



DANSKE  
REGIONER



Til medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

22-08-2019  
MDR-2019-00222  
Maren Munk-Madsen

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den  
29. august 2019 kl. 10.30

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

**Afbud:**

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



# Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig) .....	4
2 (Fortrolig) .....	4
3 (Fortrolig) .....	4
4 (Fortrolig) .....	4
5 (Fortrolig) .....	4
6 (Offentlig) <b>Status for tiltag vedrørende ansættelse af speciallæger</b> .....	5
7 (Fortrolig) .....	10
8 (Offentlig) <b>Evaluering af Folkemødet 2019 og bevilling til 2020</b> .....	11
9 (Offentlig) <b>SUNDHED FOR ALLE – årlig sundhedskonference</b> .....	14
10 (Offentlig) <b>Alliance mod ulighed i sundhed</b> .....	16
11 (Offentlig) <b>Digital løsning for forældres adgang til børns sundhedsdata</b> .....	19
12 (Offentlig) <b>Danske Regioners håndtering af folketingsspørgsmål om patienters tilbagebetaling af erstatninger</b> .....	22
13 (Offentlig) <b>Afrapportering fra Sundhedsudvalgets studietur</b> .....	25
14 (Offentlig) <b>Formandens meddelelser</b> .....	27
15 (Offentlig) <b>Generelle orienteringer</b> .....	28
16 (Offentlig) <b>Næste møde</b> .....	31
17 (Offentlig) <b>Eventuelt</b> .....	32

**1 (Fortrolig)**

**2 (Fortrolig)**

**3 (Fortrolig)**

**4 (Fortrolig)**

**5 (Fortrolig)**

## 6 (Offentlig) Status for tiltag vedrørende ansættelse af speciallæger

---

Lisbet Langbjerg Sørensen  
EMN-2017-00054

### Resumé

Bestyrelsen besluttede på sit møde 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. Sidste status blev givet på møde den 7. februar 2019.

---

### 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 fem regioner efterfølgende tilkendegivet, at de vil følge bestyrelsens anbefaling. Det betyder konkret, at regionerne lokalt har implementeret pkt. 1-3 beskrevet nedenfor.

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

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

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

Udgangspunktet for at være kvalificeret til en overlægestilling skal 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

dispenserer fra de fem år, fx hvis vedkommende skal have personaleansvar eller arbejder inden for et helt særligt nicheforskningsområde.

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

Antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne omkring de tre største byer i Danmark "fastlåses" for en periode på 2 år, 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, jf. dog senere besluttet ændring anført nedenfor.

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 8. februar 2018 at anbefale regionerne at tilpasse måltallet for fastfrysningen af antallet af speciallægestillinger ved universitetshospitalerne i forhold til antal besatte stillinger/faktisk ansatte speciallæger pr. 1. januar 2018. Dette måltal var ligeledes udgangspunkt ved status, der blev behandlet på mødet den 30. august 2018 og den 7. februar 2019.

På mødet den 7. februar 2019 besluttede bestyrelsen, at for opgørelsen af måltallet kunne indføres særlige undtagelser for specialiserede områder, der udelukkende varetages på universitetshospitalerne, så længe dette ikke medfører svækkelse af effekten af ordningen. Det blev samtidig besluttet, at vejledningen om ansættelse af speciallæger skulle revideres.

Der er enighed mellem regionerne om, at følgende områder undtages fra opgørelse af måltallet:

- Dermato-venerologi
- Klinisk farmakologi
- Klinisk immunologi
- Thoraxkirurgi
- Neurokirurgi

Disse undtagelser er indarbejdet i ny vejledning til ansættelse af speciallæger som er udsendt til regionerne.

I tilbagemeldingerne fra regionerne anført under punkt D, er der derfor både en opgørelse over samlet antal speciallæger og antal speciallæger uden de undtagne områder.

### **Status på ordningerne**

I forbindelse med at bestyrelsen på møde den 15. december 2016 besluttede at anbefale ordningerne, besluttede bestyrelsen samtidig, at Danske Regioner

skulle understøtte implementeringen af tiltagene ved bl.a. at præsentere bestyrelsen for en halvårlig status. Status indeholder:

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

### A. Det samlede antal speciallæger i regionerne

Herunder fremgår en samlet opgørelse af speciallæger i hele landet.

Opgørelse i de enkelte regioner fremgår af bilag 1.

<b>Hele landet</b>	<b>Dec. 2016</b>	<i>April 2017</i>	<i>April 2018</i>	<b>April 2019</b>	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>1.036</b>	<i>1.063</i>	<i>1.063</i>	<b>1.081</b>	<b>104</b>
Overlæger	<b>5.442</b>	<i>5.501</i>	<i>5.421</i>	<b>5.288</b>	<b>97</b>
Afdelingslæger	<b>1.909</b>	<i>1.924</i>	<i>2.159</i>	<b>2.415</b>	<b>127</b>
Samlet antal speciallæger	<b>8.388</b>	<i>8.489</i>	<i>8.643</i>	<b>8.784</b>	<b>105</b>
Overlæger/afdelingslæger	<b>2,85</b>	<i>2,86</i>	<i>2,51</i>	<b>2,19</b>	

Tal: SIRKA, KRL – i SIRKA er april 2019 sidste tilgængelige tal.

Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor total sum afviger minimalt.

Det kan konstateres, at det samlede antal ansatte speciallæger har været stigende i perioden december 2016 til april 2019. Stigningen er primært sket inden for gruppen af 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 ses en forholds­mæssig større andel afdelingslæger end overlæger. Der er i perioden fra 2016 sket en positiv udvikling:

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

I april 2019 var forholdet mellem afdelingslæger og overlæger 1:2,19 dvs., at der for hver afdelingslæge er ansat 2,19 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:

#### Region Nordjylland

6 dispensationer i perioden 1. januar-30. juni 2019.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos regionsdirektøren.

#### Region Midtjylland

15 dispensationer i perioden 1. januar-30. juni 2019.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos koncerndirektionen.

#### Region Syddanmark

10 dispensationer i perioden 1. januar-30. juni 2019.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos koncerndirektionen.

#### Region Sjælland

9 dispensationer i perioden 1. januar-30. juni 2019.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos direktionen.

#### Region Hovedstaden

41 dispensationer i perioden 1. januar-30. juni 2019.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos sundhedsdirektøren.

### **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.

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

#### **Region Midtjylland – Århus Universitetshospital**

<b>Periode</b>	<b>Antal speciallæger</b>	<b>Antal speciallæger excl. undtagne specialer</b>
01.01.18	949 <sup>1</sup>	868 <sup>1</sup>
01.01.-30.6.19 - heraf deltidsansatte <sup>3</sup>	I gennemsnit: 912 <sup>2</sup> 9 pct.	I gennemsnit: 851 <sup>2</sup> 9 pct.



1. Antallet er inklusiv 11 ubesatte stillinger til partikelcenteret.  
Antallet er inklusiv 11 andre stillinger, der var i proces med at blive besat, men ikke var besat den 1. januar 2018. Antallet er ekskl. speciallæger (7 årsværk) ansat ved Steno Diabetes Centeret.
2. Antallet er ekskl. speciallæger (7 årsværk) ansat ved Steno Diabetes Centeret.
3. Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

## Region Syddanmark – OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger excl. undtagne specialer
01.01.18	8764	8144
01.01.-30.6.19 <sup>6</sup> - heraf deltidsansatte <sup>7</sup>	I gennemsnit: 8775 92	I gennemsnit: 8055 88

4. Antallet er inkl. speciallæger på orlov, hvor stillingen i orlovsperioden ikke var besat med speciallægevikar og vakante stillinger, hvor der forud for den 1. januar 2018 var indgået ansættelseskontrakt med speciallæge om senere tiltrædelse. Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Center Odense og Akut Medicinsk Koordination (AMK), AMK-vagtcentralen samt Ambulance Syd, da det er tværgående regionale funktioner, der finansieres af eksterne midler.
5. Antallet er ekskl. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Center Odense og Akut Medicinsk Koordination (AMK), AMK-vagtcentralen samt Ambulance Syd, da det er tværgående regionale funktioner, der finansieres af eksterne midler.
6. Koncerndirektionen har givet dispensation til ansættelse af 7,5 årsværk.
7. Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

## Region Hovedstaden – Rigshospitalet

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger excl. undtagne specialer
01.01.18 <sup>8</sup>	1.140	Pt. ikke oplyst
01.01.-30.6.19 <sup>9</sup> - heraf deltidsansatte <sup>10</sup> - heraf ansat på forskerbeskatningsordning	I gennemsnit: 1.159 99 10	I gennemsnit: 1130

8. Der er givet 4 dispensationer til stillingsudvidelse ift. "loft".
9. Der er givet 16 dispensationer til stillingsudvidelse ift. "loft".
10. Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

## Region Hovedstaden – Herlev og Gentofte Hospitaler

Periode	Antal speciallæger	Antal speciallæger excl. undtagne specialer
01.01.18	640	Pt. ikke oplyst
01.01.-30.6.19 <sup>11</sup> - heraf deltidsansatte <sup>12</sup>	I gennemsnit: 649 78	I gennemsnit: 638

11. Der er givet 4 dispensationer til stillingsudvidelse ift. "loft".
12. Der foreligger ikke fyldestgørende oplysninger om antal delestillinger.

