

Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

20-01-2011
Sagsnr. 11/97
Annette Budtz-
Jørgensen
Tel.: 3529 8263
E-mail: abj@regioner.dk

Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 27-01-2011 kl. 10:30

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

Afbud:

Mødested: Danske Regioner,
Dampfærgevej 22,
2100 København Ø



Indholdsfortegnelse

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/97	1
2. Godkendelse af åbent referat af møde 16-12-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/97	3
Bilag: 1. Åben referat af møde 16-12-2010 i Danske Regioners bestyrelse	
3. Ændring af sammensætningen i Landstandlægenævnet, sagsnr. 11/119, j.nr. RLTN5530	5
4. Bestyrelsesansvarsforsikring for samtlige hverv hvortil Danske Regioner udpeger bestyrelsesmedlemmer., sagsnr. 10/2562	7
5. Danske Regioners generalforsamling 2011 - program og dagsorden, sagsnr. 09/2500	9
6. Udfordringer for den mellemregionale afregning, sagsnr. 07/218	13
Bilag: 1. Notat vedr. reform af den mellemregionale afregning	
Bilag: 2. Syddanmark - Bemærkninger til model for mellemregional afregning	
Bilag: 3. Sjælland - Model for mellemregional afregning	
7. Den bagudrettede betaling af Sikringen fra 2007 til i dag, sagsnr. 10/1976	15
Bilag: 1. Finansiering af Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj	
8. Redegørelse vedrørende effektiviseringer, sagsnr. 10/2245	17
9. Afbureaukratisering, sagsnr. 08/1548	19
Bilag: 1. Brev til indenrigs- og sundhedsministeren vedr. afbureaukratisering	

Bilag: 2. Bilag til brev til indenrigs- og sundhedsministeren - eksempler hvor man med fordel kan afbureaukratisere

- 10. Økonomikursus for regionspolitikere den 30. marts 2011, sagsnr. 10/1815** **23**
Bilag: 1. Økonomikursus for regionspolitikere den 30. marts 2011
- 11. Udpegning af medlemmer til Dansk Selskab for Patientsikkerheds bestyrelse, sagsnr. 01/3293, j.nr. 110** **25**
- 12. Fortsat regionalt bidrag til finansiering af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, sagsnr. 01/3293, j.nr. 110** **27**
- 13. Forhandlingsaftale med Praktiserende Lægers Organisation, sagsnr. 10/220, j.nr. RLTN5510** **31**
Bilag: 1. Notat om aftalen med PLO
- 14. Lovforslag om ændring af apotekerloven, sagsnr. 10/2305** **35**
Bilag: 1. Høringssvar
- 15. Lovforslag om ændring af lægemiddelloven, sagsnr. 10/2298** **39**
Bilag: 1. Høringssvar vedr. ændring af lægemiddelloven
- 16. Borgertopmøder - Budget og indhold, sagsnr. 09/2069** **41**
Bilag: 1. Budget for borgeropmøderne 2011
- 17. Rapport om snitflader mellem social- og sundhedsområdet - medicinbehandling og (genop)træning, sagsnr. 09/730** **43**
Bilag: 1. Endelig rapport
- 18. Rigsrevisionens udkast til beretning om elektroniske patientjournaler, sagsnr. 10/1251** **47**
- 19. Fællesregional investeringsplan for sundheds-it i 2011, sagsnr. 10/1130** **51**
Bilag: 1. Fællesregional investeringsplan for sundheds-in 2011
- 20. Sund Vækst, sagsnr. 10/935** **55**

21. Sundhedsinnovation. Status og det fremadrettede arbejde, sagsnr. 10/935	59
Bilag: 1. Status og nye initiativer vedrørende sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde	
22. Udviklingskontrakter for universiteterne - lovændring, sagsnr. 10/267	65
23. Dialogforum om tilgængelighed, sagsnr. 10/2541	67
Bilag: 1. Invitation til dialogforum om tilgængelighed	
24. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/97	69
25. Næste møde, sagsnr. 11/97	73
26. Eventuelt, sagsnr. 11/97	75



1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/97

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.





2. Godkendelse af åbent referat af møde 16-12-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/97

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

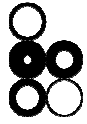
*Det indstilles,
at referatet godkendes.*

Sagsfremstilling

-

Bilag

Åbent referat af møde 16-12-2010 i Danske Regioners bestyrelse.pdf (935969).



**3. Ændring af sammensætningen i Landstandlægenævnet, sagsnr. 11/119,
j.nr. RLTN5530**

Tine Torslev From

Resumé

Sammensætningen i Landstandlægenævnet ændres som følge af ny lov om patientklager. Det medfører, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn fremover har to pladser – i stedet for som tidligere tre.

Indstilling

Det indstilles,
at der vælges to medlemmer til Landstandlægenævnet.

Sagsfremstilling

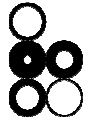
I forbindelse med ny lov om patientklager ændres sammensætningen i Landstandlægenævnet således, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn fremover har to pladser i stedet for som hidtil tre.

På nuværende tidspunkt er Henrik Thorup, O, Region Hovedstaden, Nina Bergrig, C, Region Hovedstaden og Karsten Uno Petersen, A, Region Syddanmark udpeget.

Der skal herefter foretages valg af to medlemmer.

Bilag

Ingen.



4. Bestyrelsesansvarsforsikring for samtlige hverv hvortil Danske Regioner udpeger bestyrelsesmedlemmer., sagsnr. 10/2562

Susanne Hjorth

Resumé

Danske Regioner har ikke tegnet bestyrelsesansvarsforsikring for såvel egen bestyrelse som de eksterne bestyrelser, hvortil foreningen udpeger medlemmer. Gjensidige Forsikring meddeler, at Danske Regioner ikke kan tegne en samlet bestyrelsesansvarsforsikring for eksterne bestyrelser.

Indstilling

Det indstilles,

at det overvejes, hvorvidt der ønskes tegnet en bestyrelsesansvarsforsikring for Danske Regioners egen bestyrelse, og

at det overlades til de eksterne selskaber selv at vurdere, om de vil tegne bestyrelsesansvarsforsikring.

Sagsfremstilling

I bestyrelsens møde december 2010 orienterede formanden om, at kammeradvokaten på vegne af SKAT, vil udtage stævning mod den tidligere bestyrelse i Helse – Familiens lægemagasin's Fond, hvortil Danske Regioner havde udpeget tre medlemmer. Fonden gik i betalingsstandsning i 2008, og blev senere taget under konkursbehandling.

Foranlediget heraf bad bestyrelsen sekretariatet redegøre for forsikringsforhold for bestyrelsens medlemmer, og hvorvidt de selvstændige bestyrelser, hvortil Danske Regioner udpeger medlemmer og suppleanter, har tegnet forsikring for bestyrelsesansvar, som dækker de af Danske Regioner udpegede medlemmer.

Der har hidtil ikke været tegnet bestyrelsesansvarsforsikring for Danske Regioners egen bestyrelse, ud fra en betragtning om, at der ikke træffes beslutninger i bestyrelsen, som bestyrelsens medlemmer kan blive gjort personligt økonomisk ansvarlige for, og som i givet fald vil kunne forsikres.

Danske Regioner har tegnet de nødvendige forsikringer for bygninger, grundejeransvar og medarbejderansvar.

KL oplyser, at de ikke har tegnet bestyrelsesansvarsforsikring, og heller ikke agter at gøre det. De har som Danske Regioner den almindelige lovpligtige ansvarsforsikring.



For så vidt angår de eksterne bestyrelser har foreningen konstateret, at kun et fåtal af disse har tegnet en bestyrelsesansvarsforsikring. De organer, der har tegnet bestyrelsesansvarsforsikring er: AMGROS, Patientforsikringen, Pen-Sam fællesbestyrelsen, ATP, Sundhed.dk, Center for Døve, og Hjælpemiddel-instituttet. Øvrige organer, der er adspurgte, har ikke fundet det nødvendigt med en bestyrelsesansvarsforsikring.

Danske Regioners forsikringsselskab Gjensidige Forsikring har oplyst, at de ikke tegner bestyrelsesansvarsforsikring for pensionselskaber. Det vil løst regnet koste ca. 55.000 kroner i årlig præmie, at forsikre de øvrige selskaber hvortil Danske Regioner udpeger medlemmer (forsikringssum fem millioner kroner). Gjensidige Forsikring gør opmærksom på, at det er de respektive selskaber, som selv i givet fald skal tegne bestyrelsesansvarsforsikring og ikke Danske Regioner.

Der foreligger endnu ikke tilbud på præmie for tegning af bestyrelsesansvarsforsikring for Danske Regioners egen bestyrelse alene, men tilbud forventes at foreligge til bestyrelsesmødet den 27. januar 2011.

Bilag

Ingen.

5. Danske Regioners generalforsamling 2011 - program og dagsorden, sagsnr. 09/2500

Bente Kragelund Jønsson

Resumé

Danske Regioners generalforsamling afholdes i år over en dag, den 14. april, i Aalborg Kongres- og Kulturcenter. Som noget nyt arrangeres et besøg i Region Nordjylland for gæster, som ikke deltager i de politiske gruppemøder om formiddagen. Besøget vil foregå på Aalborg Sygehus Syd. Regionsdirektørerne vil i samme tidsrum mødes med en gruppe af kommunalforskere for at drøfte regionernes aktuelle udfordringer.

Indstilling

Det indstilles,

at program og dagsorden for Danske Regioners generalforsamling 2011 godkendes.

Sagsfremstilling

Programmet for generalforsamlingen 2011 er følgende:

Torsdag den 14. april 2011 i Aalborg Kongres og Kulturcenter

- | | |
|---------------|--|
| 09.30 | Formandens velkomst og beretning |
| 10.00 | Regeringens hilsen til generalforsamlingen |
| 10.30 | Politiske gruppemøder |
| | Gæsteprogram med besøg på Aalborg Sygehus Syd
(Arrangementet er for de gæster, som ikke deltager i de politiske gruppemøder) |
| 12.30 | Frokost |
| 13.30 | Regnskab, kontingent, valg og indkomne forslag |
| 14.30 | Pause |
| 14.45 – 17.30 | Debat |
| 14.45 | Temaet for eftermiddagens debat bliver den økonomiske krises konsekvenser for den offentlige sektor på europæisk plan, og hvordan løsningen er mere kvalitet for pengene. Hovedtalerne bliver Hans Martens (CEO European Policy Centre) og Derek Feeley (Director for Healthcare Policy and Strategy, The Scottish Government) |
| 16.15 | Opsamling ved Danske Regioners næstformand |
| 16.30 | Debat om oplæggene samt formandens beretning |

19.00 Middag

Regionernes frist for indlevering af forslag til dagsordenspunkter er torsdag den 3. marts 2011. På nuværende tidspunkt er der ikke indkommet nogen forslag.

Dagsordenen skal sendes ud senest den 17. marts 2011.

Dagsorden

Torsdag den 14. april 2011, kl. 9.30

1. Formandens velkomst
Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Indenrigs- og sundhedsministeren bringer regeringens hilsen til generalforsamlingen
4. Regnskab og kontingent
 - a. Regnskab 2010
 - b. Kontingent 2011

Pause

Debat

5. Debat om oplæggene, om formandens beretning samt ”Årsberetning 2010”
6. Indkomne forslag
7. Valg
8. Næste møde
9. Eventuelt

Forskerarrangement



Som noget nyt inviteres forskere på det kommunale og regionale område med til generalforsamlingen. Formålet er at understøtte deres interesse for det regionale niveau.

