et fortsat fokus på at sikre, at udenlandske læger har de rette faglige kompetencer, når de arbejder i Danmark.

Pkt. 16 VIS.dk

Bestyrelsen godkendte, at e-plattformen VIS.dk lukkes.

Resumé

I april 2011 lancerede Danske Regioner e-plattformen VIS.dk. Formålet med VIS.dk var at understøtte spredning og deling af viden blandt aktører inden for sundhedsvæsenet på tværs af geografi og organisationer.

Plattformen anvendes kun i meget begrænset omfang og udgør derfor ikke længere den dynamiske form for læring og deling af viden, som oprindeligt var tiltænkt. I dag vil man i overvejende grad søge viden og information frem via søgemaskiner. Samtidig anvender regionerne andre tilgange til tværregional vidensdeling, og der er etableret lærings- og kvalitetsteams i regi af det nationale kvalitetsprogram. VIS.dk foreslås derfor lukket.

Pkt. 17 Danske Regioners generalforsamling 2018

Bestyrelsen godkendte rammerne for Danske Regioners generalforsamling 2018 samt rammerne for konferencen den 21. marts 2018.

Resumé

Danske Regioners generalforsamling holdes den 22. marts 2018 i Centralværkstedet i Aarhus. Generalforsamlingen i 2018 er den første efter regionsvalget i november 2017, hvorfor generalforsamlingen skal konstituere en ny bestyrelse.

Ligesom ved tidligere generalforsamlinger holdes en konference for regionsrådspolitikere dagen før generalforsamlingen.

Pkt. 18 Generelle orienteringer

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Følgende emne er til orientering:

- Høring over forslag til Lov om fastsættelse af udgiftslofter for stat, kommuner og regioner for finansåret 2021.

Pkt. 19 Næste møde

Næste møde holdes torsdag den 14. december 2017 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus.

Pkt. 20 Eventuelt

-

Bilag Titel:	Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
Dagsordens titel	2. behandling af Danske Regioners budget 2018
Dagsordenspunkt nr	9
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

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

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

Ad1. Kontingent fra regionerne

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen.

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

En undtagelse fra denne praksis var 2011, hvor bestyrelsen i 2010 besluttede at indstille til generalforsamlingen, at kontingentet for 2011 ikke skulle pris- og lønreguleres.

Den manglende PL-regulering i 2011 udgjorde 0,8 procent, hvilket medfører en varig reduktion i foreningens kontingentindtægter, der kun langsomt falder med effekten af efterfølgende PL-reguleringer.

For 2018 indstilles kontingentet fastsat til 23,5 kr. pr. indbygger.

06-09-2017

EMN-2017-03586

1081588

Kristian Terp

Ad 2. Betaling fra regionerne til Medicinrådet, RSI, VMR, RFI og Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams

Medicinrådet blev etableret i efteråret 2016. Udgifterne til afklaring og opstart af Medicinrådet blev finansieret ved en projektbevilling fra Danske Regioner. I 2018 udgør regionernes betaling til Medicinrådet 43,6 mio. kr. Medicinrådets budget for 2018 er budgetlagt neutralt, således at indtægter og udgifter balancerer.

For 2018 er regionernes betaling til hhv. RSI 5 mio. kr., til Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer 8,6 mio. kr., til RFI 4,1 mio. kr. og til Kvalitetsindsatsen 0,8 mio. kr. Bidragene til de tre enheder og til kvalitetsindsatsen fastsættes af deres styregrupper og finansieres særskilt af regionerne. Enhedernes indtægter og udgifter balancerer på Danske Regioners budget.

Ad 3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af RLTN

Danske Regioner modtager årligt et bidrag fra staten til delvis dækning af sekretariatsbetjeningen af RLTN. For 2018 ventes bidraget at udgøre 3,25 mio. kr.

Ad 4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje

Som beskrevet i bilag 2 – Administration og service leverer Danske Regioner administrative ydelser til en række eksterne virksomheder og fonde. Indtægterne fra salget af disse administrative ydelser ventes i 2018 at udgøre 7 mio. kr.

Danske Regioner udlejer kontorarealer i Regionernes Hus til Sundhed.dk. Huslejeindtægten fra Sundhed.dk ventes i 2018 at udgøre 2,6 mio. kr.

Ad 5. Bidrag fra formue

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

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

Der kan i sagens natur være store udsving i kapitalposterne fra det ene år til det andet, men det har i de foreløbigt 10 år, foreningen har eksisteret, hvert

år været muligt budgetmæssigt at dække en væsentlig del af indtægterne via kapitalposterne.

For 2018 er dækningen via kapitalposterne budgetteret til 34,1 mio. kr.

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

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

Tabellen nedenfor viser resultatet af en mekanisk fremskrivning af de nuværende budgetforudsætninger og forpligtelser for Danske Regioner i perioden 2014-2028 og den resulterende egenkapital. Reduktionen i underskuddene i 2019 og 2021 skyldes udløb af rammebevillinger. Som det fremgår, vil den løbende underskudsfinansiering udtømme egenkapitalen senest i 2028. Kolonnen "Nettoværdi af ejendomme" er medtaget for at synliggøre, at en stadig stigende andel af egenkapitalen vil være bundet i mursten. Over perioden vil de investerede midler i aktier og obligationer blive realiseret for at fremskaffe likviditet til det løbende driftsunderskud. Alternativet hertil er en realisering af ejendommen(e) eller en ny belåning af samme.

Tabel 1. Fremskrivning af egenkapitalen 2014-2028

Udvikling i egenkapital 2014-28 (Millioner kroner)				
År	Årets resultat	Egenkapital ultimo	Nettoværdi af ejendomme	Bem:
2014	-28,6	391,7	251,33	Regnskabstal
2015	-12,7	379,0	174,38	Regnskabstal
2016	-9,3	369,7	177,55	Regnskabstal
2017	-14,2	355,5	179,91	Forventet regnskab
2018	-33,3	322,2	180,64	Budgetforslag
2019	-29,8	292,4	174,20	Budgetoverslag
2020	-30,8	261,6	167,75	Budgetoverslag
2021	-29,8	231,8	161,31	Budgetoverslag
2022	-29,8	202,0	154,87	Budgetoverslag
2023	-29,8	172,2	148,42	Budgetoverslag
2024	-29,8	142,4	141,98	Budgetoverslag
2025	-29,8	112,6	135,48	Budgetoverslag
2026	-29,8	82,8	128,98	Budgetoverslag
2027	-29,8	53,0	122,48	Budgetoverslag
2028	-29,8	23,2	115,98	Budgetoverslag

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

Relateret document 2/2

**Dokument Navn: Danske Regioners sekretariat
(revideret).docx**

Dokument Titel: Danske Regioners sekretariat

Dokument ID: 1098675



NOTAT

14-11-2017
EMN-2017-03586
1098675
Kristian Terp

Danske Regioners sekretariat: Ressourceanvendelse, opgaver og bemanning

I forbindelse med forelæggelsen af Budget 2018 er udarbejdet en opdatering af de foregående års redegørelse for sekretariatets ressourceanvendelse i forhold til kerneopgaven samt en redegørelse for opgaver og bemanning af Sekretariatets administrative og servicemæssige funktioner.

Konsulenternes ressourceanvendelse

Som i de foregående år er udarbejdet en opgørelse af Sekretariatets ressourceanvendelse pr. 1. september 2017. Udviklingen i AC'ernes tidsanvendelse fra 2013-2017 fremgår af tabel A. Opgørelsen er baseret på akademiske medarbejdere (inkl. journalister) uden ledelsesansvar, og som ikke varetager interne opgaver (løn, HR. m.v.).