---

---

## Sekretariatets bemærkninger

-

---

---

## Bilag

1. Bilag 1 - status medio 2019 (1287973 - EMN-2017-00054)

**7 (Fortrolig)**

## 8 (Offentlig) Evaluering af Folkemødet 2019 og bevilling til 2020

---

Eva M. Weinreich-Jensen  
EMN-2018-01875

### Resumé

Det 9. Folkemøde fandt sted den 13.-16. juni 2019, og Danske Regioners debattelt blev brugt til 22 generelt meget velbesøgte arrangementer, som også blev bemærket på Twitter, hvor vores aktiviteter havde stor opmærksomhed. Debatterne afspejlede en bred palet af regionale ansvarsområder, og flere debatter var kommet i stand i samarbejde med andre aktører på området.

Det anbefales, at Danske Regioner også i 2020 skal være markant til stede på Folkemødet med et debattelt i fokus.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen evaluerer Folkemødet 2019, og*  
*at bestyrelsen fra bestyrelsens pulje i 2020 bevilger 350.000 kr. til næste års aktiviteter på Folkemødet samt op til 175.000 kr. til sponsering af Folkemødet.*

---

### Sagsfremstilling

Det strategiske udgangspunkt for Danske Regioners deltagelse på Folkemødet er at understøtte demokratiske tiltag, som bringer borgerne tættere på de folkevalgte, synliggøre det regionale politiske niveau, skabe debat om regionale ansvarsområder og styrke relationerne til samarbejdspartnere og interessenter generelt.

På Folkemødet 2019 blev der i Danske Regioners telt afholdt 22 arrangementer – en bred vifte af debatter og arrangementer, dels arrangeret af Danske Regioner, dels af de fem regioner og andre samarbejdspartnere. Debatterne og arrangementerne i teltet var generelt meget velbesøgte, og det faglige indhold vurderes generelt også at have været højt.

Danske Regioner var ansvarlig for seks debatter, og samarbejdede med Dansk Sygeplejeråd, Danske Patienter, PLO og Danske Handicaporganisationer om yderligere fire debatter. Hertil kom et større arrangement lørdag, hvor Danske Regioner i samarbejde med Dansk Design Center indbød Folkemødets deltagere til (med bind for øjnene) et kig ind i fremtidens sundhedsvæsen år 2050. Danske Regioner samarbejdede herudover også med Komitéen for Sundhedsoplysning om en debat i det fælles sundhedstelt om fremtidens sundhedsvæsen.

Regionerne var ansvarlige for fem debatter i teltet, og herudover lånte Region Syddanmark, Syddansk Sundhedsinnovation, UNGEPANELERNE I DANMARK, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Etisk Råd teltet til en debat hver. Organisationerne har efterfølgende udtrykt, at de har været meget tilfredse med rammerne og samarbejdet.

Folkemødets tema om FNs 17 verdensmål, som også indgik som en markant del af bagvæggen i teltet, som en påmindelse om temaet, og med denne påskrift:

”Danske Regioner bidrager til at nå FNs Verdensmål ved blandt andet at arbejde for renere drikkevand, reducere jordforurening, øge lighed i sundhed og sikre adgang til uddannelse for alle mennesker”

Regionale politikere deltog som altid i en række debatter på Folkemødet i andre organisationers telte. Danske Regioner har udarbejdet oplæg til omkring 50 af disse.

#### *Kommunikation*

Facebook, Twitter og LinkedIn blev brugt til at skabe opmærksomhed om arrangementer og debatter i Danske Regioners telt - både før, under og efter Folkemødet, ligesom lancering af appen MinSundhed og et HealthTech udspil med DI var koordineret med succesfulde presseindsalg op til Folkemødet med tilhørende events.

Samlet set nåede Danske Regioners aktiviteter på Twitter, blandt andet om hovedeventen ”Oplev fremtidens sundhedsvæsen med bind for øjnene” en flot tredjeplads i Infomedias 2019 måling af organisationer med mest engagement på tagget #FMDK.

#### *Sponsorat*

Danske Regioner har støttet Folkemødet som sponsor siden dets etablering. Fra 2018 oprettede Foreningen Folkemødet et sponsorat - demokratipartner - som Danske Regioner har indgået. Med sponseringen følger visse rettigheder, herunder muligheden for at vælge placering af telt.

#### *Danske Regioner på Folkemødet 2020*

Det anbefales, at Danske Regioner også i 2020 er markant til stede på Folkemødet med eget telt og politiske debatter. Samarbejdet med regionerne og andre samarbejdspartnere om aktiviteter i teltet fortsættes også. Det overvejes, om der næste år kan findes et tema, der går igen nogle timer hver dag, frem for et større arrangement der fylder det meste af en dag.

## Økonomi

Bestyrelsen har bevilget 350.000 kr. til aktiviteter og 175.000 kr. til sponsorering af Folkemødet 2019. Efterfølgende indgik Danske Regioner et sponsorat som demokratipartner på 175.000 kr.

Udgifterne til aktiviteter på Folkemødet 2019 har beklageligvis overskredet budgettet og er fordelt således:

<i>Arealleje, telt, indretning, forplejning og logistik:</i>	<i>175.900 kr.</i>
<i>Debatter/arrangementer:</i>	<i>213.800 kr.</i>
<i>Annoncering:</i>	<i>30.375 kr.</i>
<i>I alt:</i>	<i>420.075 kr.</i>

Dertil kommer rejse- og overnatningsomkostninger for politikere og medarbejdere i Danske Regioner.

Merudgiften har baggrund i arrangementet lørdag "Oplev Sundhed i 2050 – med bind for øjnene" samt stigninger på en række små poster. Udgiften vil blive dækket af direktionens beredskabspulje.

Bevillingen til Folkemødet 2020 foreslås at være på linje med Danske Regioners bevilling til Folkemødet 2019, dvs. 350.000 kr. til aktiviteter og op til 175.000 kr. til sponsorat – fra bestyrelsens pulje 2020. Der vil i 2020 ikke blive brugt et større beløb på ét arrangement.

---

---

---

## Bilag

## 9 (Offentlig) SUNDHED FOR ALLE – årlig sundhedskonference

---

Eva M. Weinreich-Jensen  
EMN-2018-01700

### Resumé

Den årlige sundhedspolitiske konference, som bestyrelsen har besluttet skal finde sted den første torsdag i november hvert år, er under planlægning. Første konference afholdes den 7. november 2019 og temaet er lighed i sundhed. Der er behov for en afklaring af de økonomiske rammer for konferencen. Det foreslås, at finansieringen dels baseres på deltagergebyr og dels på en fast årlig bevilling fra bestyrelsens pulje med henblik på at holde deltagergebyret nede samt eventuelt give mulighed for fripladser til mindre organisationer indenfor fx socialområdet.

---

### Indstilling

Det indstilles,  
at bestyrelsen bevilger 500.000 kr. til konferencen SUNDHED FOR ALLE 2019 fra bestyrelsens pulje 2019 og tilsvarende bevilger 500.000 kr. til konferencen den 5. november 2020 fra bestyrelsens pulje i 2020.

---

### Sagsfremstilling

Bestyrelsen besluttede på møde den 4. oktober 2018, at der den første torsdag i november skal holdes et årligt tilbagevendende sundhedspolitisk topmøde - bortset fra år med regionsrådsvalg.

Den første sundhedspolitiske konference holdes den 7. november 2019, hvor temaet er lighed i sundhed: Gode opvækstvilkår, en ambitiøs forebyggelsesindsats samt behandling og rehabilitering, hvor udgangspunktet er den enkeltes behov og vilkår, kan være med til at skabe mere lighed i sundhed.

Det er derfor ambitionen at samle en bred vifte af aktører til en politisk debat om emnet med henblik på at udvikle samarbejdet på området. De inviterede vil omfatte folkevalgte beslutningstagere på tre niveauer, almen praksis, patientorganisationer, faglige organisationer, øvrige relevante organisationer inden for det sundhedspolitiske område samt relevante aktører udenfor sundhedsvæsenet. Tilmeldingen vil være åben.

### *Tid og sted*

Konferencen afholdes i Øksnehallen, København, og udgangspunktet for tidsrammen er kl. 10-16. Det er intentionen, at stedet skal være det samme hvert år.

### *Skitse til program*

Skitsen for dagen er rammesættende oplæg og derefter enkelte korte oplæg fra fagfolk på området, suppleret med korte indlæg fra salen, debat og inddragende elementer. Moderator Adam Holm skal sikre en aktiv og inddragende stil, hvor flest muligt kan komme til orde. Det er hensigten, at fokus skal være på at inddrage konkrete eksempler på udfordringer, barrierer og mulige løsninger, men også på eventuelle, fremadrettede samarbejder på området.