Under de politiske gruppemøder afholdes et arrangement af en times varighed for forskerne, hvor der er mulighed for at drøfte regionernes udfordringer på baggrund af et kort oplæg ved Danske Regioner. Regionsdirektørerne er værter for arrangementet.

Bilag

Ingen.



6. Udfordringer for den mellemregionale afregning, sagsnr. 07/218

Michael Henrik Kragh

Resumé

Ændringer i den mellemregionale afregning har været drøftet i forskellige fora i løbet af det seneste års tid, uden at der er opnået enighed om en ny model. Emnet blev senest drøftet i bestyrelsen 28. oktober 2010. I den mellemliggende periode er forskellige modeller blevet udformet og drøftet. Der foreligger endnu ikke enighed om en fremtidig model.

Indstilling

Det indstilles,
at en fremtidig model for den mellemregionale afregning drøftes.

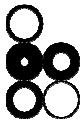
Sagsfremstilling

Ændringer i den mellemregionale afregning har været drøftet i forskellige fora i løbet af det seneste års tid, uden at der er opnået enighed om en ny model. Emnet blev senest drøftet i bestyrelsen 28. oktober 2010. I den mellemliggende periode er forskellige modeller blevet udformet og drøftet.

De mellemregionale patientvandringer sker af to årsager. Enten fordi patienten selv vælger det eller fordi behandlingen pga. specialiserings-graden ikke kan foretages inden for bopælsregionen. Afregningen sker ligeledes ud fra to forskellige systemer. Afregning på hoved- og regionsfunktionsniveau baserer sig på landsgennemsnitlige DRG-takster og afregningen på højt specialiseret niveau baserer sig på stedbestede omkostningsbaserede takster. Den samlede mellemregionale afregning omfatter cirka fire milliarder kroner. Heraf omfatter basispatienter og patienter på regionsfunktionsniveau godt en tredjedel, mens patienter på højt specialiseret niveau tegner sig for knap to tredjedele.

Den ene problemstilling har landspolitisk interesse og omhandler incitamenter vedrørende det private sygehusvæsen, hvor taksterne er reduceret i forhold til DRG-taksterne. Det vedrører primært behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau. Den anden udfordring er den interregionale afregning for den højt specialiserede behandling, som de seneste år har været stigende.

Formanden har som det seneste udsendt et forslag til en model til regionsformændene, da der ikke var mulighed for at afholde et fysisk møde. Modellen der blev fremlagt indeholdt følgende:



Hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau

- Afregningen reduceres til 70 procent af DRG-taksten.
- Regionerne kan stadig indgå bilaterale aftaler om at afregne til en anden procentsats end den generelt aftalte.
- Indfasningen af den lavere afregningsprocent foretages over tre år.

Højt specialiseret niveau

- Den omkostningsbaserede takstberegning fastholdes.
- Der arbejdes for øget gennemsigtighed i prisdannelsen.

Gennemsigtigheden søges opnået gennem politiske udvalg, midt-nord, syd-sjælland, sjælland-hovedstaden. Udvalgene mødes to gange årligt og drøfter gennemsigtighed og transparens af takster, nye behandlinger og forudsætninger for takstberegningen, herunder afskrivninger, forskning og uddannelse.

Der er indkommet skriftlige kommentarer fra Region Sjælland og Region Syddanmark.

Kommentarerne fra Region Syddanmark er, at de gerne ser, at behandlinger på alle funktionsniveauer behandles parallelt. Udgangspunkt bør være landsgennemsnitlige DRG-takster også på det højt specialiserede område. Afregningsprocenten for den offentlige og private sygehussektor behøver ikke at være på samme niveau. Der bør indføres en generel leverandørrabat.

Region Sjælland kommenterer, at de gerne ser, at aftalen, der er indgået mellem regionerne Syddanmark, Nordjylland og Sjælland, hvorefter der afregnes til 90 procent af DRG på alle funktionsniveauer, blev gjort landsdækkende. Adskilles hoved- og regionsfunktionsniveauet fra det højt specialiserede niveau, bør det ske på en enkel, utvetydig og overskuelig måde. En fortsættelse af den nuværende afregning på det højt specialiserede niveau er uacceptabel. Det er nødvendigt at diskutere afregningsprincipperne, herunder hvilke parametre, der skal indgå i taksterne på det højt specialiserede område, uanset om taksterne bliver DRG-baserede eller opgjort efter en anden omkostningsbaseret metode.

Bilag

Notat vedr. reform af den mellemregionale afregning (934446).

Syddanmark- Bemærkninger til model for mellemregional afregning.doc (936370).

Sjælland-Model for mellemregional afregning.doc (936369).

**7. Den bagudrettede betaling af Sikringen fra 2007 til i dag, sagsnr.
10/1976**

Andrea Grandelag

Resumé

Indenrigs- og Sundhedsministeren har i et brev bedt Danske Regioners bestyrelse om at drøfte og nå til indbyrdes enighed om en rimelig ordning for betalingen af Sikringen i Region Sjælland fra kommunalreformen til i dag. I forhold til den fremadrettede finansiering vil ministeren sende et udkast til en særskilt finansieringsmodel i høring.

Indstilling

Det indstilles,

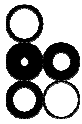
at det drøftes, hvordan Danske Regioner skal forholde sig til ministerens henvendelse vedrørende betalingen for Sikringen fra sundhedslovens ikrafttræden 1. januar 2007 og frem til i dag.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har modtaget et brev fra indenrigs- og sundhedsministeren, hvor ministeren beder om en løsning på betalinger til sikringsanstalten *Sikringen* i Region Sjælland. Brevet er en følge af en henvendelse fra Region Sjælland til indenrigs- og sundhedsministeren, hvor regionen søger at få løst *Sikringens* finansieringsproblem, der opstod i 2007 som følge af en ændring i sundhedsloven.

Årsagen til problemet er en ændring i sundhedsloven fra 2007, som trådte i kraft i forbindelse med kommunalreformen. En ændret bestemmelse betyder, at *Sikringen* ikke længere har mulighed for at opkræve takster fra de regioner, som har patienter på institutionen. I den nye lov specificeres det, at det er bopælsregionen, der skal betale. Da patienter med længerevarende ophold skal skifte adresse til institutionen, vil det være den region, institution ligger i, som skal betale for opholdet. Sådan var det ikke tidligere. Tidligere var det den oprindelige bopælsregion, som betalte for opholdet, også efter adressen var ændret.

Region Sjælland har rejst problemstillingen over for indenrigs- og sundhedsministeren, som er enig i, at der er et problem, og ministeren er derfor indstillet på at bruge den hjemmel i lovgivningen, der gør det muligt at fastsætte en særskilt finansieringsordning for *Sikringen*. Ministeren vil søge at finde en løsning, som kommer i høring på vanlig vis. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har



meddelt, at de lægger op til en fremtidig model med udgangspunkt i bloktilskudsnøglen.

Imidlertid beder ministeren Danske Regioner om at finde en løsning på de betalinger, der har fundet sted fra indførelsen af sundhedsloven fra 2007 og frem til i dag.

Sikringen adskiller sig fra andre institutioner ved, at loven pålægger Region Sjælland at drive institutionen, mens visitationen foretages af retsvæsenet.

Modeller for den bagudrettede betaling

Der kan umiddelbart overvejes tre modelforslag i forhold til den afregning, der ligger fra kommunalreformen og frem til i dag.

Model 1

Den faktiske afregning fastholdes, som den er gennemført. Den løsning kræver muligvis en stadfæstelse i en bekendtgørelse eller lignende.

Model 2

Den faktiske betaling korrigeres efter det, der har været gældende, hvilket medfører tilbagebetalinger fra Region Sjælland til de resterende regioner. Region Sjælland vil ved den model skulle bære størstedelen af udgifterne.

Model 3

Den bagudrettede betaling følger den fremadrettede, og der korrigeres for eventuelle differencer, når denne er fastlagt.

Bilag

Finansiering af Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj.PDF (933624).

8. Redegørelse vedrørende effektiviseringer, sagsnr. 10/2245

Anne Marie Lei

Resumé

Danske Regioner har den 21. december 2010 sendt en redegørelse til Finansministeren om regionernes effektiviseringstiltag på områderne administration, indkøb og sygefravær, som opfølgning på økonomiaftalen for 2011.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har den 21. december 2010 sendt en redegørelse til Finansministeren om regionernes effektiviseringstiltag på områderne administration, indkøb og sygefravær.

Redegørelsen er fremsendt, fordi der i økonomiaftalen for 2011 er aftalt, at "senest ultimo 2010" skal regionerne redegøre for, hvordan de påtænker at frigøre ressourcer på områderne administration, sygefravær og indkøb til mere borgernær sundhed.

I redegørelsen fremgår det, at regionerne arbejder målrettet med at optimere og indhente effektiviseringer på administrations- og indkøbsområdet, samt reducere sygefraværet. Det afspejler sig blandt andet i regionernes budgetter for 2011, hvor effektiviseringerne på de tre områder er strategiske indsatsområder.

I redegørelsen til Finansministeren er det fremhævet, at indsatserne i 2011 skal ses i sammenhæng med de initiativer, som regionerne har taget på områderne siden 2007. Initiativer der har bidraget til, at regionerne har opnået produktivtetsforbedringer fra 2007-2010.

Et andet væsentligt budskab er, at regionerne har en palet af effektiviseringstiltag. De bidrager alle til, at regionerne kan opnå det årlige produktivtetskrav på to procent, samt kan håndtere det generelle udgiftspres i regionerne.

Virningen af de tre områder, administration, indkøb og sygefravær, som denne redegørelse omfatter, kan dermed ikke adskilles fra den øvrige effektiviseringsindsats.



Udover regionernes egne tiltag er der i redegørelsen redegjort for de fællesregionale initiativer på indkøbs- og logistikområdet, samt på sygefraværsområdet. De fællesregionale initiativer vedrørende effektiviseringer er samlet i den effektiviseringsplan, der blev meldt ud i foråret 2010. Effektiviseringsplanen bliver opdateret i foråret 2011.

Redegørelsen blev den 17. december 2010 sendt pr e-mail til Danske Regioners bestyrelse.

Bilag

Ingen.

9. Afbureaukratisering, sagsnr. 08/1548

Jan Arnoldi

Resumé

Danske Regioners formandskab havde dialogmøde med indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder den 30. september 2010, hvor et af dagsordenspunkterne drejede sig om afbureaukratisering.

Danske Regioner vil gerne imødekomme indenrigs- og sundhedsministerens opfordring til at indsende forslag til statslige regler og procedurer på det regionale sundhedsområde, der trænger til at blive afbureaukratiseret.

I den forbindelse foreslår sekretariatet, at der sendes et brev til indenrigs- og sundhedsministeren, hvor regionerne for det første gør opmærksom på, at der arbejdes med lokal afbureaukratisering på mange forskellige områder i regionerne. For det andet foreslås det, at regionerne påpeger nogle statslige regler og procedurer, som med fordel kan afbureaukratiseres. Sluttelig bemærkes det, at regionerne også fremadrettet vil gøre brug af udfordringsretten.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter liste over afbureaukratiseringsforslag samt godkender udkast til brev til indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder

Sagsfremstilling

Regeringens afbureaukratiseringsprogram blev igangsat i sommeren 2008. Området har på det seneste fået øget fokus af indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder. I den forbindelse havde Danske Regioners formandskab et dialogmøde med ministeren den 30. september 2010, hvor et af dagsordenspunkterne drejede sig om afbureaukratisering.