Tabel A: AC'ernes tidsanvendelse i pct. fra 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Ekstern interessevaretagelse	37,3	39,4	43,7	43,1	45,5
Politisk udvalgsbetjening, presse og konferencer	30,1	31,7	31,2	32,1	34,1
Videndeling, koordination, arbejdsgrupper og samarbejde med regionerne	32,5	28,8	25,1	24,8	20,4

Opgørelsen viser nogle forskydninger fra 2016 til 2017 i medarbejdernes tidsanvendelse på henholdsvis 1) ekstern interesse varetagelse 2) politisk udvalgsbetjening, presse og konferencer eller 3) videndeling, koordination og samarbejde med regionerne. Flere ressourcer anvendes på kategori 1 og 2, mens færre ressourcer anvendes på kategori 3.

Over perioden 2013-2017 er den eksterne interessevaretagelse steget med 8,2 procentpoint. Ekstern interessevaretagelse er dermed fortsat den kategori, som AC'erne anvender flest ressourcer på. I samme periode er den andel af

AC'ernes tid, der anvendes til politisk udvalgsbetjening, presse og konferencer, steget med 4 procentpoint.

Anderledes forholder det sig til kategorien videndeling, koordination og samarbejde med regionerne, som er faldet med 12,1 procentpoint. Dette er resultatet af en målrettet indsats i 2014-2015 for at sanere i antallet af arbejdsgrupper samt mødefrekvens og -form.

Center for Administration og Service

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

Ud over varetagelsen af disse interne funktioner varetager CAS tillige – mod betaling – opgaver med løn, bogholderi og IT for en række eksterne virksomheder og fonde:

- Sundhed.dk
- Kiropraktorfonden
- Fonden for Almen Praksis
- DAK-E (del af Fonden for Almen Praksis)
- Fysioterapifonden
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Speciallægefonden
- Tandlægefonden
- Landstandlægeklagenævnet
- Fodterapifonden
- IKAS

CAS udarbejder lønsedler for ca. 700 ansatte/konsulenter/politikere m.v. i Danske Regioner og i de eksterne virksomheder og fonde hver måned. Den eksterne lønopgave er således noget større end den interne. I forhold til løn-opgaven skal det bemærkes, at Danske Regioner selv løbende vedligeholder lønsystemet med ændringer i de ca. 50 overenskomster, der udbetales løn efter.

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

På IT-siden har CAS udvidet serviceringen til i alt godt 340 brugere fordelt med ca. 230 brugere i Danske Regioner, herunder support i forbindelse med politiske møder m.v., ca. 70 brugere i Sundhed.dk og ca. 40 i eksterne virksomheder og fonde.

I tabel B herunder ses udviklingen i bemanningen i CAS i perioden 2010 til 2017.

Tabel B. Udviklingen i bemanning 2010 - 2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Løn, bogholderi, IT og sekretariat	14,8	13	13	12	13*	14**	15	15
Service, rengøring og køkken	16	15	15	15	14	14	12	11
Vicevært, trykkeri og reception	5	5	5	5	5	5	4	4
I alt	35,8	33	33	32	32	33	31	30
Elever	4	4	4	4	4	4	4	4***
I alt inklusive elever	39,8	37	37	36	36	37	35	34

*) I disse 13 indgår én medarbejder, der i 2013 er rokeret fra Direktionsskretariatet til CAS inklusive sine opgaver inden for personalejura. Det sammenlignelige tal er dermed 12

**) Ifm. Procrin projektet blev der i foråret 2015 ansat en controller, der finansieredes 50/50 imellem Procrin bevillingen og Danske Regioner.

***) Det har vist sig svært at fastholde den planlagte IGU-elev, hvorfor denne ikke indgår i opgørelsen.

Der er siden 2010 sket en reduktion i bemanningen på i alt 5,8 stillinger som følge af effektiviseringer, ændret arbejdstilrettelæggelse samt indførelse af digitale sagsgange. I løbet af 2013 blev en medarbejder rokeret med sine opgaver til CAS og i 2015 er der ansat en AC medarbejder delvist finansieret af Procrin bevillingen.

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

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

Tabel C. Løn, bogholderi, IT og sekretariat (stillinger)

Område	Opgaver	Antal	Heraf:	
			DR	Øvrige
Administrationschef	Ledelse	1	0,8	0,2
Chefrådgiver/ Controllere	Økonomi, budget og opfølgning	2	1	1
Chefrådgiver	Personalejura, rekruttering og "husjura"	1	0,75	0,25
Serviceleder	Ledelse af serviceområdet	1	0,9	0,1
Løn og bogholderi	Løn- og bogholderiopgaver for Danske Regioner samt eksterne virksomheder og fonde	5	2	3
Personaleadministration	Ajourføring af lønsystem med OK-ændringer, personaleadministration og rekruttering	1	0,5	0,5
IT	IT-ledelse, -udvikling, -drift og -support samt webopgaver	4	2,5	1,5
I alt		15	8,45	6,55

Som det fremgår af tabellen, udgør den eksternt vendte del af administrationen 6,55 stillinger. Den del af løn, bogholderi, IT og sekretariat, der retter sig mod administration af Danske Regioner selv, udgør 8,45 stillinger inklusive administrationschef, IT- og serviceleder.

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

Bilag Titel:	24.10 Høringssvar kapacitetsloft
Dagsordens titel	Høringssvar vedrørende kapacitetsloft på gymnasier
Dagsordenspunkt nr	10
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Undervisningsministeriet
mdcjc@uvm.dk
Att.
Karen-Iben R. Perelman
Annegrethe Larsen
Ole Hvilsom Larsen

24-10-2017
EMN-2017-04332
1094188
Kasper Munk Rasmussen

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om institutioner for almen- og gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v. (Kapacitetsloft).

Danske Regioner har 11. oktober 2017 modtaget lovudkast vedrørende kapacitetsloft til høring. Vi ønsker at kvittere for muligheden for at kommentere på lovudkastet.

Forslaget rummer vigtige og nødvendige ændringer, der vil være med til at bevare mulighederne for at elever i hele Danmark fortsat kan gå på et lokalt gymnasium. De foreslåede ændringer er et skridt i den rigtige retning og kan medvirke til at sikre en god geografisk uddannelsesdækning og dermed understøtte vækst og udvikling i hele landet.

Danske Regioner har enkelte forslag til præciseringer, der efter vores vurdering vil forbedre implementeringen af forslaget og smidiggøre processen omkring kapacitetsfastsættelse for såvel elever som institutioner.

Danske Regioners kommentarer i kort form:

- Muligheden for at fastsætte kapacitetsloftet i perioder ud over de nuværende to år, og muligheden for at sætte kapaciteten til et lavere niveau end den nuværende, er et vigtigt skridt mod at sikre den fremtidige geografiske uddannelsesdækning og hensigtsmæssig udnyttelse af kapaciteten i en tid med et generelt lavere behov for kapacitet på gymnasieområdet.
- I forhold til ministerens mulighed for at fastsætte et kapacitetsloft på eget initiativ efter søgetallene er kendt anbefaler vi, at det kun bør være i helt særlige tilfælde, at muligheden anvendes. Såfremt man vælger at fastholde denne del af lovforslaget, er det vigtigt at

specificere, under hvilke præcise omstændigheder muligheden kan tages i anvendelsen, herunder at det relevante regionsråd skal høres, samt at understrege, at regionsrådet også kan bede ministeren om at fastsætte et kapacitetsloft efter søgetallene er kendt.