---

### **Økonomi**

Det foreslås, at finansieringen dels baseres på deltagergebyr og dels på en fast årlig bevilling på 500.000 kr. fra bestyrelsens pulje med henblik på at holde deltagergebyret nede på 1.100-1.300 kr. samt få mulighed for fripladser til særlige, mindre organisationer indenfor fx socialområdet.

Det ansøgte beløb vil kunne dække nogle af udgifterne forbundet med leje af konferencedsted, indretning, teknik og bemanning, men fx ikke forplejning, moderator, evt. honorarer og transportomkostninger til oplægsholdere.

Med henblik på kunne igangsætte planlægningen af konferencen i 2020 foreslås det, at bestyrelsen allerede nu bevilger 500.000 kr. til næste års konference den 5. november 2020.

---

---

---

### **Bilag**

## 10 (Offentlig) Alliance mod ulighed i sundhed

---

Helene Skude Jensen  
EMN-2019-00411

### Resumé

Sundhed og sygdom er skævt fordelt i Danmark. Den sociale ulighed i sundhed betyder, at en borger med kort uddannelse lever omkring 10 år kortere end en borger med en videregående uddannelse. Hvis vi skal skabe mere lighed i sundhed, kræver det en bred indsats med aktører i og uden for sundhedsvæsenet.

Danske Regioner og Kræftens Bekæmpelse har indledt drøftelser om en alliance mod ulighed i sundhed. Formålet med alliancen er at mindske ulighed i sundhed.

En bred alliance mod ulighed i sundhed kan være afsæt for, at Danske Regioner sammen med andre aktører i og uden for sundhedsvæsenet sætter øget fokus på, hvordan der er behov for en ambitiøs forebyggelsesindsats. Temaerne social ulighed i sundhed og forebyggelse indgår i bestyrelsens opdaterede arbejdsprogram.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender, at den endelige aftale om indtræden i alliancen mod ulighed i sundhed godkendes af formandskabet.

---

### Sagsfremstilling

Social ulighed i sundhed er en af velfærdssamfundets største udfordringer. Ved social ulighed i sundhed forstås, at sundhedsrisici og sygdomme er skævt fordelt i samfundet. Det betyder, at udsathed for sundhedsrisici og sygdom i befolkningen stiger gradvist i takt med, at uddannelsesniveau falder. Det skyldes mange og komplicerede mekanismer gennem livet. Børn og unge rammes også af den sociale ulighed i sundhed. Allerede når et barn bliver født, kan man forudse dets levetid ud fra forældrenes uddannelsesniveau.

Ulighed i sundhed kan forebygges gennem en bred og ambitiøs indsats. Det kan fx ske ved at:

- Hæve priserne på tobak og alkohol
- Skabe arbejdsmiljøer der forebygger nedslidning og muskel- og ledsygdomme
- Lave byplanlægning der motiverer til bevægelse
- Sætte fokus på tilpassede indsatser til gravide og spædbørn
- Sætte fokus på indsatser, der øger trivsel i daginstitutioner og skoler



- Sætte fokus på indsatser for at flere får en ungdomsuddannelse
- Sætte fokus på indsatser for særligt sårbare borgere

En indsats for mere lighed i sundhed kræver et bredt partnerskab og samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet, andre velfærdsområder og også civilsamfund.

Social ulighed i sundhed opstår ikke i mødet med sundhedsvæsenet. Men sundhedsvæsenet har en væsentlig rolle i at sikre, at behandling og rehabilitering tilpasset patienternes behov, så uligheden ikke forstærkes. Det betyder fx, at nogle patienter har behov for mere støtte end andre for at opnå samme effekt af behandlingen.

Kræftens Bekæmpelse afholdt en debat på Folkemødet, hvor ideen om en alliance mod ulighed i sundhed blev annonceret. Danske Regioner inviterede derfor sammen med Kræftens Bekæmpelse til et indledende møde før sommerferien om muligheden for at danne en alliance mod ulighed i sundhed. KL, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Danske Patienter, Jordemoderforeningen, PLO, DGI og Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker deltog i mødet.

På både det indledende møde og på Folkemødet var der opbakning til alliancen. Og deltagerne tilkendegav, at alliancen skal være bred og flere parter skal inviteres til at deltage.

Danske Regioners udgangspunkt er, at alliancen i højere grad skal bygge på samarbejde mellem de eksisterende organisationer, der indtræder i alliancen, end på en egentlig organisatorisk enhed.

---

---

## Sekretariatets bemærkninger

Sundhedsudvalget drøftede sagen på møde den 22. august 2019.

---

## Kommunikation

På det indledende møde den 21. juni 2019 var der opbakning blandt deltagerne til, at alliancen mod ulighed i sundhed annonceres i forbindelse med Danske Regioners politiske sundhedskonference "SUNDHED FOR ALLE" den 7. november 2019, hvor temaet er social ulighed i sundhed. Det forventes, at der på konferencen deltager aktører både i og uden for sundhedsvæsenet.

---

Bilag

## 11 (Offentlig) Digital løsning for forældres adgang til børns sundhedsdata

---

Anne Kjærsgaard  
EMN-2018-01003

### Resumé

Danske Regioners bestyrelse har på møde den 15. december 2016 tilkendegivet ønske om, at forældre får digital adgang til deres børns sundhedsdata i Sundhedsjournalen på sundhed.dk, så de bl.a. kan understøtte deres børn i sygdomsforløb og i dialogen med sundhedsvæsenet.

Samtidig indeholder den fællesoffentlige "Strategi for Digital Sundhed 2018-2022" et initiativ om forbedring af forældres adgang til børns data.

Sundheds- og Ældreministeriet har i april 2019 vurderet, at det inden for den nuværende lovgivning ikke er muligt at give forældre en digital adgang til deres børns sundhedsdata, hvilket har sat det regionale arbejde med løsningen på pause. Det foreslås derfor, at Danske Regioner opfordrer ministeriet til at ændre lovgivningen.

---

### Indstilling

*Sundhedsudvalget indstiller,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at det regionale arbejde med at give forældre en digital adgang til børns sundhedsdata er sat på pause indtil Sundheds- og Ældreministeriet har færdiggjort analysen, der skal ligge til grund for et eventuelt lovforberedende arbejde, og  
at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner retter henvendelse til Sundheds- og Ældreministeriet med opfordring om at ændre lovgivningen, så forældre kan få digital og automatisk adgang til børns data.

---

### Sagsfremstilling

Danske Regioners bestyrelse tilkendegav i december 2016 et ønske om, at forældremyndighedsindehavere (i den følgende benævnt forældrene) i videst muligt omfang skal have en digital og automatisk adgang til egne børns sundhedsdata på samme måde, som man har adgang til sine egne sundhedsdata i Sundhedsjournalen på sundhed.dk.

På baggrund af bestyrelsens ønske har regionerne i regi af Sundhedsjournal 3.0 - projektet arbejdet for at give forældre en digital adgang til egne børns sundhedsdata. I første omgang adgang til data for børn under 15 år. Da forældres ret til aktindsigt gælder til og med barnet fylder 18 år, skal adgangen på et senere tidspunkt udvides til også at gælde for de 15 – 17-årige.

Den gældende lovgivning giver ikke forældres digital adgang til deres børns data. Lovgivningen beskytter de børn, hvis forældre af forskellige hensyn til barnet ikke bør få adgang til data, samtidig med at den komplicerer adgangen for de mange forældre, hvor der ikke er grund til at skjule oplysningerne.

Forældre kan dog anmode om aktindsigt i deres børns journaler m.m. på traditionel vis.

### *Kompleks lovgivning*

Lovgivningen giver forældre mulighed for at anmode om aktindsigt i deres børns oplysninger, herunder sundhedsdata, indtil barnet fylder 18 år. Lovgivningen stiller dog krav om, at de oplysninger, der anmodes om indsigt i, er relevante for den pågældende forældre på anmodningstidspunktet.

Når en forælder anmoder om aktindsigt i sit barns sundhedsdata, skal der derfor ske en sundhedsfaglig konkret vurdering fra den ansvarlige sundhedsperson, hvor hensynet til barnet afvejes i forhold til hensynet til, at forældrene gives indsigt i data. Det skal bl.a. vurderes, om oplysningerne skal begrænses af hensyn til forebyggelse, efterforskning og forfølgning af lovovertrædelser samt beskyttelse af vidner eller andre i sager om strafferetlig forfølgning.

Gældende lovgivning forholder sig ikke til en digital løsning, hvor forældre løbende kan se alle oplysninger om deres børn på en digital platform. Lovgivningen angiver derimod principper om, at forældre som udgangspunkt har ret til at se oplysninger, medmindre det ikke er i barnets interesse.

Udfordringen ved at digitalisere den nuværende lovgivning er balancen mellem at give en automatisk, digital adgang til det store flertal, men samtidig beskytte de børn, hvor det er i barnets interesse, at forældre ikke kan se barnets sundhedsoplysninger. F.eks. i sager, hvor en forælder mistænkes for vold mod barnet eller sager, hvor det vurderes, at det kan være skadeligt, hvis en forælder får adgang til barnets gynækologiske oplysninger.