På mødet efterspurgte ministeren en status på initiativer inden for lokal afbureaukratisering på det regionale sundhedsområde og opfordrede endvidere regionerne til at indmelde besnærende regler på det statslige område igennem udfordringsretten.

Som opfølgning på mødet forventer sekretariatet at fremsende regionernes mulige og ønskelige afbureaukratiseringstiltag til indenrigs- og sundhedsministeren. Foruden regionernes ønsker vil det ligeledes indeholde en generel beskrivelse af, hvordan regionerne arbejder med lokal afbureaukratisering samt eksempler på lokal afbureaukratisering i regionerne (jf. bilag vedr. brev til inden-

rigs og sundhedsministeren samt bilag vedr. ønskelige afbureaukratiseringstiltag)

Overordnede budskaber i brevet til Ministeren

- Regionerne vil gerne imødekomme indenrigs- og sundhedsministerens opfordring til at indsende forslag til statslige regler og procedurer på det regionale sundhedsområde, der trænger til at blive afbureaukratiseret
- Regionerne ønsker at gøre opmærksom på, at der arbejdes med lokal afbureaukratisering på mange forskellige områder i regionerne
- Regionerne vil gerne understrege, at potentialet for afbureaukratisering på det regionale sundhedsområde skal vurderes i forhold til sundhedsvæsenets karakteristika, hvor effekten og viden om behandling er central for et godt resultat for patienten.
- Regionerne vil også fremadrettet indsende ansøgninger til udfordringsretten, men vil gerne understrege, at en midlertidig fritagelse for opgaver i nogle tilfælde er mere bureaukratiserende end at fortsætte opgaverne, da en evt. genindførelse vil medføre en stor administrativ indsats.

Øget fokus i regeringen vedr. afbureaukratisering

Regeringen har sat øget fokus på afbureaukratisering og vil blandt andet bruge det som løftestang for effektiviseringer i kommuner og regioner. Regeringen har i den forbindelse meddelt, at de fremover ser bredere på afbureaukratisering.

Tidligere var afbureaukratisering defineret som ”en ændring eller fjernelse af en specifik regel eller nedskrevet procedure med henblik på, at der kan frigives mere tid til frontmedarbejderne til løsning af kerneopgaverne”

Nu har regeringen udmeldt, at ”uhensigtsmæssige arbejdsgange” og ”mangelfuld IT-understøttelse” også bliver lagt ind under begrebet. Endvidere tilføjer det nye program, at også borgerne skal inddrages i ”problemidentifikationen” (før var det kun medarbejdere og ledere).

Det vil sige, at regeringen lægger op til en ”borgerhøring” - omkring bøvler med/i sundhedsvæsenet. Eksempelvis opfordrer Ministeren på indenrigs- og sundhedsministeriets hjemmeside,



(<http://www.sum.dk/Ministeren/Vaek-med-boevlet.aspx>) alle til at indmelde regler, som er overflødige, forældede eller bøvlede, og forpligter sig til, at alle forslag vil blive taget med i regeringens videre arbejde.

Endvidere bliver udfordringsretten i første omgang forlænget til 2013.

Økonomi

Det forventes, at afbureaukratisering vil blive et tema i forbindelse med økonomiforhandlingerne for 2012.

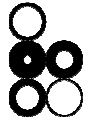
Sekretariatets bemærkninger

Kommunikation

Bilag

Brev til indenrigs- og sundhedsministeren vedr. afbureaukratisering (endelig) (936214).

Bilag til brev til indenrigs- og sundhedsministeren - eksempler hvor man med fordel kan afbureaukratisere (endelig) (936213).



**10. Økonomikursus for regionspolitikerne den 30. marts 2011, sagsnr.
10/1815**

Andreas Guoth Stefan-
sen

Resumé

På foranledning af Demokratiudvalget har sekretariatet arrangeret et økonomikursus for regionspolitikerne den 30. marts 2011 kl. 10-15 i Regionernes hus i København.

Indstilling

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

Sagsfremstilling

Demokratiudvalget har bedt sekretariatet om at arrangere et økonomikursus for regionspolitikerne. Formålet er at give politikerne en forståelse for:

- Regionernes økonomi som en del af samfundsøkonomien
- Budgetsamarbejdet mellem Danske Regioner og regeringen, som finanspolitisk instrument
- Regionernes finansiering, herunder bloktilskuddet og incitamenterne i den kommunale medfinansiering
- Perspektivering til det fremtidige finansieringsgab på sundhedsområdet
- Den samlede udgiftsrammes kobling til styringen af de enkelte områder (sygehusvæsen, praksis og regional udvikling)
- DRG-systemets opbygning
- International perspektivering til det strategiske arbejde med kvalitet og økonomi

Kurset vil blive afholdt i Regionernes Hus den 30. marts 2011 kl. 10-15. Invitationer sendes ud snarest.

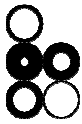
Økonomi

Der forventes deltagerbetaling til at dække udgifter til oplægsholdere, forplejning, kursusmateriale mv.

Bilag

Bilag 1. Økonomikursus for regionspolitikerne den 30. marts 2011 (934842).





11. Udpegning af medlemmer til Dansk Selskab for Patientsikkerheds bestyrelse, sagsnr. 01/3293, j.nr. 110

Bodil Bjerg

Resumé

Danske Regioner har to faste pladser i bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, hvoraf den ene er formandsposten. Der skal udpeges medlemmer til bestyrelsen, herunder formandskabet for den kommende to-årige periode.

Posterne varetages for nuværende af Kristian Ebbensgaard (formand) og regionsdirektør Helle Ulrichsen.

Indstilling

Det indstilles,

At der udpeges en person til at varetage formandskabet for Dansk Selskab for Patientsikkerhed for en 2-årig periode, og
at regionsdirektør Helle Ulrichsen udpeges som Danske Regioners repræsentant til bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, ligeledes for en to-årig periode.

Sagsfremstilling

Danske Regioner skal udpege medlemmer til bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed (DSFP). Danske Regioner besidder to faste pladser i bestyrelsen, heraf formandsposten. Kristian Ebbensgaard har varetaget formandskabet i indeværende periode og regionsdirektør Helle Ulrichsen har været udpeget som Danske Regioners andet medlem af bestyrelsen.

Bestyrelsen består af i alt 11 udpegede medlemmer, som sidder i en periode på to år, med mulighed for genudpegning. Udover Danske Regioners to medlemmer udpeger hver af de følgende organisationer ét medlem: Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Apotekerforeningen, Danske Patienter, KL, Medicindustrien, Lægemiddelindustriforeningen, Danske Handicaporganisationer og FOA.

Bestyrelsen afholder ca. fire - fem møder om året, heraf et årligt seminar.

Til at rådgive bestyrelsen er der nedsat et Patientsikkerhedsråd på op til 25 medlemmer. Formanden for bestyrelsen leder møderne i rådet. Hver region har en fast plads i rådet.



Dansk Selskab for Patientsikkerhed afholder generalforsamling den 11. april 2011 og Danske Regioner skal omkring 1. marts 2011 oplyse selskabet om, hvem der er udpeget til bestyrelsen, herunder formandsposten.

Kristian Ebbensgaard har tilkendegivet, at han gerne fortsætter som formand i den kommende periode. Også Helle Ulrichsen har tilkendegivet, at hun gerne fortsætter som medlem af bestyrelsen, såfremt Danske Regioners bestyrelse ønsker det.

Bilag

Ingen.

12. Fortsat regionalt bidrag til finansiering af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, sagsnr. 01/3293, j.nr. 110

Bodil Bjerg

Resumé

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (DSFP) er en central aktør i arbejdet med kvalitetsudvikling og bedre patientsikkerhed. Regionerne har gevinst af samarbejdet med DSFP, som bl.a. udvikler en række værktøjer, metoder og uddannelser, som regionerne gør brug af. Derudover igangsætter selskabet større nationale initiativer som eksempelvis Patientsikkert Sygehus.

Regionerne var med til at stifte DSFP i 2001 og har siden da bidraget til finansieringen. Fra 2009-2011 har regionerne bidraget med 3 millioner kroner pr. år. Det indstilles, at finansieringen fortsætter på samme niveau som tidligere i perioden 2012-2014.

Regionerne besætter to af 11 pladser i selskabets bestyrelse, heraf formandsposten. Samtidig har hver region en fast plads i det rådgivende patientsikkerhedsråd.

Indstilling

Det indstilles,

at regionerne i den treårige periode 2012-2014 bevilger tre millioner kroner pr. år til Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Regionernes bidrag fordeles efter bloktilskudsnøglen.

Sagsfremstilling

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (DSFP) blev stiftet i 2001, og selskabet har siden da etableret sig som en væsentlig aktør i arbejdet med kvalitetsudvikling og bedre patientsikkerhed. Også internationalt er selskabet en velanset partner.

Danske Regioner (daværende Amtsrådsforeningen og H:S) var blandt stifterne og har siden da bidraget til selskabets finansiering.

Regionerne har gevinst af selskabets arbejde på flere måder. Selskabet bidrager ved:

- at samle og skabe konsensus blandt sundhedsvæsnets parter om patientsikkerhedsproblemstillinger
- at indhente ny viden og udvikle redskaber, materialer og uddannelser
- at igangsætte ambitiøse nationale projekter

Et eksempel på det første er, at DSFP har udviklet et sæt konsensusanbefalinger ”Sig Undskyld” om, hvordan man håndterer det bedst muligt overfor patienter og pårørende, når der er sket en utilsigtet hændelse og samtidig støtter det involverede personale. Inddragelse og ’empowerment’ af patienter er et andet område, der er sat fokus på.

Eksempler på at selskabet indhenter viden og omsætter det til dansk praksis er ”Sikker kirurgi tjeklisten”, som i dag anvendes på de fleste sygehuse. Et andet eksempel er ”Patientsikkerhed og sygehusbyggeri”, om patientsikkerhedsmæssige overvejelser ved byggeprojekter. Endelig har selskabet udviklet en række analyseredskaber til kvalitetsudvikling og tilbyder uddannelser, bl.a. risikomanager- og metodekurser.

Kampagnen Operation Life og senest det meget ambitiøse projekt Patientsikkert Sygehus er eksempler på store nationale projekter, som Selskabet i samarbejde med regionerne har sat i gang på sygehusområdet. Cirka 250 afdelinger over hele landet deltog i Operation Life, og et sygehus fra hver region deltager i Patientsikkert Sygehus. Resultaterne herfra skal efterfølgende spredes til alle sygehuse. Projekter af den karakter designes altid sådan, at der er sammenhæng og synergi med andre nationale kvalitetstiltag som f.eks. Den Danske Kvalitetsmodel.

Endelig bidrager DSFP konstruktivt til regionernes arbejde med at sætte sammenhængen mellem kvalitet og økonomi på den sundhedspolitiske dagsorden, ved at afprøve konkrete tiltag til f.eks. at optimere behandling og reducere spild, som regionerne kan implementere. Selskabet spiller en rolle ved at bakke op om det regionale arbejde og regionerne er tæt inddraget i Selskabets aktiviteter.