- Vi vil anbefale, at en mere smidig proces for fastsættelse af kapacitetsloft indarbejdes i lovforslaget, så elever og institutioner kender til loftet så tidligt som muligt, og gerne inden eleverne skal søge ungdomsuddannelserne (1. marts).
- Muligheden for kapacitetsloft bør også omfatte HHX og HTX. Det vil være nødvendigt for at sikre imod at et erhvervsgymnasium kan underminere den geografiske uddannelsesdækning. Det vil flugte med intentionen bag Gymnasireformen fra 2016, der samlede alle gymnasialeuddannelser under én lovgivning.
- Regionerne anbefaler, at det kommende anlægsloft/investeringsrammer administreres i overensstemmelse med øvrige styringsmekanismer på området, særligt kapacitetsloftet.

Forslagets relevans

Ungdomsuddannelser som gymnasier og erhvervsskoler er vigtige for vækst og udvikling i hele Danmark. Det gælder særligt i forhold til bosætning, hvor det er vigtigt for mange familier, at man kan starte på en ungdomsuddannelse lokalt.

Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på, at et stort flertal af de unge ønsker at gå på deres lokale gymnasium som deres førstevalg.

De almene gymnasier har i dag stor frihed til selv at bestemme, hvor mange elever de ønsker at optage. For at sikre ungdomsuddannelser i hele Danmark er det i dag muligt at lægge et loft over antallet af elever/klasser (kapaciteten) på de enkelte gymnasier. Det foregår ved, at det relevante regionsråd indstiller kapacitetsloftet til Undervisningsministeren. Muligheden bliver især brugt, hvor institutioner i større byer øger deres elevbestand ved at optage elever fra yderområder, og hvor dette fjerner elevgrundlaget for institutioner uden for de større byer. Hvis mulighederne for at tage en ungdomsuddannelse lokalt forsvinder, vil det gå ud over det flertal af unge, der ønsker den lokale uddannelse.

Den demografiske udvikling indebærer, at der frem mod 2030 bliver godt 25.000 færre unge i alderen 16-19 år. Samtidig vil de nye karakterkrav fra skoleåret 2019/20 ifølge Undervisningsministeriets tal betyde, at antallet af gymnasieelever reduceres med op til 6% (for STX). Det betyder samlet set, at der bliver behov for mindre kapacitet på gymnasierne. Derfor vil der være behov for i højere grad at kunne nedjustere kapaciteten på institutionerne, hvis man skal kunne bevare en god geografisk uddannelsesdækning. Det skal det nye lovforslag medvirke til.

Mulighed for at Undervisningsministeren kan fastsætte kapacitetsloft på eget initiativ

Det fremgår af forslaget, at Undervisningsministeren skal kunne fastsætte et kapacitetsloft efter at antallet af ansøgere til de enkelte gymnasier er kendt cirka den 15. marts. Danske Regioner forstår på forslaget, at det er tiltænkt den situation, hvor eksempelvis et gymnasium har fået væsentligt færre ansøgere end forventet, og hvor bæredygtigheden derfor er truet.

Danske Regioner finder, at der er en række problemstillinger vedrørende denne del af lovforslaget. For det første bør eleverne i hovedreglen vide, om der er kapacitetsloft på de institutioner de søger ind på, når de søger ind den 1. marts. På den måde har de mulighed for at undgå at "spilde" deres førsteprioritetsønske på en institution, der alligevel er pålagt et loft.

For det andet er tidsrummet for at gribe ind efter søgningen til de enkelte institutioner er kendt meget begrænset. I dag kendes søgningen til de enkelte institutioner omkring 15. marts. Fordelingen af elever på baggrund af deres ønsker og afstand til institutionerne begynder med det samme. Hvis man går ind og ændrer institutionernes kapacitet efter den 15. marts vil det gribe ind i – og forsinke fordelingen af elever. Endvidere vil det gribe ind i institutionernes planlægning og ansættelse/afskedigelse af lærer. Af hensyn til dette skal institutionerne kende den endelige kapacitet senest den 1. april.

Endeligt er regionerne bekymret for, at beslutningerne træffes uden inddragelse af regionerne, der har viden om lokale forhold, demografi mv. og de involverede institutioner. Det beskrives ikke nærmere, hvad ministeren vil lægge til grund for eventuelle beslutninger om kapacitetsloft, der er foretaget efter, at søgetallene er kendt. Samtidig har vi ikke kendskab til situationer, hvor muligheden hidtil ville have været relevant.

Efter søgetallene er kendt, kan man forestille sig en række forskellige scenarier. Såfremt overraskende *mange* elever søger et specifikt gymnasium, har fordelingsudvalget allerede i dag mulighed for at hæve kapaciteten jf. optagelsesbekendtgørelsens §28 stk. 6. Hvis et landgymnasium har fået overraskende lav søgning. Det formodes, at man her i forvejen vil være bekendt med situationen omkring gymnasiet, og der derfor i forvejen er lagt loft over nabogymnasierne i januar, hvilket sikrer fordeling af eleverne. I det efterfølgende år vil man kunne tilpasse kapacitetsloftet til dette. Endeligt er der situationen, hvor et bygymnasium har fået en overraskende lav søgning. Denne lave søgning vil nu gøre det muligt for bygymnasiet at fylde kapaciteten op med elever fra tilstødende landområder. Vi finder umiddelbart ikke situationen sandsynlig, men her kan det være relevant at fastsætte et kapacitetsloft i marts.

Forslag til præciseringer

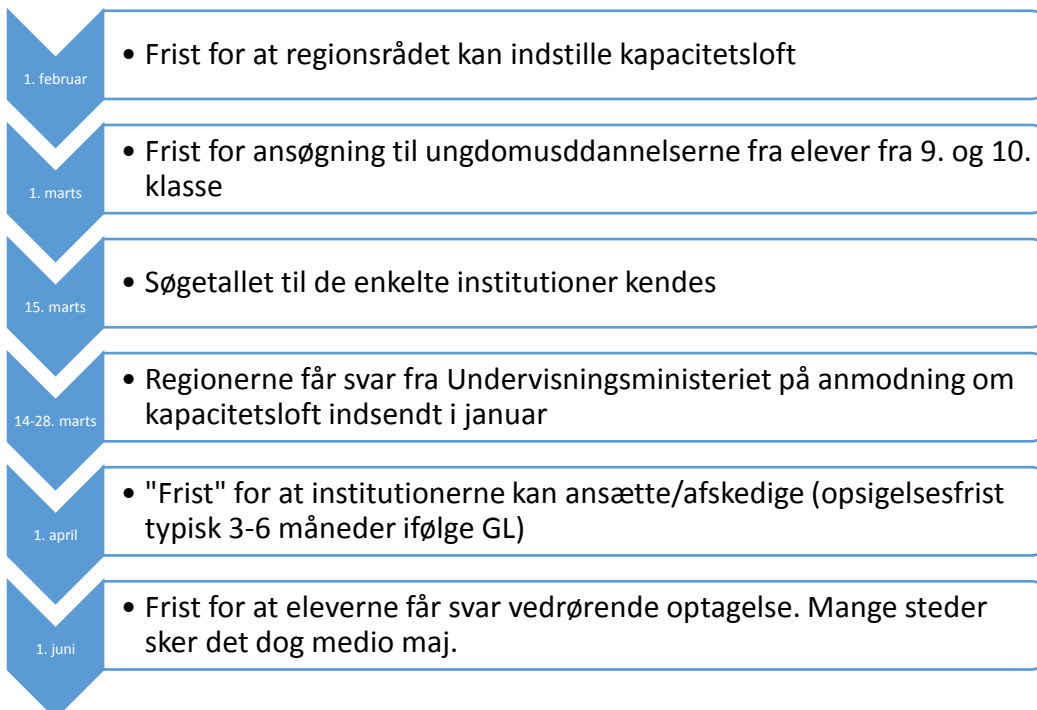
På baggrund af ovenstående vil vi opfordre til, at man i bemærkningerne til lovgivningen fastslår mere præcist, i hvilke tilfælde det bør være muligt for ministeren på initiativ at fastsætte kapacitetsloft efter søgetallene til de enkelte institutioner er kendt.