### *Sundheds- og Ældreministeriet vurdering af lovgivningen*

Den fællesoffentlige "Strategi for Digital Sundhed 2018-2022" indeholder et initiativ om forbedring af forældres adgang til børns data.

Danske Regioner har løbende været i dialog med Sundheds- og Ældreministeriet, der i foråret 2019 vurderede, at sundhedslovens regler ikke giver hjemmel til, at forældre får digital adgang til deres børns oplysninger. Det er ikke muligt at finde en hensigtsmæssig og pragmatisk løsning på problemet inden for den gældende lovgivning.

Ministeriet ønsker at finde en løsning på problemet og har igangsat en analyse, der kan ligge til grund for et eventuelt lovforberedende arbejde.

På den baggrund er det regionale arbejde med at give forældre digital adgang til deres børns data sat på pause, indtil Sundheds- og Ældreministeriet har udarbejdet analysen, der kan ligge til grund for et evt. lovforberedende arbejde. Sundheds- og Ældreministeriet har endnu ikke givet en tilbagemelding om den forventede tidshorizont.

Det anbefales derfor, at Danske Regioners bestyrelse sender en opfordring til Sundheds- og Ældreministeriet om at handle hurtigt med analysen, så det lovforberedende arbejde kan igangsættes.

---

---

### **Sekretariatets bemærkninger**

Sundhedsudvalget drøftede sagen på møde den 27. juni 2019. Udvalget bakkede op om, at Danske Regioner opfordrer Sundheds- og Ældreministeriet til at igangsætte lovforberedende arbejde, så forældre kan få digital adgang til børns data. Når lovgivningen gør det muligt at give en digital adgang til børns data, ønsker Sundhedsudvalget, at forældres adgang til data for børn i alderen 15 – 17 år bliver drøftet i Sundhedsudvalget.

---

---

### **Bilag**

## 12 (Offentlig) Danske Regioners håndtering af folketingsspørgsmål om patienters tilbagebetaling af erstatninger

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2018-01491

### Resumé

I Folketinget har der gennem længere tid været fokus på, hvor mange erstatninger regionerne har krævet tilbage fra de patienter, hvor Ankenævnet har truffet en afgørelse om, at pågældende ikke har fået udbetalt erstatning retmæssigt. Regionerne er i den situation forpligtede til at kræve erstatningen tilbage fra patienten.

Karina Adsbøl, DF, har i perioden medio 2017 til medio 2019 stillet ca. 55 spørgsmål om patienterstatningssager til den tidligere sundhedsminister. Danske Regioner har de seneste to år leveret omkring 15 svar til sagen.

Danske Regioner har bl.a. svaret på, hvor mange erstatninger der har været krævet tilbagebetalt i de situationer, hvor Ankenævnet af egen drift har taget sager op, som hverken region eller patient har anket. Danske Regioner har svaret, at det samlede antal af disse sager udgør 182 sager i perioden 2011-2018. Danske Regioner og regionerne har imidlertid vurderet, at det vil kræve uforholdsmæssigt mange ressourcer at fordele sagerne efter måneder, hvilket Danske Regioner har oplyst Sundheds- og Ældreministeriet.

Danske Regioner er i dialog med Sundheds- og Ældreministeriet om forberedelse af et kommende samråd om området.

Henrik Thorup har bedt om, at sagen behandles på bestyrelsens møde. Sagen har ligeledes været behandlet på møde i Region Hovedstadens Forretningsudvalg den 13. august 2019.

---

### Indstilling

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

---

### Sagsfremstilling

I Folketinget har der gennem længere tid været fokus på, hvor mange erstatninger regionerne har krævet tilbage fra de patienter, hvor Ankenævnet har truffet en afgørelse om, at pågældende ikke har fået udbetalt erstatning retmæssigt. Regionerne er i den situation forpligtede til at kræve erstatningen tilbage fra patienten.

Karina Adsbøl, DF, har i perioden medio 2017 til medio 2019 stillet ca. 55 spørgsmål om patienterstatningssager til den tidligere sundhedsminister. Danske Regioner har de seneste to år leveret omkring 15 svar til sagen.

Danske Regioner har bl.a. svaret på, hvor mange erstatninger der har været krævet tilbagebetalt. Der har her været fokus på de tilbagebetalingsager, hvor Ankenævnet af egen drift har taget sager op, som hverken region eller patient har anket. Danske Regioner har svaret, at det samlede antal af disse sager udgør 182 sager i perioden 2011-2018.

Danske Regioner blev i marts 2019 også bedt om også at opdele besvarelsen i en månedsvis opgørelse af, hvor mange erstatninger regionerne over perioden 2011-2018 har skullet kræve tilbage fra patienterne. Danske Regioner og regionerne har vurderet, at det vil kræve uforholdsmæssig mange ressourcer at fordele sagerne efter måneder, hvilket Danske Regioner derfor har oplyst.

Når der bliver stillet spørgsmål i tilbagebetalingsagerne, undersøger regionerne sagerne ved en manuel gennemgang af sagen. Regionen skal også finde historiske sager, som i nogle regioner ligger vanskeligt tilgængeligt i ældre IT-systemer. Regionerne har således ikke it-systemer, som har opgjort, i hvilket år eller måned et tilbagebetalingskrav blev rejst. Til eksempel gennemgik Region Hovedstaden ca. 120 tilbagebetalingsager til et folketingsspørgsmål om oplysninger fra perioden 2011-2017. Det vurderes, at tidsforbruget gennemsnitlig pr. sag er ca. 1 time.

En ny lovændring på området betyder, at ved en patientskade opstået efter 1. juli 2018, vil erstatningen ikke blive udbetalt, før sagen er endeligt afgjort. Patienterne kan derfor ikke komme i den situation, at de skal tilbagebetale en udbetalt erstatning. Den nye lov er således hensigtsmæssig for både patienterne og regionerne.

Der er dog en overgangsperiode for sager opstået fra ultimo 2017 til medio 2018. Fra den periode kan der fortsat opstå enkelte nye tilbagebetalingsager, idet sagerne fortsat kan ankes, efter at en erstatning er udbetalt.

Men det betyder også, at antallet af relevante sager fra før 1. juli 2018 bliver færre og færre, samtidig med at der fremadrettet er fundet en løsning på problematikken.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag



## 13 (Offentlig) Afrapportering fra Sundhedsudvalgets studietur

---

Rikke Gravlev Poulsen  
EMN-2018-02971

### Resumé

Sundhedsudvalget har været på studietur til Barcelona fra den 7-10. maj 2019 med henblik på at se, hvordan Catalonien arbejder for at sikre et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, og hvordan digitale og teknologiske løsninger kan være med til at afhjælpe nogle af de udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor. Studieturen har givet udvalget ny inspiration og viden i forhold til udvalgets videre arbejde.

---

### Indstilling

*Sundhedsudvalget indstiller,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### Sagsfremstilling

Sundhedsudvalget har den 7-10. maj 2019 været på studietur i Barcelona. Formålet med studieturen var at samle inspiration og viden, der kan bruges i Sundhedsudvalgets videre arbejde.

Studieturen gav et godt indblik i, hvordan Catalonien arbejder for at sikre et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, og hvordan digitale og teknologiske løsninger kan være med til at afhjælpe nogle af de udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor.

Sundhedsudvalget havde på en del af turen følgeskab af en delegation fra Singapore. Erfaringer fra både Spanien og Singapore var med til at kaste en række perspektiver på det danske sundhedsvæsen, og de ambitioner Danske Regioner har for udviklingen af det danske sundhedsvæsen.

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Sundhedsudvalget drøftede den samlede afrapportering på deres møde den 27. juni 2019.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Afrapportering af Sundhedsudvalgets studietur (1285653 - EMN-2018-02971)

## 14 (Offentlig) Formandens meddelelser

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2019-00139

### Resumé

-

---

### Indstilling

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

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 15 (Offentlig) Generelle orienteringer

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2019-00139

### Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Videreførelse af Medicin- og behandlingspulje fra 2019-2022
  - White paper "Assisted living - A worthy elderly care in Denmark"
  - Borgeropsamlede data
  - Konferencer og arrangementer
- 

### Indstilling

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

---

### Sagsfremstilling

#### **Videreførelse af Medicin- og behandlingspulje fra 2019-2022**

*(EMN-2018-02794)*

Danske Regioners bestyrelse tog den 7. marts 2019 en principbeslutning om videreførelse af regionernes Medicin- og behandlingspulje fra 2019-2022. Der skal i 2019 uddeles 10 mio. kr. fra puljen. Fra 2020-2022 vil der årligt skulle uddeles 20 mio. kr. fra puljen. Bestyrelsen besluttede endvidere, at de enkelte regioner skulle give endeligt tilsagn til at medfinansiere puljen ud fra bloktilskudsnøglen for sundhed.

Til orientering har alle regioner givet positivt tilsagn om medfinansiering af puljen.

#### **White paper "Assisted living - A worthy elderly care in Denmark"**

*(EMN-2019-01054)*

Primo september 2019 lanceres et nyt white paper om "Assisted living - A worthy elderly care in Denmark", som Healthcare Denmark har udarbejdet sammen med Danske Regioner, KL og Sundheds- og Ældreministeriet.