Fortsat regionalt bidrag til finansiering af Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Regionerne (tidligere Amtsrådsforeningen og H:S) har bidraget til selskabets finansiering siden det blev etableret og fra 2009-2011 har regionerne ydet tre millioner kroner årligt til finansieringen, heraf en million til drift og to millioner kroner til konkrete projekter.

Der stilles forslag om, at regionerne fortsat bidrager til finansiering af Dansk Selskab for Patientsikkerhed på det nuværende niveau, dvs. med tre millioner kroner pr. år. For at skabe den nødvendige stabilitet omkring Selskabets aktivi-

teter bevilliges der for en treårig periode 2012-2014. Regionernes bidrag fordeles efter bloktilskudsnøglen.

Selskabet, ved formand Kristian Ebbensgaard, har givet udtryk for, at der er behov for at styrke selskabets basisdrift, sådan at der fremover bidrages med to millioner til basisdriften og en million til projekter.

En stærkere basisfinansiering skal sikre et stabilt og professionelt organisatorisk fundament til at drive en portefølje af projekter, indhente ny viden, udvikle metoder og uddannelser, designe og søge fondsmidler til nye projekter, sprede opnåede resultater og stille viden til rådighed i mange forskellige sammenhænge.

Selskabet indhenter i mindre omfang indtægter til basisdriften via medlemskontingenter og overskud fra en årlig konference. Hvidovre Hospital stiller vederlagsfrit lokaler til rådighed for DSFP. Der hentes også i et vist omfang overhead fra fondsmidler bevilget til konkrete projekter.

De senere år har særligt TrygFonden været en meget stor bidragsyder til projekter som f.eks. Operation Life og Patientsikkert Sygehus. Dansk Selskab for Patientsikkerhed har indgået en fireårig aftale med TrygFonden om støtte til projekter og alene i 2011 vil TrygFonden bidrage med godt 32 millioner kroner til projekter.

TrygFonden giver midler til at igangsætte nye projekter, men ikke til at drifte og videreføre arbejdet. TrygFonden lægger derfor afgørende vægt på Selskabets tætte relation til regionerne og på, at der er regional opbakning til selskabet. På den måde sikrer TrygFonden sig, at de projekter som igangsættes har gang på jorden. Bortfalder den regionale finansiering kan det få betydning for TrygFondens vilje til at støtte projekter.

Regionernes indflydelse i Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Dansk Selskab for Patientsikkerhed er organiseret med en bestyrelse og et rådgivende Patientsikkerhedsråd.

Danske Regioner har to af 11 pladser i selskabets bestyrelse, hvoraf den ene altid er formandsposten. Formandsposten besiddes for nuværende af Kristian Ebbensgaard og regionsdirektør Helle Ulrichsen er udpeget til Danske Regioners anden plads i bestyrelsen. Hver region har desuden en fast plads i Patientsikkerhedsrådet.



Sekretariatets bemærkninger

Der kan læses mere om Dansk Selskab for patientsikkerhed på

<http://patientsikkerhed.dk/>

og projekterne Patientsikkert Sygehus og Sikker Sammen på

<http://www.sikkerpatient.dk/professionelle.aspx>

Bilag

Ingen.

13. Forhandlingsaftale med Praktiserende Lægers Organisation, sagsnr. 10/220, j.nr. RLTN5510

Pernille Moll

Resumé

Danske Regioner har på vegne af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) indgået aftale om fornyelse af Overenskomst om almen Lægegerning. Aftalen sikrer blandt andet en mere afdæmpet udgiftsudvikling, en styrket kronikerindsats og bedre mulighed for at sikre lægedækning i hele landet.

Indstilling

Det indstilles,
at aftalen med PLO tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har den 21. december 2010 indgået aftale om en ny overenskomst for de praktiserende læger.

Aftalen er samtidig afslutningen på et forhandlingsforløb, der blev indledt i 2008. Den nye overenskomst er to-årig og træder i kraft den 1. april 2011.

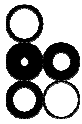
Aftalen tager afsæt i, at de praktiserende læger udgør en hjørnesten i det danske sundhedsvæsen som borgernes hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet. De praktiserende læger udfylder også roller som generalist og tovholder og er dermed ansvarlige for at sikre overblik og kontinuitet i patientforløbet.

Som en nyskabelse indeholder aftalen med PLO en udviklingskontrakt, der beskriver de overordnede mål og visioner for almen praksis som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen, og forpligter parterne på den fælles ambition om at forny og udvikle almen praksis på længere sigt i takt med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

Aftalen indeholder følgende elementer, der er uddybende beskrevet i vedlagte notat:

Honorarsystem og økonomi

Aftalen sikrer, at udgifterne stiger i en væsentlig afdæmpet takt i forhold til hidtil og i forhold til en situation uden ny overenskomst. Som noget helt nyt er der indført en kollektiv mekanisme i form af et økonomiprotokollat, som sikrer en økonomisk sanktion, hvis udgifterne overstiger den aftalte økonomiske



ramme. Det er således lykkedes at lægge et effektivt loft over udgiftsstigningerne i almen praksis de kommende to år.

Med aftalen forhøjes de praktiserende lægers basishonorering med 75 millioner kroner pr. 1. april 2011 og yderligere 50 millioner kroner pr. 1. april 2012, hvilket afspejler øgede forpligtelser og flere opgaver i forhold til patienter med kroniske sygdomme samt nye opgaver vedrørende IT og kvalitetsområdet. Denne forhøjelse svarer til en vækst på 1,0 procent det første år og 0,7 procent i 2012.

Derudover er det aftalt, at udgifterne til praktiserende læger kan stige med 106 millioner kroner i det første overenskomstår og yderligere 108 millioner kroner i andet overenskomstår som følge af øget aktivitet. Det svarer til 1,5 procent årligt.

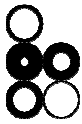
Der er derudover aftalt nogle udgiftsdæmpende foranstaltninger vedrørende konkrete ydelser, som har været i stor vækst de seneste år. Ydelsen e-mail konsultation er sat ned med 20 procent svarende til 10 kroner. Samtaletterapi er justeret og skåret til, så den kan tages i færre tilfælde. Og den dyre ydelse almindelig aftalt forebyggelseskonsultation udgår, idet opgaven fremover honoreres med en almindelig konsultationstakst.

Det er endvidere aftalt, at der skal ske en omlægning af honorarsystemet. Det er både for i højere grad at understøtte kvalitet frem for kvantitet og for bedre at understøtte øvrige sundhedspolitiske målsætninger. Der igangsættes derfor et fælles honorarprojekt, som i løbet af 2011 skal udarbejde et forslag til et nyt honorarsystem med henblik på implementering ved den næste overenskomstforhandling.

Lægedækning

Aftalen styrker samlet set regionernes og samarbejdsudvalgenes mulighed for at sikre lægedækning i hele landet. Blandt andet kan lægekapaciteter fremover besættes med ansatte speciallæger, der åbnes op for at etablere satellitpraksis, 15-km. grænsen for valg af læge kan ophæves i områder med lægemangel, og lægedækningsberegningen erstattes af en årlig vurdering af kapaciteten, så der fremover kun opslås ydernumre efter behov.

Desuden er det nu skrevet ind i overenskomsten, at det kan være nødvendigt at etablere en regionsklinik. Hvis det ikke er muligt at etablere tilstrækkelig kapacitet hos de praktiserende læger, på en for regionen tilfredsstillende måde, kan regionen etablere en regionsdrevet klinik til at varetage betjeningen af de pati-



enter, der ellers ville stå uden læge. Regionsklinikken er som udgangspunkt midlertidig, idet regionen senest efter to år er forpligtet til at afsøge muligheden for at erstatte tilbuddet med en løsning på almindelige vilkår.

Endelig får regionerne adgang til at disponere over nye og ledigblevne ydernumre, med mindre praksisudvalget gør gældende, at regionens beslutning er til væsentlig ulempe for lægerne i området. Derved forbedres grundlaget for at realisere de langsigtede planer for almen praksis f.eks. ved at etablere større lægehuse og sundhedscentre.

Kompetencen til at udarbejde praksisplaner ligger fortsat hos samarbejdsudvalget, men det bliver fastslået i overenskomsten, at praksisudviklingsplanen skal ligge inden for rammerne af regionens sundhedsplan.

Kronikere og lægevagt

Med den nye overenskomst påtager almen praksis sig et ansvar for at bidrage til at skabe sammenhængende patientforløb. Hvis der er udarbejdet forløbsprogrammer og lokale aftaler om almen praksis rolle og opgaver, er de praktiserende læger og deres praksispersonale som udgangspunkt forpligtet til at følge dem.

Vedrørende lægevagten er parterne enige om, at anbefalingerne fra Udvalg om det Præhospital Akutberedskab skal søges indfriet ved samarbejde mellem de praktiserende læger og de enkelte regioner. PLO har dog taget forbehold over for etableringen af en fælles regional ledelse af lægevagten.

I forlængelse af ny lovgivning om patientklager fremgår det af aftalen, at det som udgangspunkt er bedst, hvis den praktiserende læge vælger at deltage i den lokale dialog, som tilbydes patienten i forbindelse med en faglig klage.

Kvalitetsudvikling og IT

Aftalen indebærer konkret, at alle praktiserende læger skal tage datafangstmodulet i anvendelse og ICPC-kode henvendelser vedrørende otte store folkesygdomme herunder KOL, diabetes og hjerte-karsygdomme. Anvendelsen af IT i almen praksis udvikles yderligere ved, at Det Fælles Medicin Kort (FMK) tages i anvendelse inden udgangen af 2011, dog tidligst når alle sygehuse i regionen har sat FMK i drift.

Der tages et nyt skridt i retning af at implementere Den Danske Kvalitetsmodel, ved at en model for almen praksis pilotafprøves i overenskomstperioden.



Parterne har aftalt at analysere organiseringen af fonde og udvalg på almen praksis området med henblik på at opnå et tættere strategisk og organisatorisk samspil. Formålet er at opnå en bedre anvendelse af ressourcer til forskning, kvalitet og efteruddannelse samt udvikling og implementering af nye tiltag.

Bilag

Notat om aftalen med PLO (934669).

14. Lovforslag om ændring af apotekerloven, sagsnr. 10/2305

Lisbeth Simper
Elmstrøm

Resumé

Indenrigs- og Sundhedsministeriet foreslår, at apotekerloven ændres. De væsentligste ændringer af betydning for regionerne vedrører ophævelse af apotekernes naturlige forsyningsområde, videregivelse af oplysninger fra Lægemiddelstyrelsen samt regler om on-line forhandling af lægemidler. Danske Regioner har på baggrund af tilbagemeldinger fra regionerne udarbejdet hørings svar.

Indstilling

Det indstilles,

at hørings svaret godkendes, herunder at Danske Regioner bemærker,

- at forsynings sikkerheden bør sikres, hvis regeringen vælger at ophæve apotekernes naturlige forsyningsområde,
- at der er behov for, at apotekerne leverer ordinationsdata til regionerne, og
- at der bør gennemføres en analyse af risici i forbindelse med on-line salg af lægemidler.

Sagsfremstilling

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sendt lovforslag om ændring af apotekerloven i høring. Sekretariatet har på baggrund af tilbagemeldinger fra regionerne udarbejdet et hørings svar.