Det bør i den forbindelse bemærkes, at den foreslåede adgang kun bør anvendes i helt særlige tilfælde, og som udgangspunkt kun af tidsmæssige grunde og hvis der er kommet nye oplysninger i sagen som regionsrådet ikke har haft mulighed for at reagere på at tidsmæssige grunde, og at et sådant fastsat kapacitetsloft alene vil have virkning for ét år. Herudover bør ministeriet som rådføre sig med den pågældende region forud for en eventuel anvendelse af dette værktøj.

Dernæst bør det præciseres i bemærkningerne til lovforslaget, at muligheden alene kan anvendes i perioden 15. marts til 1. april af hensyn til institutionernes planlægning og fordelingsopgaven.

Det er regionerne, der i øvrigt koordinerer kapaciteten på gymnasieområdet og varetager elevfordelingen, og derfor bør muligheden for at tage initiativ til et kapacitetsloft efter søgetallene er kendt også gælde for regionsrådene.

Den nuværende proces for fastsættelse af kapacitetsloft



Forslag om en smidigere proces for kapacitetsfastsættelse

Nærværende lovforslag gør det nemmere at administrere kapacitetsloftet, da der bliver lavet klarere regler for anvendelsen. Det er dog et problem, at institutionerne og særligt eleverne i dag først meget sent ved, hvor der er lagt et kapacitetsloft.

Som processen er i dag træffer regionen beslutning om kapacitetsloft inden den 1. februar. Herefter venter man typisk to måneder på svar fra ministeriet, der erfaringsmæssigt kommer i perioden 14. til 28. marts. Efter denne periode på op mod to måneder har ministeriet som oftest fulgt regionsrådets indstilling.

Problemet i dag er hovedsageligt, at eleverne skal vælge ungdomsuddannelse første marts, og at de gør det uden at vide, hvor der bliver kapacitetsloft, da denne beslutning først foreligger senere.

Forslag til præciseringer:

På baggrund af ovenstående foreslås det, at en mere smidig proces for kapacitetsfastsættelse indarbejdes i lovforslaget, så kapacitetsloftet i langt de fleste tilfælde vil være endeligt besluttet inden eleverne vælger ungdomsuddannelse 1. marts hvert år. Det giver også mulighed for, bl.a. gennem UU-vejledningen, at informere eleverne om, hvor der aktuelt er kapacitetsloft, inden de vælger, hvilken institution de vil søge ind på.

Samme regelsæt for alle gymnasiale uddannelser

Med gymnasireformen 2016 blev de fire gymnasiale uddannelser (STX, HTX, HHX og HF) ligestillet. Der er dog fortsat områder, hvor lovgivningen er forskellig. Det gælder eksempelvis muligheden for at pålægge institutioner et kapacitetsloft. Hverken HHX eller HTX kan i dag pålægges et kapacitetsloft for antallet af elever, ligesom begge uddannelser er undtaget lokale fordelingskriterier. Det kan gå hen og blive en udfordring ift. at sikre en bred uddannelsesdækning.

Den ikke ubetydelige interesse fra ansøgere på tværs af gymnasiale uddannelser og udviklingen i kapaciteten betyder, at regionernes rolle bør tænkes på tværs af de fire gymnasiale uddannelser. Af hensyn til at fremtidssikre uddannelsesdækningen –og af principielle grunde - bør HHX og HTX derfor følge samme regler som STX og HF for så vidt angår kapacitetsloft.

Konkret kan man have en situation, hvor STX-institutioner i en given by pålægges kapacitetsloft for at tilgodese de omkringliggende STX-institutioner i landdistrikterne, men hvor formålet undermineres af, at HHX eller HTX institutioner i den pågældende by øger kapaciteten.

Det vil være muligt for udbydere af HHX eller HTX at spekulere i kapacitetsloftet ved at lave kampagner, der markedsfører muligheden for at læse inde i byen.

Der er ikke umiddelbart argumenter for, at HHX og HTX ikke skal omfattes af muligheden for kapacitetsloft. De fire gymnasiale uddannelser har i mange fagkombinationer et stort fagligt overlap, ligesom de i stigende grad udbydes af de samme institutioner.

En mulig løsning vil være, at Undervisningsministeriet og regionerne går i dialog om udfordringerne med HHX og HTX, og at der på baggrund af dette sker eventuelle tilpasninger af lovgivningen.

Hvis HHX og HTX medtages under muligheden for kapacitetsloft bør institutionerne også deltage i fordelingsudvalg mv.

Sammenhæng med implementering af anlægsloft/investeringsrammer

Hvis kapacitetsloftet skal få den ønskede effekt, er det afgørende, at der er overensstemmelse mellem de forskellige styringsmekanismer på området, herunder kapacitetsloft og investeringsrammer. Fra 2018 træder de nye investeringsrammer for ungdomsuddannelserne i kraft. Det er vigtigt, at investeringsrammerne ikke kommer til at fungere som en generel begrænsning for udviklingen af ungdomsuddannelserne, men at der er rum til prioritering dér, hvor der er et særligt behov.

Det kræver, at investeringsrammen administreres og prioriteres på baggrund af de øvrige styringsmekanismer på området, eksempelvis kapacitetsfastsættelse og godkendelse af nye udbud. Det vil vi opfordre ministeren til at sikre eksempelvis gennem etablering af en fast procedure med høring af de relevante regionsråd vedrørende prioriteringer ift. gymnasier og erhvervsskoler beliggende i den pågældende region.

Konkret kan følgende situationer vise sig problematiske:

- Hvis et regionsråd og efterfølgende ministeren vælger at pålægge en institution et kapacitetsloft, vil det være problematisk, at institutionen får mulighed for at udbygge kapaciteten (nødvendig renovering af eksisterende kapacitet undtages)
- Hvis regionen på baggrund af analyser af overgang, demografi, infrastruktur mv. vurderer, at der er tilstrækkelig kapacitet i et givent område, bør dette lægges til grund for prioriteringen af midler, som tænkes anvendt til udvidelse af kapaciteten.
- Regionen og efterfølgende ministeren godkender nye udbud af STX, HF, HHX, HTX, IB samt erhvervsuddannelsernes grundforløb 1 og 2. Disse udbud kan placeres på eksisterende institutioners nuværende adresser eller på nye adresser. Her er det vigtigt, at investeringsrammen ikke hindrer den fysiske etablering og udvikling af nye udbud.