Formålet er at beskrive og promovere danske styrkepositioner og 'best practices' overfor udenlandske beslutningstagere, samarbejdspartnere og virksomheder. Der trykkes 1.000 eksemplarer, som først og fremmest bliver anvendt ved Healthcare Danmarks delegationsbesøg (ca. 50 årligt) og

eksportfremstød. Tidligere er udgivet lignende om [hospitalslogistik](#), [telehealth](#) og [demens](#).

I white paperet gives en introduktion til det danske velfærdssystem og den danske tilgang med borgeren i centrum, hvor vi har fokus på at støtte de ældre borgere i at være selvhjulpne, aktive, uafhængige og længst muligt i eget hjem med højest mulig livskvalitet. Det fremhæves, hvordan indsatsen er understøttet af at udvikle og bruge nye teknologier og andre innovative løsninger, som kommer både borgerne og plejepersonalet til gavn. En række cases illustrerer dette.

### **Borgeropsamlede data**

*(EMN-2019-00638)*

Danske Regioner lancerede den 11. juni 2019 en ny HealthTech-satsning i samarbejde med Dansk Industri. Ét initiativ i denne satsning er en afdækning af de data, som borgere selv skaber og opsamler, fx data vedrørende fysisk aktivitetsniveau, søvnrytme, blodtryk eller hjertediagram indsamlet via fx smart-telefon eller digitalt armbånds-sur.

Med de rette rammer for denne nye type af data kan sundhedsvæsenet bl.a. hjælpe med at sikre, at de der fejler noget, bliver fanget i tide, men det vil også være muligt at kunne sikre mere målrettede behandlingstilbud, der i det offentlige sundhedsvæsen ikke kun vil gavne den enkelte, men også give flere sundheds- og samfundsmæssige gevinster.

Danske Regioner ønsker i et fællesoffentligt samarbejde at undersøge, hvordan det offentlige sundhedsvæsen kan tilbyde danskere en mulighed for at opbevare og dele disse data på en måde, som lever op til principper om data- og informationssikkerhed og digital ansvarlighed, og som tilfører borgerne mest mulig oplevet værdi for mestring af egen sundhed og sygdom. Konkret vil vi se nærmere på, om der kan etableres et teknisk grundlag via sundhed.dk, og hvordan man kan udforme en samtykkemodel.

Til en start vil initiativet have fokus på to sygdomsområder, fx diabetes- og hjerteområdet, da de to patientforeninger allerede har udtrykt interesse samt at der her kan være tydelige gevinster at hente for de borgere, der indgår.

### **Konferencer og arrangementer**

*(EMN-2018-02374)*

#### 2. september, 2019

Offentlig-privat Topmøde 2019, Innovation sker, når vi samarbejder. Arrangeret i samarbejde med Center for Offentlig Innovation, Fagbevægelsens Hovedorganisation og Dansk Erhverv.

### 5. september 2019

Fælles konference om regionernes opgaver på miljøområdet – De regionale Miljøudvalg er inviteret af Danske Regioners Udvalg for Miljø og Ressourcer.

### 3. oktober 2019

Kursus for regionsrådsmedlemmer: Sundhedsøkonomi  
Afholdes i Danske Regioner

### 10. oktober 2019

Kursus for regionsrådsmedlemmer: Patientrettigheder, patientsikkerhed og patientklagesystemet  
Afholdes i Danske Regioner

### 7. november 2019

Konference SUNDHED FOR ALLE 2019 – Lighed i sundhed – Danske Regioner.  
Særskilt invitation vil blive sendt til bestyrelsen.

---

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

## **Bilag**

## 16 (Offentlig) Næste møde

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2019-00139

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste ordinære møde holdes torsdag den 26. september 2019 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 17 (Offentlig) Eventuelt

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2019-00139

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,  
at*

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag



<b>Bilag Titel:</b>	<b>Bilag 1 - status medio 2019</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Status for tiltag vedrørende ansættelse af speciallæger</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>6</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



## NOTAT

01-07-2019  
EMN-2017-00054  
1287973

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

På nuværende tidspunkt er det muligt at få oplyst tal for april måned 2019.

Udviklingsindeks viser udviklingen fra december 2016 til april 2019.

## Hele landet

	<b>Dec. 2016</b>	<i>April 2017</i>	<i>Aug. 2017</i>	<i>April 2018</i>	<i>Okt. 2018</i>	<b>April 2019</b>	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>1.036</b>	1.063	1.057	1.063	1.081	<b>1.081</b>	104
Overlæger	<b>5.442</b>	5.501	5.489	5.421	5.324	<b>5.288</b>	97
Afdelingslæger	<b>1.909</b>	1.924	1.963	2.159	2.284	<b>2.415</b>	127
Samlet antal speciallæger	<b>8.388</b>	8.489	8.509	8.643	8.689	<b>8.784</b>	105
Overlæger/afdelingslæger	<b>2,85</b>	2,86	2,80	2,51	2,33	<b>2,19</b>	

## Region Hovedstaden

	<b>Dec. 2016</b>	<i>April 2017</i>	<i>Aug. 2017</i>	<i>April 2018</i>	<i>Okt. 2018</i>	<b>April 2019</b>	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>221</b>	218	210	214	210	<b>205</b>	93
Overlæger	<b>2.142</b>	2.178	2.177	2.167	2.159	<b>2.163</b>	101
Afdelings- læger	<b>659</b>	653	644	703	737	<b>766</b>	116
Samlet an- tal special- læger	<b>3.023</b>	3.048	3.046	3.084	3.106	<b>3.134</b>	104
Overlæ- ger/afde- lingslæger	<b>3,25</b>	3,34	3,38	3,08	2,93	<b>2,82</b>	

## Region Midtjylland

	<b>Dec. 2016</b>	<i>April 2017</i>	<i>Aug. 2017</i>	<i>April 2018</i>	<i>Okt. 2018</i>	<b>April 2019</b>	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>205</b>	206	205	208	202	206	100
Overlæger	<b>1.145</b>	1.141	1.132	1.116	1.084	1.063	93
Afdelings- læger	<b>448</b>	467	479	535	556	592	132
Samlet an- tal special- læger	<b>1.798</b>	1.814	1.814	1.858	1.842	1.861	104
Overlæ- ger/afde- lingslæger	<b>2,56</b>	2,44	2,37	2,09	1,95	<b>1,80</b>	

## Region Nordjylland

	<b>Dec. 2016</b>	<i>April 2017</i>	<i>Aug. 2017</i>	<i>April 2018</i>	<i>Okt. 2018</i>	<b>April 2019</b>	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>148</b>	155	157	162	171	168	114
Overlæger	<b>435</b>	444	436	425	413	412	95
Afdelings- læger	<b>202</b>	210	234	253	269	286	142
Samlet antal spe- ciallæger	<b>785</b>	810	827	840	853	866	110
Overlæ- ger/afde- lingslæger	<b>2,15</b>	2,11	1,87	1,68	1,54	<b>1,44</b>	

## Region Sjælland

	<b>Dec 2016</b>	<i>April 2017</i>	<i>Aug. 2017</i>	<i>April 2018</i>	<i>Okt. 2018</i>	<b>April 2019</b>	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>139</b>	148	145	147	148	<b>151</b>	109
Overlæger	<b>689</b>	702	710	679	660	<b>650</b>	94
Afdelings- læger	<b>160</b>	165	156	176	193	<b>206</b>	128
Samlet an- tal special- læger	<b>988</b>	1.014	1.011	1.003	1.001	<b>1.007</b>	102
Overlæ- ger/afde- lingslæger	<b>4,29</b>	4,25	4,54	3,87	3,42	<b>3,16</b>	

## Region Syddanmark

	<b>Dec. 2016</b>	<i>April 2017</i>	Aug. 2017	April 2018	<i>Okt. 2018</i>	<b>April 2019</b>	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>306</b>	<i>317</i>	325	325	<i>331</i>	<b>327</b>	107
Overlæ- ger	<b>1.029</b>	<i>1.035</i>	1.032	1.032	<i>1005</i>	<b>987</b>	96
Afdelings- læger	<b>432</b>	<i>422</i>	443	492	<i>530</i>	<b>564</b>	131
Samlet antal spe- ciallæger	<b>1.768</b>	<i>1.774</i>	1.800	1.849	<i>1.866</i>	<b>1.878</b>	106
Overlæ- ger/afde- lingslæ- ger	<b>2,38</b>	<i>2,46</i>	2,33	2,10	<i>1,90</i>	<b>1,75</b>	

Note: Tallene er sammenlagt på grundlag af afrundende tal, sammenlægningerne kan derfor have en skævhed som konsekvens heraf.

Kilde: KRL-SIRKA

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Afrapportering af Sundhedsudvalgets studietur</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Afrapportering fra Sundhedsudvalgets studietur</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>13</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



## NOTAT

Afrapportering fra Sundhedsudvalgets studietur til Barcelona 7-10. maj 2019

05-06-2019

EMN-2018-02971

1282993

Rikke Gravlev Poulsen

For at opnå fælles viden og inspiration til det politiske og strategiske arbejde i Danske Regioners Sundhedsudvalg har Danske Regioners Sundhedsudvalg afholdt en studietur til Barcelona. Studieturen blev afholdt fra tirsdag aften den 7. maj til fredag den 10. maj 2019.