Lovforslaget indeholder følgende forslag af betydning for regionerne:

Ophævelse af det naturlige forsyningsområde

Indenrigs- og Sundhedsministeriet foreslår, at reglerne om apotekernes naturlige forsyningsområde ophæves. Det betyder, at der ikke længere vil være begrænsninger på apotekernes mulighed for at oprette og nedlægge håndkøbsudsalg og medicinudleveringssteder.

Danske Regioner kan støtte forslaget med den bemærkning, at Lægemiddelstyrelsen opfordres til at overvåge og sikre forsynings sikkerheden, hvis lovforslaget gennemføres.

Videregivelse af oplysninger fra Lægemiddelstatistikregisteret

Indenrigs- og Sundhedsministeriet foreslår, at Lægemiddelstyrelsen får adgang til at videregive oplysninger om medicinordinationer (herunder CPR-data på receptudsteder samt patient) fra lægemiddelregisteret til regioner, kommuner og styrelser. Regionerne kan bl.a. anvende oplysningerne til statistikker, som kan bruges i forbindelse med indsatsen for kroniske patienter.

Danske Regioner mener, at forslaget er en forbedring af mulighederne for at følge, monitorere og optimere medicinordinationerne. Det er dog ikke tilstrækkeligt, at Lægemiddelstyrelsen får adgang til at videregive oplysninger. Der er ligeledes behov for, at apotekerne forpligtes til at levere data til regionerne.

I dag leverer apotekerne data til CSC vedr. de lægemidler, der gives medicintilskud til. CSC behandler data og samkører dem med data med Lægemiddelstyrelsens varemater, CPR-registeret og regionernes yderregister. Regionerne har imidlertid også behov for, at apotekerne kan levere data vedr. de lægemidler, som ikke har medicintilskud.

Når det ikke er tilstrækkeligt, at Lægemiddelstyrelsen kan levere data, skyldes det to forhold.

For det første indeholder Lægemiddelstyrelsens data ikke alle de oplysninger, som er nødvendige for regionerne.

For det andet er der i dag flere måneders forsinkelse på de data, regionerne modtager fra Lægemiddelstyrelsen, hvilket er u hensigtsmæssigt, når regionerne skal udarbejde aktuelle statistikker. CSC kan levere øjeblikkelige datasvar på regionernes forespørgsler. Hvis dataforespørgslen rettes til Lægemiddelstyrelsen, går der normalt mindst en måned, før regionen har svaret.

Derfor bør apotekerne også forpligtes til at levere data med CPR-nr. direkte til regionerne (via CSC) på det lægemiddelsortiment, der ikke gives tilskud til.

Regler om on-line forhandling og forsendelse af lægemidler

I lovforslaget foreslår regeringen, at apotekerne fremover skal oplyse til Lægemiddelstyrelsen, hvis de forhandler lægemidler via nettet. Det skal sikre, at Lægemiddelstyrelsen får bedre overblik over, hvilke apoteker der sælger lægemidler på nettet, og derigennem kan skelne disse fra ulovlige hjemmesider, der sælger lægemidler til brugerne.

Danske Regioner finder det rimeligt, at borgerne kan købe lægemidler på nettet. On-line forhandling medfører i øvrigt, at hidtidig praksis omkring udleve-



ring af lægemidler ændres. Der bør derfor gennemføres en proaktiv analyse af risici.

Øvrige elementer i lovforslaget

Derudover indeholder lovforslaget en række tekniske justeringer af apotekerloven, hvoraf Danske Regioner har bemærkninger til nogle få af dem. Disse bemærkninger fremgår af vedlagte høringssvar.

Bilag

Høringssvar (928376).



15. Lovforslag om ændring af lægemiddeloven, sagsnr. 10/2298

Thomas Birk Andersen

Resumé

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fremsendt forslag til ændring af lov om lægemidler og lov om medicinsk udstyr. Med lovforslaget foreslår regeringen initiativer, der bl.a. har til formål at forhindre eller begrænse forekomsten af ulovlige lægemidler. Herudover udvides kredsen af sundhedspersoner, der må modtage reklame for receptpligtig medicin. Danske Regioner har efter en høring af regionerne afgivet høringssvar i sagen.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioners høringssvar godkendes, herunder at Danske Regioner noterer sig, at personkredsen, der må modtage reklame om receptpligtig medicin, udvides.

Sagsfremstilling

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fremsendt udkast til lov om ændring af lov om lægemidler og lov om medicinsk udstyr. Danske Regioner har på baggrund af en høring af regionerne afgivet høringssvar i sagen. Der er i høringssvaret taget forbehold for eventuelle politiske bemærkninger.

Regeringen sætter med lovforslaget fokus på den illegale distribution af lægemidler. I lovforslaget foreslås initiativer, der har til formål at forhindre eller begrænse forekomsten af ulovlige lægemidler, ligesom der foreslås initiativer med henblik på at forbedre mulighederne for at handle legalt, herunder særligt på internettet.

Lovforslaget har begrænset betydning for regionerne. Regionerne har derfor stort set heller ikke haft bemærkninger til lovforslaget.

Regionerne har dog ligesom alle andre en interesse i, at forekomsten af ulovlige lægemidler forhindres eller begrænses mest muligt. Danske Regioner støtter i høringssvaret op om regeringens initiativer til at forhindre ulovlige lægemidler i Danmark.

Lovforslaget indeholder også et forslag om at udvide kredsen af sundhedspersoner, der som led i deres professionelle virke må modtage reklame for recept-



pligtig medicin. Kredsen udvides med jordemødre, kliniske diætister, radiografer og bioanalytikere. Det fremgår af lovbemærkningerne, at personkredsen efter en lovændring ikke længere vil være afskåret fra at deltage i faglige arrangementer og kurser, hvori der indgår elementer af reklamemæssig karakter i relation til receptpligtig medicin.

Det kan absolut ikke afvises, at den nævnte personkreds kan drage faglig nytte af deltagelse i arrangementer og kurser, hvori der omtales receptpligtig medicin. Omvendt har virksomhederne en naturlig interesse i at reklamere for egne produkter.

Danske Regioner har i sit høringssvar taget til efterretning, at personkredsen, hvor det er tilladt at reklamere for receptpligtig medicin, udvides med de fire nævnte grupper.

Økonomi

Lovforslaget forventes ikke at have økonomiske konsekvenser for regionerne.

Bilag

Høringssvar vedrørende ændring af lægemiddelloven (928526).

16. Borgertopmøder - Budget og indhold, sagsnr. 09/2069

Eva Margrethe Wein-
reich-Jensen

Resumé

Budgettet for borgertopmøderne er nu opgjort til 3.650.000 kroner. I forhold til den tidligere bevilgede ramme, er der sket en reduktion på 350.000 kroner, der tilbageføres til bestyrelsens pulje for 2011. Der er blandt andet sparet penge på udarbejdelsen af film, materiale til borgerne og konsulentbistand.

Indstilling

*Det indstilles,
at budgettet på 3.650.000 kroner for borgertopmøderne godkendes.*

Sagsfremstilling

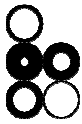
Der er nu to leverandører til borgertopmøderne i relation til indholdsdelen, Teknologirådet og Change Pilot.

Change Pilot har i forhold til alle borgertopmøderne en rolle i at udvikle et visionsspil. Det sker i tæt samarbejde med regionerne og Teknologirådet. Derudover har Change Pilot en særlig rolle i Region Syddanmark, hvor der op til borgertopmøderne er et særligt forløb, som Region Syddanmark har indgået en kontrakt om.

Teknologirådet er fagligt ansvarlig for at planlægge, koordinere og gennemføre de fem borgertopmøder. Det indebærer, at Teknologirådet udarbejder alle oplæg til indhold, film, invitationer, varetager al deltageradministration (bekræftelsesbreve, opfølgingsbreve, planlægning af gratis bustransport i alle regioner, refusion af transportomkostninger mm.), udvikler relevante webværktøjer til offentliggørelse af borgernes resultater i løbet af topmøderne, står for den tekniske koordinering af afstemningsteknik mm. og efterfølgende udarbejder den samlede dokumentationsrapport om forløbet. Alt sammen i tæt samarbejde med regionerne og Danske Regioner.

Budget

Borgertopmøderne i 2008 kostede Danske Regioner 3,7 millioner kroner. Det er lykkedes at holde budgettet for de kommende topmøder lige under dette beløb, trods udvidelsen fra fire til fem borgertopmøder og den generelle prisudvikling.



Det har blandt andet været muligt ved nedslag i overhead fra Teknologirådet, mindre udgifter til de film, der skal vises på borgertopmøderne, besparelser på det materiale, der skal sendes til borgerne inden topmødet, mm.

Det endelige budget for borgertopmøderne den 5. marts 2011 er på 3 650 000 kroner. Den oprindelige, bevilgede ramme er dermed reduceret med 350 000 kroner. Disse penge tilbageføres til Bestyrelsens pulje 2011.

Indhold på borgertopmøderne

Det overordnede tema for borgertopmøderne er den økonomiske udfordring for sundhedsvæsenet: Hvordan får vi pengene til at slå til i fremtiden, samtidig med at der opnås mere kvalitet for pengene?

Under overskriften "Fremtidens sundhedsvæsen – tryghed og kvalitet" vil borgerne via den første del med visionsspil få mulighed for at pege på, hvilke værdier de anser for afgørende. Derefter skal de diskutere tre temaer: "Hvad skal sundhedsvæsenet tilbyde?", "Dit eget sundhedsbidrag?" og "Kunde eller patient?".

Temaerne skal give mulighed for at komme vidt omkring på sundhedsområdet: Bruger vi pengene rigtigt? Hvordan skal vi prioritere? Hvilke sygdomme skal vi tilbyde gratis behandling for og hvilke ikke? Hvad lægger borgerne vægt på i fremtidens sygehuse? Hvad med psykiatrien? Hvad med brugen af frivillige? Skaber forskellige tilbud til forskellige mennesker mere lighed i sundhed? Kan vi tage betaling for ekstra ydelser? Hvordan sætter vi patienten i centrum? Kan og vil patienterne/borgerne mere selv og i givet fald hvordan? - Etc.

De helt konkrete spørgsmål til afstemningerne er endnu ikke udarbejdet. Men efterfølgende vil det være muligt at få et billede af, hvad det er danskerne ser som vejen frem på sundhedsområdet.

Invitationer til borgertopmøder sendes ud ultimo januar.

Bilag

Bilag: Budget for Borgertopmøderne 2011 (934915).



17. Rapport om snitflader mellem social- og sundhedsområdet – medicin- håndtering og (genop)træning, sagsnr. 09/730

Helene Skude Jensen

Resumé

En arbejdsgruppe har analyseret regelforenklingspotentialerne i sundhedsloven og serviceloven. Arbejdet har fokuseret på træningsområdet og medicinbehandlingsområdet, og der foreligger nu en rapport med resultaterne af analysen. På medicinområdet er der ikke grundlag for regelforenklingspotentialer. På træningsområdet vurderer arbejdsgruppen, at der for nuværende ikke er grundlag for regelforenklingspotentialer, men at visse snitfladeproblematikker undersøges nærmere. Rapportens indstillinger har ikke betydning for opgave- og ansvarsfordelingen (herunder økonomi) mellem regioner og kommuner på medicinbehandlingsområdet eller træningsområdet.