- En del af intentionen med kapacitetsloftet er at give mulighed for at udvikle øvrige institutioner i et givent område, så de fortsat er attraktive, og den geografiske uddannelsesdækning dermed fastholdes. Her er det vigtigt, at disse institutioner ikke begrænses i deres udviklingsmuligheder.
- Hvis regionen som følge af §10 stk. 3 i Lov om institutioner for almengymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse mv. vælger at tildele udviklingstilskud til en institution, bør dette ikke være omfattet af investeringsrammen, men være ud over dette.

Øvrige bemærkninger:

På side 2 (afsnit 2) i "bemærkninger til lovforslaget" står der, at der skal angives mindst to yderligere uddannelsesønsker, hvis en gymnasial uddannelse er det højest prioriterede uddannelsesønske. Af hensyn til at kunne gennemføre en eventuel elevfordeling nemmest muligt, bør ansøgningsformularen (optagelse.dk) være indrettet således, at den systemteknisk tager højde for dette, dvs. at man ikke kan "springe" angivelsen af 2. og 3. prioritet over. På den måde sikres, at fordelingsudvalgene ikke står med ansøgere til en overansøgt institution, som man ikke umiddelbart kan fordele væk til andre institutioner, fordi der mangler 2. og 3. prioritet.

Det er i dag en barriere, at sekretariaterne for fordelingsudvalgene ikke har mulighed for direkte adgang til Optagelse.dk. Dette bør imødekommes for at sikre en hensigtsmæssig administration af fordelingsopgaven samt håndtering af elevdata.

Venlig hilsen



Bent Hansen



Stephanie Lose

Bilag Titel:	vanskelige-sager---handtering-af
Dagsordens titel	Procedure for politianmeldelse
Dagsordenspunkt nr	12
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Vejledning om håndtering af vanskelige sager, der involverer medarbejdere fra Region Midtjylland

Efter anmodning fra direktionen har Koncern HR og Regionssekretariatet udarbejdet en vejledning om vanskelige sager.

Vejledningen er efterfølgende godkendt af direktionen.

Vanskelige sager er typisk sager,

- o der har aspekter af strafferetlige forhold i forhold til enkelt medarbejdere eller til Region Midtjylland,
- o der kan være sager, der rejses af eller vedrører brugere eller borgere
- o der har/ kan få politikernes og eller pressens bevågenhed og
- o hvor det er vigtigt at sikre, at direktionen og regionsrådet får en hurtig og relevant orientering.

Det er væsentligt i denne type sager at sikre en ensartet praksis herunder især i forhold til politianmeldelse og i forhold til eventuelle personalemæssige sanktioner – bortvisning /afsked /advarsler

Når et hospital eller en institution får en af de ovenfor nævnte sager, skal der – inden der træffes personalemæssige eller retlige beslutninger – rettes henvendelse til Koncern HR, Viborg. I den sammenhæng er en beslutning om ikke at gøre noget også en beslutning. Der rettes samtidig henvendelse til direktionen og/eller den faglige stab.

Det videre forløb i en sådan sag aftales i samarbejde mellem Koncern HR, Viborg, Regionssekretariatet og den stedlige ledelse.

Generelt sker der i Region Midtjylland politianmeldelser, når en medarbejder mistænkes for eller har erkendt i tjenesten at have overtrådt straffelovens bestemmelser om

- o Forbrydelser i offentlig tjeneste eller hverv (straffelovens kapitel 16)
- o Forbrydelser mod kønssædeligheden (straffelovens kapitel 24)
- o Forbrydelser mod liv og legeme (straffelovens kapitel 25) og
- o Formueforbrydelse (straffelovens kapitel 28).

Det vil også kunne komme på tale at politianmelde andre overtrædelser i tjenesten af straffeloven.

Hvis der er tale om sager, der skal politianmeldes, skal dette ske, uanset om medarbejderen selv opser sin stilling i forbindelse med sagen.

En politianmeldelse sikrer at en myndighed udenfor Region Midtjylland tager stilling til om der er tale om et strafferetligt forhold, som skal forfølges. Dette sikrer en upartisk afgørelse både i de situationer, hvor politiet beslutter at gå videre med en sag og i de tilfælde, hvor politiet beslutter, at der ikke foretages strafferetlige skridt.

Uanset politiets afgørelse vil der i nogle sager skulle overvejes, om der skal ske en ansættelsesmæssig reaktion; advarsel, opsigelse, bortvisning.

Koncern HR og Regionssekretariatet orienterer Region Midtjyllands direktion og aftaler med denne, hvordan Regionsrådet /formanden for Regionsrådet orienteres.

Herunder tages der stilling til, hvem der i den konkrete sag udtaler sig til pressen.

Bilag Titel:	udviklingen i antal af speciallæger - bilag 1 bestyrelsesmøde
Dagsordens titel	Status for antal af speciallægestillinger
Dagsordenspunkt nr	14
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



21-11-2017

EMN-2017-00054

1100455

Lisbet Langbjerg Sørensen

Bilag 1 – Antal af speciallæger i regionerne

Kilde: KRL-SIRKA december 2016 og august 2017.

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 forholdsmeæssig større andel af afdelingslæger i forhold til overlæger.

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

Ved sidste status på bestyrelsesmødet i august var opgørelsen baseret på april-tal.

Udviklingsindeks viser udviklingen fra december 2016 til august 2017.

Hele landet	December 2016	April 2017	August 2017	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	1.036	1.063	1.057	102
Overlæger	5.442	5.501	5.489	101
Afdelingslæger	1.909	1.924	1.963	103
Samlet antal special- læger	8.388	8.489	8.509	101
Overlæger/afdelings- læger	2,85	2,86	2,80	

Hovedstaden	December 2016	<i>April</i> <i>2017</i>	August 2017	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	221	218	210	99
Overlæger	2.142	2.178	2.177	102
Afdelingslæger	659	653	659	99
Samlet antal special- læger	3.023	3.048	3.046	101
Overlæger/afdelings- læger	3,25	3.34	3,38	
Midtjylland	December 2016	<i>April</i> <i>2017</i>	August 2017	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	205	206	206	100
Overlæger	1.145	1.141	1.141	100
Afdelingslæger	448	467	467	104
Samlet antal special- læger	1.798	1.814	1.814	101
Overlæger/afdelings- læger	2,56	2,44	2,37	
Nordjylland	December 2016	<i>April</i> <i>2017</i>	August 2017	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	148	155	157	106
Overlæger	435	444	436	100
Afdelingslæger	202	210	234	116
Samlet antal special- læger	785	810	827	105
Overlæger/afdelings- læger	2,15	2,11	1,87	

Sjælland	December 2016	<i>April</i> 2017	August 2017	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	139	148	145	105
Overlæger	689	702	710	103
Afdelingslæger	160	165	156	97
Samlet antal special- læger	988	1.014	1.011	102
Overlæger/afdelings- læger	4,29	4,25	4,54	
Syddanmark	December 2016	<i>April</i> 2017	August 2017	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	306	317	325	106
Overlæger	1.029	1.035	1.032	100
Afdelingslæger	432	422	443	103
Samlet antal special- læger	1.768	1.774	1.800	102
Overlæger/afdelings- læger	2,38	2,46	2,33	

Bilag Titel:	Styrket samarbejde mellem regionerne på kræftområdet
Dagsordens titel	Status på kræftområdet
Dagsordenspunkt nr	15
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Styrket samarbejde mellem regionerne på kræftområdet

Regionerne har et veludbygget samarbejde på kræftområdet. Det nuværende samarbejde indeholder blandt andet formaliserede samarbejdsaftaler på en række områder. Samarbejdet er særlig tæt på de højtspecialiserede områder, hvor behandlingen kun varetages få steder i landet.