Studieturen gav et godt indblik i Cataloniens sundhedsvæsen arbejde med blandt andet at sikre sammenhæng på tværs af sektorer, og hvordan digitale og teknologiske løsninger kan være med til at afhjælpe nogen af de udfordringer sundhedsvæsenet står overfor.

Danske Regioners Sundhedsudvalg havde på en del af turen følgeskab af en delegation fra Singapore. Erfaringer fra både Spanien og Singapore var med til at kaste en række perspektiver på det danske sundhedsvæsen, og de ambitioner Danske Regioner har for udviklingen af det danske sundhedsvæsen.

Studieturen viste i høj grad, at det på tværs af lande og kontinenter er mange af de samme udfordringer, vi står overfor, med en voksende aldrende befolkning, stigning i antallet af personer med én eller flere kroniske sygdomme og færre i den arbejdsdygtige alder til at tage sig af de mange flere syge og ældre mennesker.

Samtidig viste studieturen også, at det i høj grad også er nogle af de samme løsninger, vi ser. Herunder at der er brug for en mere populationsorienteret tilgang til sundhed, og at vi i langt højere grad skal fokusere på sundhed fremfor sygdom. Ligesom i Danmark så vi, at man både i Spanien og Singapore arbejdede med at bringe behandlingen tættere på borgerne, og at mere forebyggelse, egenomsorg, adgang til specialistrådgivning og teknologiske løsninger også er en del af svaret.

Det bliver interessant fremover at følge udviklingen i Spanien og Singapore, da de på nogle områder er længere fremme end Danmark. I Spanien har man fx i længere tid haft fokus på at bringe behandlingen tættere på borgeren samtidig med, at de også er længere med at samtænke sundheds- og socialområdet. Udvalget blev desuden

præsenteret for flere spændende tiltag på det digitale og teknologiske område. Singapore har fra central side satset radikalt på at skabe nye løsninger, der skal modvirke det voksende pres fra en aldrende befolkning.

På de næste sider følger en nærmere beskrivelse af de vigtigste pointer fra turen. Erfaringer og inspiration fra studieturen kan være input til Danske Regioners fremadrettede arbejde.

Følgende medlemmer af Sundhedsudvalget deltog på turen: Karin Friis Bach, Poul Erik Svendsen, Lone Sondrup, Pernille Buhelt, Christoffer Buster Reinhardt, Lene Linnemann, Ib Bjerregaard, Henrik Gottlieb Hansen og Kirsten Rask.

Programmet for turen er vedlagt som bilag.



### **DET CATALANSKE SUNDHEDSVÆSEN**

Catalonien er en af Spaniens 17 regioner. Der bor 7,5 millioner mennesker i Catalonien. Catalonien driver deres eget sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet er ligesom i Danmark offentlig med fri og lige adgang for alle og primært finansieret gennem skatter. Sammenlignet med resten af Spanien har Catalonien en højere middellevetid, lavere arbejdsløshed og flere penge pr. borger.

Catalonien er opdelt i syv sundhedsregioner og 33 såkaldte sundhedssektorer samt 147 kommuner. Catalonien har 68 hospitaler og 423 primary care centres. Et primary care center består som minimum af en praktiserende læge, en sygeplejerske, en sundhedsassistent, en tandlæge og en socialrådgiver. Catalonien har en lang række sundhedsudbydere, som har aftaler med det offentlige om at levere forskellige sundhedsydelser. Primærsektoren er primært offentligt, mens hospitaler, pleje og psykiatrien i højere grad bliver udbudt af associerede partnere.

I 1990 fik Catalonien en ny sundhedslov og herunder den catalanske model. Sundhedsloven var med til at lave en opdeling mellem ansvar for finansiering og ansvar for udbud af sundhedsydelser, så nu står det catalanske sundhedsministerium for den



strategiske planlægning og finansiering af sundhedsvæsen, mens Catalan Health Service, CatSalut, står for at lave kontrakter med sundhedsudbydere, som enten er offentlige eller private. Den catalanske model har som overordnet mål at mindske ulighed i sundhed, fremme et mere borgernært sundhedsvæsen, skabe bedre sammenhæng mellem sundhedsvæsenet og andre velfærdsområder, fremme inddragelsen af borgerne og styrke psykiatrien og mental sundhed.

Udvalget blev præsenteret for Cataloniens strategi for udvikling af et nært sundhedsvæsen. Strategien har mange af de samme mål, som vi arbejder efter i regionerne. Catalonien har stort fokus på at rykke mere behandling tættere på borgerne, og man ser de såkaldte primary care centre som rygsøjlen i den udvikling. Der er et stort fokus på at skabe mere sammenhæng på tværs af sektorer og gøre forløbene mere målrettede den enkelte patients behov. Som en del af strategien for det nære sundhedsvæsen er Catalonien ved at afprøve tre modeller for, hvad der kan betegnes lokale sundhedsfællesskaber, kaldet XAP's. De bygges op nedefra med udgangspunkt i de lokale behov og forudsætninger. Der er valgt tre forskellige typer af områder, hvor forskellige modeller nu skal implementeres og afprøves. Tanken er, at der på sigt skal laves 56 sundhedsfællesskaber.

### **SUNDHEDSPLAN – ET VIGTIGT UDVIKLINGSVÆRKTØJ TIL ET MERE SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN**

Under Sundhedsudvalgets ophold hørte vi af flere omgange om Cataloniens sundhedsplan. Sundhedsplanen er et bærende element for udviklingen af det catalanske sundhedsvæsen. Den udarbejdes hver fjerde år og sætter retningen for sundhedsvæsenet. Sundhedsplanen udvikles med afsæt i data om befolkningen, herunder den demografiske fordeling i regionen samt data om borgernes sundhed og sundhedsadfærd, som fx antal rygere, selvvurderet helbred, kroniske sygdomme, mm. I udarbejdelsen af planen inddrages desuden relevante eksperter og interessenter, ligesom nationale prioriteter og WHO-mål også er et vigtigt afsæt for planen. Der er lavet syv sundhedsplaner siden 1991.

Den nuværende sundhedsplan løber fra 2016-2020. Den tager afsæt i de udfordringer, som Catalonien står overfor nu, som blandt andet gælder en aldrende befolkning. Samtidig står Catalonien overfor nogle af de samme udfordringer, som vi gør i Danmark, med en stor andel af befolkningen, der lider af kronisk sygdom, er overvægtige, ryger samt en stigende social ulighed i sundhed. Derudover har Catalonien, ligesom resten af Spanien, haft store problemer med arbejdsløshed, øget ulighed og en stigende del af befolkningen, der lever under fattigdomsgrænsen.

I udarbejdelsen af sundhedsplanen har der været stort fokus på at inddrage alle relevante parter, og over 4.000 stakeholders er blevet hørt i processen. På baggrund af data og høringer har man identificeret 11 overordnede prioriteter, som planen skal fokusere på at løse. Herunder social ulighed i sundhed, sammenhæng på tværs af

sektorer, behandling tættere på borgerne, forebyggelse, mm. Under de overordnede prioriteter er der identificeret 39 sundhedsmål, herunder 17 mål for mortalitet og morbiditet, som fx middellevetid, hoftebrud blandt de 65+, mm, 18 mål for risikofaktorer og ulighed i sundhed, som fx rygning, fysisk aktivitet, børnevaccination, mm, samt fire mål for behandlingskvalitet. Der er sat milepæle for de forskellige mål, som monitoreres løbende. Samtidig er der igangsat forskellige projekter, som evalueres.

Den forrige sundhedsplan var i høj grad med til at skubbe på en mere populationsorienteret tilgang i det catalanske sundhedsvæsen med fokus på bedre sammenhæng mellem sektorer og med socialområdet. Herunder var der særligt fokus på patienter med kronisk sygdom og multisygdom. Planen havde også stærkt fokus på i langt højere grad at flytte behandlingen fra det specialiserede til det primære sundhedsvæsen og helt ud i borgerens hjem med mål om fx at reducere henvisninger til specialiseret behandling og reducere indlæggelser og genindlæggelser for patienter med kronisk sygdom. Resultaterne var gode, i det at man blandt andet lykkedes med at øge aktiviteten af hjemmebehandling med over 50 procent og reducere genindlæggelsesraten af patienter med kronisk sygdom med ni procent. En del af vejen til at skabe bedre integration på tværs var ved at sætte fokus på at skabe en bedre digital integration. Den nuværende sundhedsplan skal være med til at modne de digitale sundhedstilbud samt konsolidere de ting, man opnåede med den forrige sundhedsplan.