Indstilling

*Sundhedsudvalget indstiller,
at rapporten godkendes.*

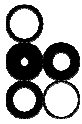
Sagsfremstilling

I regi af Socialministeriet har Danske Regioners sekretariat deltaget i en arbejdsgruppe, der skulle analysere snitflader mellem sundheds- og serviceloven i forhold til hhv. medicinbehandlingsområdet og træningsområdet. I arbejdsgruppen deltog også Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Kommunernes Landsforening. Gruppen har haft til opgave at analysere regelforenklingspotentialerne både mellem og internt i de to regelsæt.

Arbejdsgruppens indstillinger

På baggrund af analyserne og diskussionerne indstiller arbejdsgruppen i forhold til træningsområdet:

- At der ikke sker en samling af (genop)træningsbestemmelserne (fra både servicelov og sundhedslov) i sundhedslovgivningen, idet træningsydelse i serviceloven ofte gives i tilknytning til andre ydelser efter serviceloven. Derfor vil en samling af genoptræningsbestemmelserne i sundhedsloven give anledning til nye snitfladeproblematikker.
- At der igangsættes en nærmere undersøgelse af de træningsydelser, der leveres af hhv. praksissektoren og de kommunale træningstilbud i regi af Socialministeriet, idet arbejdsgruppens analyser peger på, at der kan være overlappende målgrupper for bestemmelserne, som hhv. dækker tilskud til fysioterapeutisk behandling (sundhedsloven) og træning i et



- kommunalt fysioterapeutisk tilbud (serviceloven). Det betyder, at borgere med et genoptræningsbehov i nogle tilfælde vil få tilskud til fysioterapeutisk behandling og i andre tilfælde vil blive visiteret til et kommunalt træningstilbud eller begge dele. Undersøgelsen skal afdække, hvorvidt der er et reelt problem.
- At eventuelle initiativer i forhold til ensretning af de tilknyttede rettigheder afventer initiativer, der er i gang, herunder regeringens analyse af befordringsområdet samt tværgående undersøgelse af det frie valg.
 - At snitfladeproblematikken mellem reglerne for vedligeholdende træning i serviceloven og vederlagsfri træning i sundhedsloven søges løst ved, at Sundhedsstyrelsen undersøger mulighederne for at ændre og præcisere vejledningen på træningsområdet i forhold til vederlagsfri fysioterapi.
 - At muligheden for at tilvejebringe et klarere hjemmelgrundlag for genoptræning på børneområdet analyseres nærmere gennem en praksisundersøgelse (vedrører udelukkende servicelovens paragraffer).

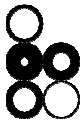
I forhold til medicinbehandlingsområdet vurderer arbejdsgruppen, at der ingen lovgivningsmæssige snitfladeproblematikker er mellem det sociale område og sundhedsområdet.

Baggrunden for indstillingerne på (genop)træningsområdet

Arbejdsgruppen har analyseret regelforenklingspotentialerne på træningsområdet. Træning og genoptræning reguleres i både serviceloven og sundhedsloven. Regionernes opgaver på genoptræningsområdet reguleres udelukkende i sundhedsloven, hvor regionerne har ansvaret for genoptræning under indlæggelse samt driftsansvaret for den specialiserede, ambulante genoptræning. Regionernes opgaver på genoptræningsområdet berøres ikke direkte i rapporten.

I rapporten opstilles og diskuteres forskellige modeller for regelforenklinger. Særligt fokus har der været på mulighederne for at overføre bestemte paragraffer eller dele af paragraffer fra serviceloven til sundhedsloven for at samle en række af paragrafferne, som dækker genoptræning. Idet de tilknyttede rettigheder i forhold til transport, klageadgang og frit valg er forskellige for de to regelsæt, gennemgås de også.

Både sundhedsloven og serviceloven er blevet analyseret i forhold til, om der er interne snitflade i de to regelsæt på træningsområdet. I forhold til sundhedsloven er det arbejdsgruppens vurdering, at det ikke er meningsfuldt at sammenlægge genoptræningsbestemmelserne, idet de forskellige paragraffer dækker velafgrænsede ydelser, og det er ikke muligt at modtage genoptræning for den



samme lidelse efter flere paragraffer i sundhedsloven. Der er således ikke et forenklingspotentiale. I serviceloven er der paragraffer, som dækker træning for hhv. børn/unge og voksne. Det er arbejdsgruppens vurdering, at reglerne på børneområdet er uklare, og et evt. regelforenklingstiltag skulle have til formål at forenkle sagsbehandlerens arbejde med at bevillige træning til børn og unge.

Arbejdsgruppen har også analyseret, hvorvidt forskellige paragraffer har overlappende målgrupper samt visitationen til forskellige træningsydelse, herunder den praktiserende læges mulighed for at henvise. Arbejdsgruppen peger på, at der i visse tilfælde muligvis er overlappende målgrupper mellem genoptræning ved praktiserende fysioterapeut (i forbindelse med vederlagsfri fysioterapi samt tilskud til behandling af fysioterapi) og de kommunale fysioterapeutiske tilbud.

Baggrunden for indstillingen på medicinhåndteringsområdet

Arbejdsgruppen har analyseret reglerne på medicinhåndteringsområdet. Reglerne for medicinhåndtering og lægernes anvendelse af medhjælp til medicinhåndtering er udelukkende fastsat i sundhedsloven. Serviceloven indeholder ikke regler for medicinhåndtering. Derfor vurderer arbejdsgruppen, at der ingen lovgivningsmæssige snitfladeproblematikker er mellem det sociale område og sundhedsområdet med hensyn til medicinhåndtering. Der ligger på den måde ingen regelforenklingspotentialer på medicinhåndteringsområdet. Arbejdet har givet anledning til, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet har besluttet at udgive en let forståelig pjece til regioner og kommuner om korrekt medicinhåndtering. Pjecen skal udgøre et værktøj for personalet i plejeboliger, botilbud mv. Arbejdsgruppen har ikke fundet behov for at foreslå øvrige initiativer med henblik på at understøtte de gældende regler.

Sekretariatets bemærkninger

Det er sekretariatets vurdering, at rapportens indstillinger ikke har betydning for opgave- og ansvarsfordelingen (herunder økonomi) mellem regioner og kommuner på medicinhåndteringsområdet eller træningsområdet.

Bilag

Endelig rapport (934402).





18. Rigsrevisionens udkast til beretning om elektroniske patientjournaler, sagsnr. 10/1251

Nicolai Arvedsen

Resumé

Rigsrevisionen udsender i begyndelsen af februar en beretning om elektroniske patientjournaler.

Regionerne må forvente en betydelig kritik, når Rigsrevisionens endelige beretning foreligger. Dele af kritikken vil kunne tilbagevises, ligesom regionernes fremadrettede planer og ambitiøse fælles mål for sundheds-it bør kunne imødegå kritikken.

Indstilling

Det indstilles,

at det drøftes, hvordan Danske Regioner skal forholde sig til Rigsrevisionens beretning om elektroniske patientjournaler, og

at der udarbejdes en fælles kommunikationsplan til opfølgning på beretningen.

Sagsfremstilling

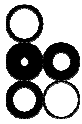
Rigsrevisionen udsender en beretning om de elektroniske patientjournaler i løbet af februar måned.

Regionerne har modtaget et uddrag af udkast til beretning og supplerende spørgsmål. Udkastet til beretning indeholder væsentlig kritik af regionernes styring, indførelse og brug af elektroniske patientjournaler. Beretningen indeholder tillige en række konkrete anbefalinger om hensigtsmæssige arbejdsgange ved brug af epj.

Regionerne har i fællesskab udformet en liste af fælles kritikpunkter/faktuelle rettelser, som er indsendt sammen med hver regions kommentarer. Regionernes kommentarer til beretningen omhandler metoden og konkrete anbefalinger.

Væsentlige kritikpunkter

På baggrund af Rigsrevisionens beretning må regionerne forvente kritik af, at der endnu ikke er indført papirløse arbejdsgange på sygehusene. Samtidig viser undersøgelsen, at der fortsat udestår en opgave med at få personalet til at anvende epj. De sygehuse, som fremhæves som positive eksempler i Rigsrevisionens undersøgelse, har alle arbejdet på at indføre papirløse arbejdsgange i mindst fem år.



Ud fra et patientsikkerhedssynspunkt kritiseres regionerne for manglende adgang til oplysninger på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner. Regionernes fremtidige planer på området berøres kun kort. Regionerne kritiseres for ikke at opstille klare mål for indførelsen og brug af epj.

Rigsrevisionen kommer i sit udkast med en række anbefalinger, der ikke underbygges af faglige argumenter – enkelte modsiges direkte af etableret klinisk fakta, hvorfor disse anbefalinger forventes at udgå eller nedtones stærkt i den endelige beretning. Rigsrevisionen anbefaler eksempelvis, at lægesekretærer ikke længere skal skrive journaler, da det vil spare tid, hvis lægerne selv dokumenterer. Dette afspejler langt fra regionernes erfaringer fra blandt andet travle ambulatorier.

Endelig kritiseres regionerne for dårlig styring og manglende samarbejde om udviklingen af epj. Rigsrevisionen forholder sig ikke til regionernes initiativer i regi af Regionernes Sundheds-it (RSI) og forårets aftale med regeringen om sundheds-it.

Mulige svar på kritikken

Regionerne stod ved regionsdannelsen med 23 forskellige epj-landskaber. Det vil sige 24 forskellige modeller for sammenhæng mellem de væsentlige kliniske systemer. Regionerne havde i foråret 2010 reduceret antallet af landskaber til 18 gennem investeringer og ensretning. Regionerne har lagt en ambitiøs plan, som betyder, at hver region har ét epj i 2013. Det har dermed taget godt seks år at nå den situation, der ifølge National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012 forventedes at tage op til ti år. Det kan i parentes bemærkes, at det først er med økonomiaftalen for 2011, at der afsættes penge til at gennemføre strategien i regionerne.

Rigsrevisionen har taget et øjebliksbillede af epj i regionerne. Selv om det ikke er første gang, Rigsrevisionen kigger på epj, så er det første gang denne metode er anvendt. Det er derfor vanskeligt at bruge til at beskrive en udvikling, når der endnu blot er et målepunkt. Da Rigsrevisionen kun i meget begrænset omfang forholder sig til regionernes fremtidige planer, kan store dele af kritikken imødegås ved at fremhæve regionernes planer og beslutninger på området.

Regionerne har for så vidt allerede etableret en stærkere styringsstruktur på området ved at formalisere regionernes samarbejde om epj og sundheds-it i Regionernes Sundheds-it (RSI). Regionerne har i juni 2010 indgået en aftale med regeringen om sundheds-it, der cementerer at sundheds-it er et regionalt ansvar, og fastlægger pejlemærker for både staten og regionernes indsats i de



kommende år. På den vis er det Danske Regioners vurdering, at dele af kritikken om styring er adresseret allerede.

Beretningen forventes også at rejse en kritik af Indenrigs- og Sundhedsministeriets styring af området. Ministeren har med ændringen af Sundhedsloven i 2007 haft hjemmel til at lovgive på området, men ikke anvendt den. Dermed kan fraværet af statslig indgriben ses som en blåstempling af udviklingen på området. Samarbejdet i Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark blev ikke det afsæt til styring og udvikling af sundheds-it, som var intentionen. I stedet blev der i 2008 iværksat en analyse af, hvordan den fremtidige styring og finansiering af området burde se ud. Denne analyse blev først udmøntet med økonomiaftalen for 2011, hvor Digital Sundhed blev nedlagt.