Regionerne styrker og udbreder koordineringen på området med en samarbejdsaftale, der skal sikre gode rammer for samarbejdet mellem regionerne og afdelingerne på kræftområdet. Hermed skabes der et endnu bedre udgangspunkt for den bedst mulige udnyttelse af kapaciteten på landsplan, således at udredning og behandling tilbydes hurtigt og dynamisk – til gavn for landets kræftpatienter.

Med aftalen opstilles formelle rammer med henblik på at styrke samarbejdet mellem regioner og de kliniske afdelinger. Aftalen medvirker til, at der ikke er forhold, der hindrer et dynamisk og effektivt samarbejde mellem regionerne. Aftalen medvirker til bedre planlægning af kapaciteten i hele landet, især på de områder, hvor regionerne er særligt pressede på kapaciteten.

Regionerne har aftalt konkrete elementer, der indgår i samarbejdsaftalen:

Aftalen omfatter følgende elementer:

- Rammer for kontaktstruktur ved tilfælde af kapacitetsproblemer:
 - Hvis **en eller flere regioner** oplever eller kan forudse længerevarende problemer med kapacitet på et kræftområde tages sagen op i regionernes sundhedsdirektørkreds. Sundhedsdirektørkredsen nedsætter samtidig et nationalt netværk bestående af de relevante ledende overlæger.
 - Hvis **en region** oplever eller kan forudse problemer med kapacitet på et kræftområde på hospitalerne i egen region tages kontakt til øvrige regioner ved en på forhånd aftalt kontakt. Se anbefaling om beskrivelse af rammer for kontaktvej. Sundhedsdirektørkredsen nedsætter samtidig et nationalt netværk bestående af de relevante ledende overlæger.
 - Hvis **et hospital** oplever problemer med kapacitet på en eller flere typer af patientforløb tages der kontakt til øvrige hospitaler. Se anbefaling om beskrivelse af rammer for kontaktvej og anbefaling om ugentlig udveksling af oplysninger.

- Rammer for koordinering inden for de kræftformer, hvor regionerne er særligt udfordret:
 - Hvis kapaciteten er udfordret på et kræftområde etablerer sundhedsdirektørkredsen et nationalt netværk bestående af relevante ledende overlæger inden for det pågældende kræftområde på tværs af regioner og afdelinger for at sikre koordinering mellem det faglige niveau og ledelsessystemet.
 - Netværkene skal via løbende koordineringsmøder arbejde konkret med at sikre en god anvendelse af kapaciteten på tværs af regionerne, så regionerne samlet set har de bedste muligheder for at overholde dels de maksimale ventetider og dels forløbstiderne i pakkeforløbene.
 - De nationale netværk er dynamiske og etableres for kræftformer, hvor regionerne er udfordret på kapacitet. Netværkene skal planlægge anvendelsen af kapaciteten på tværs og skal kunne håndtere situationer, hvor der er behov for hurtigt samarbejde.
 - Netværkene kan sættes på standby, når der er stabil drift.
 - Netværkene orienterer Danske Regioner, hvis det er relevant at involvere sundhedsdirektørerne.

- Rammer for og beskrivelse af, hvordan sundhedsdirektørerne følger op på samarbejdsaftalen:
 - Der gøres løbende status på aftalen. Herunder drøftes løbende områder, hvor regionerne er udfordret på kapaciteten, for eksempel hvis et netværk vurderer, at sundhedsdirektørkredsen skal involveres. Der gøres status på sundhedsdirektørmøderne én gang i kvartalet.

- Rammer for etablering af kontaktlister opdelt efter kræftform og behandlingstype med kontaktoplysninger på primærindgangen i hver region:
 - Det etableres systematisk telefonlister på tværs af afdelinger og regioner for at styrke den personlige kontakt og det formelle samarbejde om patienterne.
 - Kontaktvej, niveauet og vedligeholdelsesopgaven beskrives og lister med kontaktoplysninger udarbejdes og gøres tilgængelig for de involverede.

- Rammer for etablering af gensidig og ugentlig udveksling af oplysninger mellem afdelinger, der behandler samme kræftform:
 - Det kan være udveksling af oplysninger om aktuelle ventetider på udvalgte indikatorer samt evt. ventetider på bestemte udredningsmodaliteter. Det giver afdelingerne et overblik over, hvordan kapacitetspresset fordeler sig, og om det er hensigtsmæssigt at henvise patienterne til en anden afdeling og kan være med til at imødekomme flaskehalse.

Bilag Titel:	Notat om sikring af lægers kompetencer
Dagsordens titel	Generelle orienteringer
Dagsordenspunkt nr	21
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

Sikring af lægers kompetencer

Danske Regioners bestyrelse drøftede på møde den 12. oktober 2017 punktet 'Kvaliteten af udenlandske lægers arbejde'. I forlængelse af drøftelserne stillede bestyrelsen en række spørgsmål vedr. sikring af lægers kompetencer. Spørgsmålene besvares i dette notat.

Hvorledes kan man sikre, at der er ensartede krav til lægernes faglige kompetencer og sproglige formåen – uanset hvor de er uddannet?

Sikring af kompetencer gennem udstedelse af dansk autorisation

Lægers kompetencer sikres grundlæggende ved den autorisation som lægen opnår efter godkendt henholdsvis lægeuddannelse og speciallægeuddannelse. Det er Styrelsen for Patientsikkerhed, som tildeler autorisation til læge og til speciallæge.

For at opnå dansk autorisation og dermed lov til at arbejde som læge/speciallæge i Danmark, Grønland eller Færøerne skal en læge/speciallæge, der er uddannet uden for Danmark, søge om dansk autorisation hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Ansøgningsprocessen og dokumentationskravene afhænger både af lægens statsborgerskab og hvilket land speciallægen er uddannet.

Speciallæger fra Norden kan få dansk autorisation som følge af den fælles nordiske overenskomst. Speciallæger fra EU/EØS kan få dansk autorisation, hvis uddannelsen er i overensstemmelse med det EU-direktiv, der fastsætter mindstekrav for uddannelsens niveau, varighed og indhold (EU-Direktiv 2005/36).

Speciallæger fra lande uden for EU/EØS skal igennem en længere proces:

- Ansøgning og godkendelse af uddannelsen hos Styrelsen for Patientsikkerhed
- Sprogprøve
- Medicinske fagprøver
- Kursus i dansk sundhedslovgivning
- 6 eller 12 mdrs. evalueringsansættelse, hvor lægerne kompetencevurderes systematisk i både kliniske kompetencer og kommunikative evner
- Efter evalueringsansættelsen kan speciallægen søge om dansk autorisation

Herefter kan lægen søge stillinger som alle andre.

01-12-2017
EMN-2017-04381
1093373
Natacha Jensen

Sikring af faglige kompetencer gennem uddannelse

I speciallægeuddannelsen bliver lægerne løbende kompetencevurderet under ansættelse og funktion som læge. Sundhedsstyrelsen fastsætter uddannelseskravene og speciallægekompetencerne i de enkelte specialer. Det vil sige, at de formelle kvalifikationer og visse sprogkrav sikres af Sundhedsstyrelsen.