Under studieturen var Sundhedsudvalget på besøg i Badalona, som er en by med 300.000 indbyggere, der ligger nord for Barcelona. Badalona har været foregangsområdet for integrationen mellem sundhedsvæsen og socialområdet, ligesom de tidligt har set værdien af sundhedsfællesskaber, hvor det sociale arbejde og sundhedsarbejdet laves i en form for integreret system. En af grundene til at de har kunne lykkes med det i Badalona er, at det er en samlet organisation, der står for at levere alle sundhedsydelser. Igennem de seneste 15-20 år har de også haft sociale ydelser under samme leverandør, hvilket har givet meget bedre muligheder for at tilbyde sammenhængende løsninger. Herunder har det givet muligheder for at lave en fælles journal. Det arbejder man nu på at kunne skalere op til catalansk niveau, men på tværs af Catalonien er der fortsat mange epj-systemer.

### **FOKUS PÅ MENTAL SUNDHED I CATALONIEN**

Pere Bonet Dalmau, som er formand for arbejdet om Cataloniens plan for mental sundhed og misbrug holdte et oplæg om Cataloniens arbejde med psykiatrien og mental sundhed. Catalonien har gennem længere tid arbejdet på at styrke psykiatrien og den mentale sundhed i befolkningen. Herunder har der været fokus på at skabe bedre sammenhæng mellem sektorer samt mellem psykiatrien og somatikken.

Siden 1990 er psykiatrien og mental sundhed blevet styrket ved at blive tildelt en større andel af sundhedsbudgettet. Samtidig er der sket en udvikling mod, at en større del af finansieringen går til indsatser tæt på borgeren, da man i højere grad har

fået fokus på at forebygge og behandle psykisk sygdom udenfor hospitalet. Herunder har nogle primary care centre, som består af minimum en praktiserende læge og andre sundhedspersoner, ansat personale, som har særlige kompetencer indenfor mental sundhed, og det har vist gode resultater.

Catalonien arbejder desuden med at målrette indsatserne gennem risikostratificering, og i øjeblikket er man i gang med at udvikle flere stratificeringsgrupper end de tre, der er i dag.

### **BESØG HOS HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA**

Under studieturen var Sundhedsudvalget på besøg på Hospital Clinic de Barcelona, et universitetshospital i hjertet af Barcelona, som både fungerer som lokalhospital for 300.000 borgere og højt specialiseret hospital for mellem 800.000 og 7 millioner borgere. Hospitalet havde et stærkt forskningsmiljø, som var koblet tæt sammen med praksis, hvilket gav nogle store fordele, da det blandt andet er med til at sikre, at hospitalet udvikler behandlingen af patienter ud fra de kliniske behov, der opleves.

På hospitalet hørte vi om deres strategi for at udvikle hospitalet til at være mere udadvendt og proaktivt. Som en del af hospitalets arbejde med at flytte mere behandling tættere på borgerne og sikre en mere sammenhængende indsats, har de lavet en alliance med de øvrige parter i området, der leverer sundhedsindsatser. Herunder både primærsektoren, andre hospitaler, psykiatrien og socialsektoren. Læger og sygeplejersker har været tæt med inde over beslutninger om, hvilke organisatoriske forandringer der skal til for at sikre et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Alliancen har blandt andet været med til at styrke hospitalets understøttelse af almen praksis gennem forskellige tiltag. Én dag om ugen får de tilknyttede primary care centre besøg af specialister fra hospitalet, som hjælper de praktiserende læger med at udrede og behandle patienter gennem rådgivning af den praktiserende læge. Specialisten fra hospitalet har adgang til journalsystemet hos almen praksis, når de er derude. Samtidig har specialisten samme adgang til forskellige tests, som de ville kunne sende til patienten på hospitalet. Endvidere holder speciallægen en gang om måneden konsultation med alle de praktiserende læger i området og gennemgår komplekse patienter. Derudover er der skabt en bedre adgang til understøttelse fra hospitalet til almen praksis, som foruden telefonrådgivning også dækker over adgang til protokoller, træningssessioner og forskningsprojekter. Den øgede understøttelse har forbedret kvaliteten af de henvisninger almen praksis sender til hospitalet. På bare tre år har man fx set et fald i unødvendige henvendelser med 22 procent inden for hormonsygdomme. Samtidig har den integrerede model også været med til at skabe gode kliniske resultater, fx har langt færre hjertepatienter forhøjet kolesterol.

Besøget på Hospital Clinic viste, at de var godt i gang med den samme omstilling, som vi også prøver at få igennem herhjemme, og at de er nået lidt længere på rejsen med at behandle patienter i nærmiljøet. Der var dog stadig opdeling mellem de forskellige parter i form af, at de ikke har fælles finansiering af projekter og puljer, men de drømmer om, at de en dag kan få sygeplejersker ansat i en fælles pulje på tværs af sektorer. De var i gang med at udvikle et integreret informationssystem, hvor man på tværs kan se data, og de har valgt selv at bygge det op fra bunden

## **DATA OG DIGITALISERING I CATALONIEN**

Sundhedsudvalget havde på studieturen flere oplæg om brug af data, digitalisering og teknologi i Catalonien. Herunder var der oplæg fra det catalonske sundhedsministerium ved Òscar Solans og Pol Pérez Sust om udviklingen af en fælles dataplatform og ministeriets strategiske plan for informationssystemer.

Sundhedsministeriet har igennem de seneste ti år været i gang med at opbygge en fælles IT-plattform, hvor de samler data fra forskellige leverandører i sundhedsvæsenet, så behandlere kan få et samlet overblik over data. HC3 hedder platformen, hvor forskellige sundhedsudbydere deler relevant information for hver patient, så andre dele af behandlingskæden kan se dem. Ambitionen er at have alle data om borgeren fra start til slut sammen, herunder også data fra borgeren selv gennem apps og wearables.

Der arbejdes i øjeblikket på at få koblet data fra socialområdet på, så sundheds- og sociale data samles i en fælles platform med henblik på at sikre en mere holistisk tilgang i behandlingen af patienter. Integrationen mellem data fra sundhedsvæsenet og socialsektoren sker gennem informeret samtykke fra borgeren om, hvilke data der sendes. Catalonien har haft et mål om at samle de forskellige systemer på socialområdet i et, men det er ikke lykkedes. Derfor vil tilkoblingen af sociale data til HC3 ske løbende, og det vil tage tid.

Gennem de seneste år har der desuden været fokus på at udbygge borgernes mulighed for at se egne sundhedsdata. Lige nu er de ved at udvikle deres form for sundhed.dk fra blot at være et opslagsværk, hvor man kan se egne data, til et mere interaktivt site med mulighed for e-konsultationer, online-booking mv. På mange måder er Catalonien i gang med den samme rejse, som vi i Danmark også er på.

I Catalonien er der generelt fokus på at udvikle bedre prædiktionsmodeller samt modeller for risikostratificering af borgere, som skal være med til at sikre en mere målrettet og proaktiv tilgang i sundhedsvæsenet. Man har bygget forskellige modeller for risikostratificering af patienter med kronisk sygdom, som man nu er i gang med at vi-

dereudvikle til også at indeholde sociale data. Det vil styrke den holistiske og populationsbaserede tilgang til behandling. I sidste ende er tanken, at personale på tværs af sektorer skal kunne se folks risikoprofil i den fælles platform.

Professor Francisco Lupiañez-Villanueva fortalte desuden Udvalget, om perspektiver for brugen af data som driver for sundhedsvæsenet. Herunder blev arbejdet med at udvikle algoritmer og prædiktionsmodeller for fx patienters indlæggelsestid og risiko for genindlæggelse beskrevet som et område, der bliver arbejdet på, og som vi skal gøre mere af. Det blev pointeret, at det er vigtigt, at vi ikke bare samler en masse data, men at vi faktisk bruger det data, som vi indsamler, og at det er mindst ligeså vigtig at fokusere på at få implementeret de modeller, der laves, som at lave dem. Han påpegede også vigtigheden af at tænke sundhedspersonalet ind, i forhold til at få viden om, hvilke data der giver mening at indsamle. Ellers kan man risikere at udvikle indikatorer, som sundhedspersonalet ikke kan se den kliniske relevans af. Endvidere er det vigtigt at arbejde på at nedbryde barrierer i lovgivningen.

## **ALPHA HEALTH**

Studieturen bød også på et besøg hos Alpha Health, hvor Oliver Harrison, CEO for Alpha Health, fortalte om Alpha og deres arbejde. Udvalget fik også en rundvisning i deres kontormiljø.

Alpha er grundlagt af Telefonica, som er en af verdens største teleselskaber, og er et såkaldt moonshot factory, som arbejder med forskellige moonshots, der skal skabe radikale løsninger på store problemer ved hjælp af teknologi. Sundhed er blevet valgt som en af Alphas moonshots.

Alpha Health består af omkring 70 ansatte med forskellige baggrunde, herunder ingeniører, personer med sundhedsvidenskabelig baggrund, kunstnere, mm. De arbejder på løsninger, der kan bidrage til mere sundhed, og som potentielt kan påvirke millioner af mennesker, og som samtidig kan skabe en gevinst for Telefonica, der investerer i dem.

Målet for Alpha Healths moonshot er at bidrage til, at 1 milliard mennesker i 2028 har en sundere livsstil. Med udgangspunkt i neurovidenskabelig adfærdsteori og med afsæt i data indhentet på baggrund af folks brug af deres telefon, arbejder Alpha Health på at skabe løsninger, der kan bidrage til en sundere livsstil.