Det er vanskeligt at forestille sig et endemål for teknologisk udvikling. Regionerne har opstillet konkrete pejlemærker og milepæle for arbejdet med indførelse af epj, og disse overholdes. I takt med at ny teknologi og nye behandlinger tages i brug, vil der være behov for fortsat udvikling af sundheds-it. Personalet anvender i stigende grad de teknologiske løsninger, og brugen af ny teknologi er en forudsætning for et effektivt sundhedsvæsen.

Bilag

Ingen.



19. Fællesregional investeringsplan for sundheds-it i 2011, sagsnr. 10/1130

Kristoffer Lange

Resumé

Regionernes Sundheds-it har udarbejdet en investeringsplan, som skal udgøre grundlag for, at en central pulje til fællesregionale investeringer i sundheds-it på 50 millioner kroner i 2011 kan udbetales til regionerne. Puljen er afsat i økonomiaftalen for 2011 og disponeres efter aftale mellem staten og regionerne på baggrund af en fællesregional investeringsplan.

Planens væsentligste elementer er etablering af et fællesregionalt billedindeks samt opstart og modning af en række fælles projekter.

Efter bestyrelsens behandling af investeringsplanen vil Danske Regioner anmode regeringen om at få udmøntet midlerne iht. planen.

Indstilling

Det indstilles,

at den fællesregionale investeringsplan for sundheds-it 2011 danner grundlag for udmøntning af den centrale pulje til fællesregionale investeringer i sundheds-it på 50 millioner kroner i 2011.

Sagsfremstilling

Danske Regioner og regeringen har aftalt at etablere en årlig central pulje til fællesregionale investeringer i sundheds-it på 50 millioner kroner i 2011, 150 millioner kroner i 2012, stigende til 200 millioner kroner i 2013. Puljen disponeres efter aftale mellem parterne på baggrund af en samlet strategi for årets fællesregionale sundheds-it investeringer.

Regionerne har i regi af Regionernes Sundheds-it (RSI) udarbejdet en fællesregional investeringsplan for sundheds-it (vedlagt), som bestyrelsen bedes godkende som grundlag for at anmode om at få puljen for 2011 udmøntet. Puljen udmøntes over bloktilskuddet.

Investeringsplanen er et resultat af regionernes tætte og forpligtende samarbejde om en satsning i sundheds-it på sygehusene. Foruden planen er der udarbejdet en strategi for regionernes fælles indsats i perioden 2010-2013, og der er sat 24 fælles pejlemærker for arbejdet.

Investeringsplanen indeholder både regionale og fælles projekter, men der søges kun om udmøntning af midler til fælles projekter samt omkostninger til re-

gional implementering af disse. Puljen skal medfinansiere regionernes it-satsning, idet regionernes investeringer i 2011 vil overstige de 50 millioner kroner, som er afsat i puljen.

I henhold til planen vil regionernes it-investeringer vedr. de fælles pejlemærker i 2011 overordnet falde indenfor tre hovedområder:

- 1) Konsolideringsprojekter i regionerne, som fx omlægning til et fælles epj-system i hver region samt etablering af nem og hurtig adgang (bl.a. single sign on) til den kliniske it-arbejdsplads.
- 2) Fælles anskaffelser, som fx et regionalt billedindeks der giver adgang til billeddiagnostisk materiale på tværs af landet, implementering af Fælles Medicinkort og udbredelse af e-journalsystemet.
- 3) Modning af kommende fællesregionale projekter, som fx udbud af et nyt bookingmodul samt understøttelse af den præhospitale indsats.

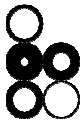
Den største satsning i investeringsplanen er det regionale billedindeks. Projektet skal sørge for, at regionernes sygehuse udveksler billeddiagnostisk materiale inden udgangen af 2012. I projektets business case er de samlede gevinster anslået til ca. 58 millioner kroner pr. år alene ved at give adgang til billeder og beskrivelser på tværs af regionerne. De væsentligste gevinster vedrører en reduktion i antallet af unødige gentagelser af eksisterende undersøgelser, og at personalet vil spare tid, når de skal finde undersøgelser frem.

Regionerne forventer samlet set at bruge ca. 82 millioner kroner på at tilvejebringe de lokale forudsætninger for, at billedindekset kan kommunikere med de lokale systemer. Der er typisk tale om at anskaffe eller omlægge til et fælles system i regionen, som i forvejen er planlagt. Kun lidt mere end 1/3 af aktiviteten vil således blive finansieret via puljen. Regionerne forventes at finansiere den resterende del via egne anlægsbudgetter.

Puljemidlerne skal medfinansiere regionernes investeringer i sundheds-it i henhold til tabel 1.

Tabel 1: Plan for udmøntning af pulje med henblik på at yde bidrag til fællesregionale investeringer i 2011

	Beløb i 2011
Interregionalt billedindeks	15.000.000 kr.
Regional implementering af billedindeks	30.500.000 kr.



Fælles udbud af bookingmodul	1.300.000 kr.
E-journal	2.200.000 kr.
Plan for it-understøttelse af præhospital indsats	1.000.000 kr.
I alt	50.000.000 kr.

De øvrige projekter, der søges finansieret, er opstart eller modning af fælles projekter, som forventes gennemført i 2012 og 2013 samt udbredelse af e-journal.

Af de 50 millioner kroner i puljen anvendes de 19,5 millioner kroner på fælles investeringer, mens 30,5 millioner kroner bruges til regional implementering. Der er udarbejdet business cases for projekter over 10 millioner kroner, jf. statens praksis på området.

Der er i investeringsplanen taget højde for, at puljemidlerne skal kunne udbetales i henhold til bloktilskudsnøglen. Alle fem regioner estimerer derfor at have udgifter, som enten svarer til eller er større end deres bloktilskudsmæssige andel af de ovenfor nævnte beløb.

Videre proces

Når bestyrelsen har godkendt investeringsplanen, vil Danske Regioner indgå i dialog med Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet mhp. at få udmøntet puljen iht. planen. De konkrete form- og proceskrav kendes ikke, men vil blive afklaret i den videre dialog med staten.

Økonomi

Sekretariatets bemærkninger

I bilaget henvises til en række bilag, herunder RSIs pejlemærker, forretningsmodel, business case for billedindekset, og rapport om EPJ-landskaber, som ikke er vedlagt. Bilagene kan rekvireres hos sekretariatet ved Kristoffer Lange (kla@regioner.dk)

Kommunikation

Bilag

Fællesregional investeringsplan for sundheds-it 2011 (934616).



20. Sund Vækst, sagsnr. 10/935

Anne Mette Bæk Jesper-
sen

Resumé

Indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder ønsker at sætte gang i en ny vækst dagsorden på sundhedsområdet og ministeriet har kontaktet Danske Regioner for et samarbejde om Sund Vækst.

Som et afsæt for samarbejdet har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner udarbejdet en fælles bruttoliste over initiativer, som regeringen og regionerne har en fælles interesse i at løse. Det drejer sig blandt andet om initiativer inden for offentligt/privat samarbejde, bedre rammebetingelser for den kliniske forskning og sundhedsinnovation og stærkere markedsføring af Danmark som Sund Vækst klynge.

Indstilling

*Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.*

Sagsfremstilling

Regeringen og Danske Regioner ønsker at fremme Sund Vækst i Danmark gennem offentligt/privat samarbejde om forskning og innovation på sundhedsområdet – både i relation til klinisk forskning og velfærdsteknologi. Som et afsæt for fremtidigt samarbejde om Sund Vækst dagsordenen har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner udarbejdet en fælles bruttoliste over initiativer, som regeringen og regionerne har en fælles interesse i at løse. Det er muligt at bringe flere emner i spil.

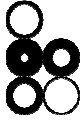
Danske Regioners Udvalg for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde bakker op om initiativet, herunder muligheden for regional involvering i den planlagte markedsføring af Danmark som Sund Vækst klynge i forbindelse med det kommende danske EU-formandskab i foråret 2012.

De konkrete initiativer forventes foreløbig at omfatte:

1. Forsknings- og innovationssamarbejde i fremtidens sygehusvæsen: Der er behov for, at regionerne og staten i fællesskab afdækker, hvordan forskning og innovation bliver en integreret del af fremtidens sygehusvæsen, herunder hvordan sundhedsvæsenet i fremtiden kan blive bedre



-
- til at tiltrække privat kapital. Det skal bl.a. afdækkes, om der er love, bekendtgørelser eller anden regulering, som bremser offentligt/private samarbejde om forskning og innovation. Endvidere skal virksomhedernes forventninger til samarbejde med fremtidens sygehusvæsen afdækkes.
2. Forskerstøtte: Afdækning af muligheden for etablering af større forsker støtteenheder/ knudepunkter for samarbejdet mellem industrien og hospitalsforskerne (One-Stop-Shops).
 3. Bedre vejledning: Udarbejdelse af en fælles vejledning ("grønspættebog") for forberedelse af klinisk forskning med udgangspunkt i forskerens behov.
 4. Forenkling: Revision af lovgrundlaget for de videnskabetiske komitéer, således at det i højere grad understøtter smidig godkendelse af kliniske forsøg.
 5. Forenkling: Afdækning af muligheden for at lave en fælles it-platform for anmeldelse af kliniske forsøg til myndighederne. Der er i dag fire statslige instanser med hvert sit system.
 6. Bedre information: Fælles national portal for annoncering af kliniske forsøg.
 7. Styrket incitament til anvendelse af IKT og telemedicin ved at se på takster for telemedicinske ydelser.
 8. EU-formandskab: Stærkere markedsføring af Danmark som Sund Vækstklynge samt forenkling af regler for godkendelse af forsøg med lægemidler og medicinsk udstyr under hensyntagen til at, patientsikkerheden ikke forringes.
 9. Udvidelse af rammerne for OP: Den eksisterende lovgivning sætter i dag klare rammer for regionernes virke. Dette betyder blandt andet, at der er grænser for, hvor langt regionerne kan gå, hvis de ønsker at indgå i innovationssamarbejder med private virksomheder og andre regioner. Disse begrænsninger kan vise sig u hensigtsmæssige - i særdeleshed i forbindelse med de kommende sygehusbyggerier. Regeringen er derfor klar til at se på, om de eksisterende regler er for restriktive.

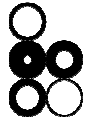


-
10. Fokus på erhvervsmæssigt afkast af investeringerne via ABT-fonden:
Der skal være gode muligheder for at lave storskala demonstrationsprojekter i regi af ABT-fonden. Der er tale om projekter, der gennemføres på flere sygehuse/en hel region. Dette sikrer tilskyndelse for de private virksomheder i at være med i udviklingsarbejdet, da vurderinger af markedspotentialet fremmes ved demonstrationsforsøg i større skala.

 11. En årlig sundhedsforskningsstatistik med årlig dataindsamling, validering og publicering.

Der er nedsat en fremdriftsgruppe på administrativt plan med deltagelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og direktør Nils Strandberg Pedersen fra Statens Serum Institut.

Bilag
Ingen.



21. Sundhedsinnovation. Status og det fremadrettede arbejde, sagsnr. 10/935

Kenneth H. Sørensen
Anne Mette Bæk Jesper-
sen

Resumé

Sundhedsinnovationsudvalgets foreløbige arbejde har vist, at Danmark har en række fordele og nationale styrkepositioner inden for området, herunder erhvervmæssige og forskningsmæssige styrkepositioner. Udvalget fokuserer på fortsat at forbedre rammevilkårene.