Som beskrevet ovenfor skal læger uddannet uden for EU/EØS ansættes i evalueringsansættelser, hvor lægen kompetencevurderes systematisk i både kliniske kompetencer og kommunikative evner. Ansættelsesstedet skal sende evalueringer til Styrelsen for Patientsikkerhed efter 1., 3. og 12. måned.

Sikring af kompetencer ved ansættelse

Ved ansættelse af læger/speciallæger skal ansættelsesstedet sikre, at ansøgeren har de nødvendige lægefaglige kompetencer – det gælder både for så vidt angår danske som udenlandske læger.

Kravet til kompetencer afhænger af, hvilke opgaver lægen skal løse. Fx kan speciallæger i neurologi både være ansat i en demensafdeling eller en afdeling, der behandler patienter med sklerose. Regionerne har målrettede fagområdeuddannelser og efteruddannelser, der skal give speciallæger mere specifikke eller højt specialiserede kompetencer, der ikke dækkes af speciallægens speciallægeuddannelse.

De fem regioner har fastlagt et nationalt regelsæt for ansættelsesproceduren og det er de tre regionale videreuddannelsessekretariater der har ansvaret for, at proceduren gennemføres.

I 2015 blev der på baggrund af konkrete sager nedsat en tværregional arbejdsgruppe, der skulle se på, hvordan man i tide kan opdage eventuelle manglende kompetencer hos læger. Her blev der blandt andet peget på:

- Behov for opstramning i forhold til indhentning af referencer. Regionerne har aftalt, at lederne altid skal indhente referencer fra lægens seneste arbejdssted.
- Vigtigheden af en løbende og tæt dialog mellem regioner og Styrelsen for Patientsikkerhed
- Behov for en opstramning i forhold til at sikre, at de vikarer der ansættes gennem vikarbureauerne, rent faktisk lever op til den sundhedsfaglige kvalitet og har de nødvendige kompetencer

Hvilke initiativer har regionerne taget for at sikre systematisk fokus på lægers faglige kompetencer?

Som led i at fastholde løbende og systematisk fokus på lægernes faglige kompetencer er det via overenskomstsystemet aftalt, at der løbende skal være dialog om og opfølgning på lægernes behov for kompetenceudvikling. Her kan nævnes "Aftale om kompetenceudvikling", der er en overenskomstmæssig aftale for alle medarbejdere i regionerne, der fastsætter at man på den enkelte arbejdsplads skal foretage strategisk og systematisk kompetenceudvikling for alle medarbejdere.

Af "Overenskomst for overlæger" fremgår det herudover specifikt, at overlæger af hensyn til den faglige udvikling og kvaliteten i patientbehandlingen m.v. er sikret deltagelse i efteruddannelse i mindst 10 dage årligt. Deltagelse sker efter indstilling fra den ledende overlæge/områdets lægechef.

Danske Regioner og Lægeforeningen har formuleret fire fælles principper for en systematik i speciallægers kompetenceudvikling:

1. Høj faglighed med afsæt i både sundhedsvæsenets og lægens behov
2. Kompetenceudvikling målrettet efter analyse og feedback på klinisk praksis
3. Udviklingsplan skal sikre prioriteret kompetenceudvikling
4. Forskelligartede læringsaktiviteter skal sikre reel kompetenceudvikling

I lyset af at flere regioner arbejder med international rekruttering som supplement til andre rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer, har regionerne og Danske Regioner også fremadrettet fokus på, om der er behov for yderligere tiltag på området, eksempelvis en mere grundig og systematisk vurdering af de udenlandske lægers kompetencer på de enkelte afdelinger, f.eks. i form af et program, hvor afdelingernes ledere tester, om nye udenlandske kolleger lever op til almindelig faglig standard.

I hvilke lande er læger, som Styrelsen for Patientsikkerhed har frataget autorisation, uddannet?

I Autorisationsloven er det beskrevet, hvornår Styrelsen for Patientsikkerhed kan tage en læges autorisation. Autorisationsfratagelser er midlertidige, men i en række tilfælde kan styrelsen anlægge en civil retssag om permanent fratagelse.

Tabellen viser antallet af læger, der pr. 21. november 2017 har fået frataget sin autorisation fordelt på uddannelsesland:

Uddannelsesland	Læger med frataget autorisation
Danmark	49
Sverige	13
Norge	3
Rumænien	3
Irak	2
Italien	2
Afghanistan	1
Egypten	1
Finland	1
Pakistan	1
Polen	1
Syrien	1
Land ukendt	2
I alt	82

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed

Indrapportering af utilsigtede hændelser har fokus på læring

Formålet med at rapportere utilsigtede hændelser (UTH) er at forbedre patientsikkerheden og understøtte en patientsikkerhedskultur i sundhedsvæsenet, hvor man lærer af de fejl, som begås. UTH-systemet vurderes at være uegnet som system, der kan bruges som grundlag for sanktioner mod konkrete læger, fordi personalet skal kunne indrapportere utilsigtede hændelser uden frygt for efterfølgende sanktioner eller politianmeldelser. Formålet med UTH-systemet er læring, hvor klagesystemet udgør det egentlige sanktionerende system i Danmark.

Hændelser i sundhedsvæsenet kan indgå og blive behandlet i flere systemer:

- Sundhedspersoner og patienter kan *rapportere hændelsen* til Dansk Patient-sikkerhedsdatabase, med det formål at sundhedsvæsenet kan handle og lære af de utilsigtede hændelser
- Patienten har mulighed for at *klage* over sit forløb eller klage over en eller flere sundhedspersoner (klagerne afgøres en af Styrelsen for Patientsikkerhed eller af Sundhedsvæsnets Disciplinærnævn)
- Patienten kan *søge om erstatning* hos Patienterstatningen

En sag kan med andre ord parallelt behandles i en eller flere af disse instanser, hvor kun klagesystemet udgør et egentligt sanktionerende system. Mulighederne for at sanktionere sundhedspersoner og sikre patienter og pårørende erstatning er altså fuldt ud til stede igennem klage- og erstatningssystemet.

Hospitalet og de enkelte afdelinger følger systematisk op på utilsigtede hændelser, patientskader og klager. Opfølgningen er i dag indarbejdet i hospitalernes daglige arbejde og foregår i samarbejde med afdelinger og lokale kvalitets- og patientsikkerhedskoordinatorer. Hospitalsafdelingerne har et system, hvor alle klageafgørelser udleveres til det relevante personale, så det kan drøftes på personalemøder eller personalekonferencer. Regionerne vil forbedre ledelsesinformation i arbejdet med patientsikkerhed ved at udbygge Patienterstatningens IT-system. Der er indgået en aftale om en udbygning af Patienterstatningens IT-system, så regionerne fremover vil modtage information om skadesfrekvens på afdelingsniveau samt få notifikationer, når skadefrekvensen overstiger et fastsat kritisk niveau. Planen er, at det nye system kan tages i brug i begyndelsen af 2018.

Relateret document 2/2

**Dokument Navn: Finanslov 2018 og satspulje
2018-2021.docx**

**Dokument Titel: Finanslov 2018 og satspulje
2018-2021**

Dokument ID: 1102672



NOTAT

28-11-2017

EMN-2017-04592

1102672

Mie Falkensten Ekdahl

Sanne Nørgaard Laursen

Satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021

Den 20. november 2017 indgik regeringen og satspuljepartierne aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021. Med aftalen afsættes der 500 millioner kroner over en fireårig periode til to overordnede indsatsområder:

- En styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser
- En styrket indsats for mennesker med kroniske lidelser

Med aftalen udmøntes en lang række initiativer, hvor en begrænset andel er direkte målrettet regionerne, jf. tabel 1. Herudover er der nogle tværsektorielle initiativer, som regionerne kan få en andel i. Disse er vist i tabel 2.