Telefonica ligger inde med meget data, baseret på folks brug af deres telefoner. Det gælder fx data om, hvornår man bruger ens telefon, hvilke apps man bruger, og hvor meget man er i kontakt med omverdenen, mm. Den måde vi bruger vores telefon på, siger rigtig meget om, hvordan vi har det, og hvordan vi lever. På den måde kan data fra telefonen også være med til at opdage forandringer i humør og livsstil, som kan være tegn på sygdom eller forværringer af ens mentale sundhed. Fx kan det være

tegn på udvikling af depression, når man pludselig bliver hjemme og heller ikke har kontakt med andre mennesker.

Alpha Health har stort fokus på dataetik, og de ser sundhedsdata som meget private. Det er vigtigt for dem, at ens personlige data bliver brugt på en måde, der tjener ens egen interesse. I stedet for at skræddersy reklamer på baggrund af data, arbejder Alpha Health for at skræddersy hjælp til at leve et sundere og gladere liv baseret på ens egne data.

Alpha Health arbejder blandt andet på en "Wingman-funktion", hvor de bruger ens personlige data til at skræddersy et forløb, der kan hjælpe en med at opnå de sundhedsmål, man selv har sat.

Derudover fortalte Alpha Health om, at de arbejder på at udvikle løsninger, der kan forudsige psykiske kriser på baggrund af adfærdsændringer, hos mennesker kendt med psykisk sygdom. Det vil kunne være med til at forebygge selvmord ved, at sundhedspersonalet får mulighed for at gribe ind før den psykiske krise opstår – såfremt personen med psykisk sygdom har givet samtykke til at blive monitoreret, hvilket de fleste ønsker.

Endvidere arbejder de på et behandlingsprogram til personer, der lider af body dysphoric disorder (BDD), som er en psykisk tilstand, hvor man ikke kan have et vel fungerende liv fordi man er så angst for den måde, andre ser ens krop på. Programmet er kognitiv terapi og bruges i kombination med hjælp fra psykiatere. Resultaterne viser, at specialisterne nu bruger meget kortere tid per patient, og at det er langt mere effektivt, samtidig med at patienterne kan klare behandlingen hjemmefra.

Et andet redskab vi hørte om, som Alpha Health har udviklet, er en app, der skal hjælpe med at reducere alkoholforbruget hos folk, der ønsker det. Med afsæt i viden om hjernen har de udarbejdet en app, som har vist gode resultater for nogle personer.

## **BESØG HOS BARCELONA HEALTH HUB**

Under studieturen var Sundhedsudvalget på besøg hos Barcelona Health Hub, som lå på det gamle Sant Pau Recinte Hospital, hvor Udvalget fik en rundvisning. Barcelona Health Hub er en nonprofitorganisation, som samler forskellige startup-firmaer, sundhedsorganisationer, firmaer, og investorer om at skabe digitale løsninger på sundhedsområdet. Udvalget fik præsentationer fra to start-ups, der var en del af Barcelona Health Hub. Barcelona Health Hub har som mål at stimulere innovation i sundhedsvæsenet gennem brugen af nye digitale teknologier, promovere firmaer der udvikler løsninger og sikre samarbejde mellem firmaer og sundhedsvæsenet.

Udvalget hørte blandt andet om Doctoralia, som tilbyder videokonsultationer og chatfunktioner i flere lande. Derudover hørte Udvalget om Mediktor, som er en online symptom-checker, hvor man kan få mere viden om ens symptomer og rådgivning fra specialister eller en chatbot om, hvad man skal gøre ved dem. Mediktor fortalte, at 60 procent af de personer, der har anvendt Mediktor til at få rådgivning om deres symptomer, ikke havde brug for at søge læge efterfølgende, og dermed kan løsningen være med til at lette presset på almen praksis.

### **INSPIRATION FRA SINGAPORE**

En delegation fra Singapore var med rundt på flere af Sundhedsudvalgets besøg, hvilket gav Udvalget mulighed for også at lære noget om sundhedsvæsenet i Singapore, som er blevet udpeget som en af de bedste sundhedsvæsenet i verden ifølge Bloomberg.

Singapore står ligesom Danmark og Spanien overfor en voksende aldrende befolkning, men udviklingen er mere drastisk i Singapore. Det store pres på Singapores sundhedsvæsen har fået Sundhedsministeriet til at nedsætte en særlig afdeling, som arbejder med transformation af sundhedsvæsenet. Afdelingen består af ca. 30 medarbejdere. Afdelingen skal arbejde med mere langsigtede løsninger, der kan sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen fremover. Arbejdet er centreret omkring tre områder; forebyggelse og sundhedsfremme, primærsektoren og behandling på hospitalerne.

#### *Sundhedsfremme og forebyggelse*

Sundhedsvæsenet skal i langt højere grad fokusere på sundhed fremfor sygdom, og derfor stod forebyggelse og sundhedsfremme også som en af de helt vigtige områder. Fremover skal den sunde livsstil være udgangspunktet fremfor et tilvalg, og kulturen skal være en, der værdsætter sund levevis. Derfor arbejder man i Singapore med at få sundhed ind i alle politikker, og ikke kun i deciderede sundhedspolitikker. De arbejder i brede partnerskaber, der skal skabe sunde lokalmiljøer, fx i boligområder og på uddannelsesinstitutioner. Fx har de et arbejde med universiteter, hvor de uddanner nogen af de studerende til at være sundhedsambassadører både på uddannelsesstedet, men også på deres fremtidige arbejdspladser.

#### *Fremtidens primærsektor*

Det overordnede mål med fremtidens primærsektor er en stærkere forankring af en holistisk og langsigtet tilgang, der fokuserer på forebyggelse og egenomsorg tæt på hjemmet. Singapore har sat sig seks mål for udviklingen. Et af målene er indførelse af "egen læge/team", som man ikke har i dag. Ved hjælp af monitorering og teknologi vil man forsøge at øge egenomsorgen. I fremtiden skal monitoreringen af patientens eget data styrkes, og primærsektoren skal reagere og kontakte patienten ved værdier, der ligger udenfor normalen. Endvidere arbejder man på at udvikle en chatbot, som fx vil rose en patient, hvis patienten er god til at måle blodtryk, eller sende en

besked om, at det er tid til at måle blodtrykket, hvis man ikke har målt det. Hvis patienten stadig ikke tager blodtrykket, er tanken, at ens team får besked herom og ringer til patienten.

#### *Integrerede hospitaler*

I Singapore har tendensen, ligesom i Danmark, været, at man i høj grad har specialiseret behandlingen på hospitalet, hvilket har sikret behandling af høj kvalitet. Nu ser man dog behov for i højere grad også at få generalisten i spil igen, og tankegangen om, at sundhedspersonalet skal komme til patienten i stedet for omvendt, er udbredt. Helt konkret afprøves der i øjeblikket en ny hospitalsmodel, som opfordrer til en mere holistisk behandling, hvor patienter modtager behandling fra et behandlingsteam, og hvor man forsøger at minimere, at patienten flytter afdelinger under indlæggelse. Formålet er generelt at forbedre behandlingen på tværs af sektorer og sikre bedre sammenhæng mellem specialer. Ministeriet holder løbende øje med effekterne af projektet, som vil blive skaleret, hvis det er succesfuldt.

#### *Centrale elementer i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen*

I Singapore så man nye teknologiske og digitale muligheder som en helt central måde at drive udviklingen af sundhedsvæsenet. Der var stor opmærksomhed på, hvordan ny teknologi kan ændre mulighederne for, hvordan vi kan drive sundhedsvæsenet. Derfor havde de også ansat nogen til konstant at scanne markedet for de nyeste teknologier, både inden- og udenfor sundhedsvæsenet.

Derudover var der stort fokus på, hvordan man kunne bruge finansielle incitamenter og strukturer til at transformere sundhedsvæsenet. Her var de meget interesserede i at udvikle værdibaserede modeller, som skal sikre mere holistiske og sammenhængende patientforløb. Nye strukturer og incitamenter afprøves i en "sandkasse", som har særlig finansiering.

Partnerskaber på tværs af sundhedsvæsenet og andre aktører blev også set som et vigtigt element til at drive udviklingen af sundhedsvæsenet. Ministeriet arbejder på at bringe forskellige parter sammen, som sammen skal skabe løsninger. Herunder har ministeriet fokus på at nedbryde barrierer for udvikling og skalering ved blandt andet at give gode rammer for at afprøve nye finansieringsmodeller.

Der var endvidere et stort fokus på implementering. Afdelingen gjorde meget ud af at tænke sundhedspersonalet med ind i udviklingen af løsninger. Samtidig tager afdelingen stort ansvar for at sikre en ordentlig implementering af de forskellige nye initiativer og tager selv ud på hospitalerne og observerer, hvordan der bliver arbejdet med implementeringen af initiativer. Herunder havde de stort fokus på at finde ud af, hvordan man bedst kan understøtte den lokale ledelse med at implementere løsninger i det daglige.