Initiativer målrettet regionerne

I tabel 1 ses de initiativer, hvor det eksplicit fremgår af satspuljeaftalen, at midlerne er målrettet regionerne. Der er tale om 93 millioner kroner over en fireårig periode. Størstedelen af de regionale midler – 18,3 millioner kroner årligt – er afsat til driften af de 150 særlige pladser på psykiatriske afdelinger med henblik på, at pladserne oprettes primo 2018. Disse midler er permanente, mens de resterende midler, der er direkte målrettet regionerne er midlertidige.

Tabel 1 – regionale midler i satspuljeaftalen 2018-2021

Mio. kr.	2018	2019	2020	2021	I alt
<i>inkl. midler afsat til evaluering til SST</i>					
Forsøgsordning med vederlagsfri psykologbehandling til unge ml. 18 – 20 år med depression og angst	2,4	4,7	4,3	4,3	15,7
Fodterapi til patienter med svær psoriasisgigt	0,6	1,2	1,2	1,2	4,2
Små gaver til tapre børn på sygehuse*	0,3				0,3
Opfølgning på delaftale om udmøntning af satspuljen for 2017 – 2020: Handlingsplan for forebyggelse af vold på botilbud	18,3	18,3	18,3	18,3	73,2
I alt	21,6	24,2	23,8	23,8	93,4

Kilde: Satspuljeaftalen 2018-2021

Anm.: *Puljen kan søges af regionerne på vegne af konkrete hospitalsafdelinger i samarbejde med private organisationer eller fonde.

Det kan bemærkes, at det er aftalt, at psykologordningen med bl.a. internetbaseret psykologbehandling tages op i forbindelse med næste års satspuljeforhandlinger. Disse midler må forventes at tilgå regionerne.

Tværasektorielle initiativer målrettet regioner, kommuner mv.

I tabel 2 ses de initiativer, hvor det fremgår af satspuljeaftalen, at midlerne er til- tænkt flere aktører, herunder regioner, kommuner og private aktører. Der er tale om 377 millioner kroner fra 2018-2021, dvs. akkumuleret over en fireårig periode.

Tabel 2 – potentielle regionale midler i satspuljeaftalen 2018-2021

Mio. kr. <i>inkl. midler afsat til evaluering til SST</i>	2018	2019	2020	2021	I alt
Afprøvning af en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien	58,3	42,1	51,3	62,9	214,6
Fælles tværasektorielle teams med henblik på nedbringelse af tvang	6	6	6,5	6,5	25
Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade	13,7	13,1	13,1	13,1	53
Behandling af behandlingsafvisende varigt inhabile somatiske patienter - etablering af system for indberetning af tvang og klagesystem	18,3	16,8	16,8	16,8	68,7
Øget viden om brug og effekt af medicinsk cannabis	5				5
Kontrolleret studie af smertebehandling ved nye behandlingsformer	3,4	3	2,4	2,2	11
I alt	104,7	81	90,1	101,5	377,3

Kilde: Satspuljeaftalen 2018-2021

Nedenfor er de enkelte initiativer kort uddybet, herunder midlernes anvendelsesområde, og hvorvidt de enkelte initiativer forventes udmøntet via bloktilskud, puljeansøgning eller lignende.

Afprøvning af en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien

Midlerne er afsat til afprøvning af modeller for en fremskudt regional psykiatri, som skal styrke den tidlige indsats for børn og unge med (eller tegn på) psykiske lidelser, selvskadende adfærd eller lignende, som vil have gavn af at blive udredt og behandlet tæt på deres nærmiljø og uden for psykiatrien. På den baggrund er der afsat en pulje på 213,6 millioner kroner fra 2018-2021. Puljen kan søges af regioner i samarbejde med kommuner. Da der er tale om fremskudte regionale funktioner må det forventes, at den primære finansiering vedrører regionerne. Herudover er afsat 1 million kroner til Sundhedsstyrelsen til ekstern evaluering og administration.

Fælles tværsektorielle teams med henblik på nedbringelse af tvang

Der er i perioden 2018-2021 afsat en pulje på 23,5 millioner kroner til at styrke samarbejde mellem regioner og kommuner i tværsektorielle teams, der skal forebygge sværere tilbagefald og indlæggelser, hvor der anvendes tvang. Puljen kan søges af regioner i samarbejde med kommuner og svarer til, at der kan etableres tværsektorielle teams i ca. 2-3 regioner. Herudover er afsat 1,5 millioner kroner til Sundhedsdatastyrelsen til ekstern evaluering og administration.

Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade

Puljen er målrettet kommuner, regioner og private aktører og skal bl.a. anvendes til at udvide kapaciteten af tilbud til behandling af personer med spiseforstyrrelser og selvskade i den regionale psykiatri og private behandlingstilbud. Der er i satspuljeperioden afsat i alt 50,5 millioner kroner, heraf går de 40 millioner kroner til at udvide behandlingskapaciteten i den regionale psykiatri og i private behandlingstilbud, mens de 10,5 millioner kroner går til afprøvning af screeningsredskaber og andre indsatser til tidlig opsporing i kommunalt regi og i almen praksis. Herudover skal midlerne anvendes til erfaringsopsamling og evaluering.

Behandling af behandlingsafvisende varigt inhabile somatiske patienter - etablering af system for indberetning af tvang og klagesystem

Med henblik på at sikre, at varigt inhabile somatiske patienter modtager den rette sundhedsfaglige behandling bliver det med lovvedtagelse tilladt at tvangsbehandle varigt inhabile patienter pr. 1. januar 2018. På den baggrund er der afsat 16,8 millioner kroner årligt fra 2018 og frem, hvoraf størstedelen forudsættes overført til kommuner og regioner via bloktilskuddet til klagesagsbehandlingen og indberetning.

Øget viden om brug og effekt af medicinsk cannabis

Satspuljepartierne er enige om, at der er behov for yderligere at styrke indsatsen for at få øget viden om brug og effekt af medicinsk cannabis. Derfor er der etableret en pulje på 5 millioner kroner til et eller flere projekter, der på baggrund af registerdata og patientinterviews, følger behandlingen af patienter på tværs af behandlingsindikationer. Ansøgningspuljen udmøntes i 2018, således at erfaringerne kan indgå i den afsluttende evaluering af forsøgsordningen med medicinsk cannabis.

Kontrolleret studie af smertebehandling ved nye behandlingsformer

Der afsættes en pulje på 11 millioner kroner fra 2018-2021 målrettet smertebehandling ved metoder i protokolleret regi, hvor såvel offentlige som private sundhedsaktører kan søge.

Andre relevante områder

Foruden de initiativer, hvor der i aftalen er afsat midler til regionerne, er der en række andre områder, der ligeledes er relevante for regionerne:

- Uddannelse i stress-fri hverdag for børn og unge
- Undersøgelser af erfaringer med og alternativer til babyluger
- Social ulighed i sundhed blandt børn og unge – Fra viden til handling
- Mere viden om multisygdom
- Eftersyn af indsatsen mod epilepsi og knogleskørhed

Hele satspuljeaftalen for sundhedsområdet 2018-2021 kan ses her; <https://www.regeringen.dk/media/4291/aftale-satspuljen-sundhedsomraadet-2018-2021.pdf>