Sundhedsinnovation står højt på den politiske dagsorden og der er på såvel nationalt, som regionalt og internationalt niveau igangsat en lang række initiativer, der supplerer og understøtter udvalgets arbejde. Som et særligt væsentligt initiativ er der etableret en task force mellem Danske Regioner og Sundhedsministeriet, der skal se på konkrete muligheder for at fremme sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde.

Området prioriteres af regionerne og de regionale vækstfora, og som vigtigt bidrag til vækstdagsordenen og for at understøtte regionernes offensive rolle skal den store regionale indsats kommunikeres overfor primært ministerier, erhvervsorganisationer og Folketingets partier.

Indstilling

Det indstilles,

at man fra Danske Regioners side forfølger en offensiv dagsorden forankret i Sundhedsinnovationsudvalget

at der med henblik på videndeling og koordinering afholdes et mellemregionalt møde for Sundhedsinnovationsudvalget og de fem regionale udvalg vedr. sundhedsinnovation

at Danske Regioner deltager aktivt i den task-force, der er nedsat af Sundhedsministeriet til udmøntning af ministeriets Sund vækst initiativ, der sigter mod at forbedre rammebetingelserne for sundhedsinnovation

at der i samarbejde med f.eks. Dansk Industri, Dansk Erhverv og IDA tilbydes en informationspakke, hvor Danske Regioner og regionerne løbende kan informere erhvervet om de nye sygehusbyggerier og hvorledes de kan indgå i udviklingen og etableringen heraf

at der i forbindelse med videndelingsprojektet vedr. fremtidens sygehuse og godtsygehusbyggeri.dk etableres links til de enkelte regioner, hvor erhvervslivet løbende kan få et fuldt opdateret overblik over byggeplaner, udbudsterminer, tilknyttede rådgivere mm. for de nye sygehusbyggerier

at der lægges op til regional involvering i den planlagte markedsføring af Danmark som Sund Vækst klynge i forbindelse med det kommende danske EU-formandskab i foråret 2012, samt afholdelse af konference i samarbejde med eksterne samarbejdsparter med henblik på at synliggøre regionernes indsats og fremme offentlig-privat samarbejde om sundhedsinnovation..

Sagsfremstilling

Sundhedsinnovationsudvalget har siden oprettelsen afholdt fem møder med forskellige temaer, der på forskellig vis har belyst barrierer og muligheder for sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde.

Udvalget har, med udgangspunkt i kommissoriet, set det som sin opgave at sikre:

- engagement om sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde
- bedre rammer for at understøtte sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde
- opsamling af viden og videndeling mellem regionerne i forhold til sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde
- formidling af den regionale indsats på området overfor eksterne parter.

En status for disse fokusområder viser, at udvalget allerede har bidraget til at sætte emnet på det politiske landkort, men at der fortsat er en række udfordringer i forhold til at fremme sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde.

Engagement om sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde

Gennem etableringen af udvalget og via udvalgets arbejde, herunder udarbejdelse af pjecen "Sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde" er det lykkedes Danske Regioner at være med til at sætte den nationale dagsorden og blive involveret i flere samarbejdsprojekter om emnet.

Udvalgets formand har endvidere været inviteret til at deltage i flere konferencer, hvor han har haft lejlighed til at repræsentere regionernes arbejde med og visioner for området.

I forhold til den fremadrettede proces har Danske Regioners bestyrelse i strategioplægget, "Regionerne Version 2.0" besluttet, at "Sund Vækst" er et prioriteret område, hvor man bør forfølge en offensiv dagsorden via kommunikation og konkrete samarbejdsprojekter

Bedre rammer for at understøtte innovation

Regionerne arbejder alle målrettet med at fremme innovation, men det er blevet kortlagt, at der er brug for bedre rammer for at understøtte innovation og erhvervsamarbejde i regionerne.

Der synes at være manglende viden og overblik over området, manglende ledelsesmæssigt og økonomisk fokus og mangel på tålmodig og risikovillig kapital. Dertil kommer komplicerede samarbejdsformer og langsom udbredelse af nye løsninger og hindringer i de nuværende udbudsregler for at fremme innovation gennem indkøb.

Også i forhold til de kommende sygehusbyggerier er der en udfordring i at skabe de bedst mulige rammer for innovative processer og understøtte erhvervslivets muligheder for at byde ind og derved bidrage til at fremme innovative løsninger.

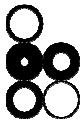
Fremadrettet vil Sundhedsinnovationsudvalget og Danske Regioner arbejde målrettet for bedre rammebetingelser gennem flere initiativer:

- Indgå i det arbejde, som Regeringens Vækstforum iværksætter, med henblik på at revidere de gældende udbudsregler
- Deltage i den Task-force, som Sundhedsministeriet og Danske Regioner har oprettet som et "Sund vækst" initiativ, for at forbedre rammebetingelserne for sundhedsinnovation
- Sætte fokus på de ledelsesmæssige udfordringer i forhold til at fremme innovation og erhvervsamarbejde, bl.a. gennem afholdelse af et udvalgsmøde med fokus på ledelse.

Opsamling af viden og videndeling mellem regionerne

Overblikspjecen "Sundhedsinnovation og erhvervsamarbejde" viser, at regionerne og de regionale vækstfora prioriterer arbejdet med sundhedsinnovation og erhvervsamarbejde.

Regionerne samarbejder allerede i et vist omfang. Ikke mindst gennem OPI-udredningsprojektet, "Laboratorium for offentlig-privat innovation og velfærdsteknologi" under Den Konkurrenceudsatte Pulje, hvor alle regioner delta-



ger med demonstrationsprojekter. Derudover er etableret to store innovationskonsortier inden for området, hvor en række virksomheder, erhvervsorganisationer, videninstitutioner og sygehuse indgår, og alle regioner er placeret i en fælles følgegruppe for de to konsortier. Endelig er der også på administrativt niveau etableret et netværk for sundhedsinnovationsaktører.

- Udvalget bør følge OPI-udredningsprojektet: "Laboratorium for offentlig-privat innovation og velfærdsteknologi" under Den Konkurrenceudsatte Pulje tæt med henblik på at udbrede de løsninger, vedrørende offentligt/privat samarbejde, som arbejdet vil bibringe.
- Man bør aktivt søge at fremme videndeling mellem regionerne gennem samarbejde mellem regionernes udvalg for sundhedsinnovation og erhvervsamarbejde. Det foreslås at afholde et mellemregionalt møde for Sundhedsinnovationsudvalget og regionernes udvalg på området.

Formidling af den regionale indsats overfor eksterne parter

Udvalget har allerede haft succes med at formidle den regionale indsats på området gennem udgivelse af pjecen og gennem formandens deltagelse som oplægsholder og debattør ved flere konferencer.

Danske Regioner bør også, som led i en offensiv strategi, øge fokus på at synliggøre regionernes indsats, såvel overfor relevante samarbejdsparter som overfor pressen og befolkningen. Der er rift om denne dagsorden p.t., hvorfor det er vigtigt at vælge de alliancepartnere og initiativer, der giver mest mulig fremdrift og nytte i forhold til at skabe øget sundhedsinnovation og erhvervsudvikling til glæde for patienter og effektiv drift. Særligt efterspørges der fra private virksomheder åbenhed og viden om processerne vedrørende sygehusbyggerierne, så virksomhederne ved, hvordan de kan spille ind og bidrage med viden og innovation.

Konkrete initiativer på området kunne omfatte:

- Fokus på samarbejde og kommunikation, hvor man målrettet søger at formidle regionernes indsats gennem debatindlæg og artikler og etablere alliancer med relevante samarbejdsparter, f.eks. Økonomi- og Erhvervsministeriet, som under Fonden til markedsføring af Danmark har afsat midler til at fremme innovation og øge eksporten af dansk velfærdsteknologi
- I forbindelse med videndelingsprojektet vedr. fremtidens sygehuse og godtsygehusbyggeri.dk etableres links til de enkelte regioner, hvor erhvervslivet løbende kan få et fuldt opdateret overblik over



byggeplaner, udbudsterminer, tilknyttede rådgivere mm. for de nye sygehusbyggerier

- Tilbyde en informationspakke, i samarbejde med f.eks. Dansk Industri, Dansk Erhverv og IDA, hvor Danske Regioner og regionerne løbende kan informere erhvervet om de nye sygehusbyggerier og hvorledes de kan indgå i udviklingen og etableringen heraf.
- Regional involvering i den planlagte markedsføring af Danmark som Sund Vækst klynge i forbindelse med det kommende danske EU-formandskab, samt
- Afholdelse af konference, i samarbejde med eksterne samarbejdspartner, med fokus på den velfærdsteknologiske dagsorden.

I det vedlagte bilag ”Status og nye initiativer vedrørende sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde” er der en samlet oversigt over status og nye initiativer i forhold til udvalgets kommissorium. Oversigten viser, at der aktuelt igangsættes nye initiativer inden for de 8 temaområder, som er defineret i kommissoriet.

Bilag:

- Status og nye initiativer vedrørende sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde

Bilag

Status og nye initiativer vedrørende sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde (930360).



22. Udviklingskontrakter for universiteterne - lovændring, sagsnr. 10/267

Kenneth Hirsch Sørensen

Resumé

Videnskabsministeriet har sendt en lovændring i høring vedrørende udviklingskontrakter for universiteterne. Høringen er en anledning til at orientere ministeriet og Folketingets Udvalg for Videnskab og Teknologi om det regionale samarbejde mellem universiteter og erhvervsliv i forhold til den regionale vækst og erhvervsudvikling.

Universiteternes udviklingskontrakter skal fremover fokuseres på færre områder, og de vil i højere grad tilpasses det enkelte universitet. Hermed er der etableret bedre rammer for, at den regionale vækst dagsorden kan afspejles i udviklingskontrakterne. Det drejer sig særligt om, at flere højtuddannede skal ansættes i de private virksomheder, og om at universiteterne skal samarbejde mere med erhvervslivet for at bidrage til innovation og højere værdiskabelse.

Indstilling

Udvalget for Regional Udvikling indstiller,

at Danske Regioner meddeler videnskabsministeriet, at foreningen ser positivt på ændringen af universitetsloven, da en højere grad af fokusering og individualisering rummer gode muligheder for, at universiteternes indsats i forhold til den regionale vækst dagsorden prioriteres samt,

at foreningen orienterer ministeriet og Folketingets Udvalg for Videnskab og Teknologi om de regionale erhvervsudviklingsstrategier for så vidt angår samarbejdet mellem universiteter og erhvervslivet.

Sagsfremstilling

Universiteterne har siden 1999 indgået udviklingskontrakter med Videnskabsministeriet. Formålet har været at fremme og understøtte universiteternes strategiske udvikling. De nuværende kontrakter er blevet kritiseret for ikke at rette sig mod det enkelte universitets individuelle situation og udfordringer samt for at rumme for mange detaljerede mål.

Lovforslaget medfører ændringer af det nuværende koncept for udviklingskontrakterne. Kontrakterne skal fremover fokuseres på færre mål, kontrakterne skal individualiseres i forhold til det enkelte universitet, og ministeren skal have mulighed for at opstille konkrete mål, som universitetet skal opfylde. Hermed skal kontrakterne også have en mere forpligtende karakter.



Fremover opdeles kontrakterne i pligtige mål, som ministeren fastsætter individuelt for hvert universitet, og universiteternes selvvalgte mål. De pligtige mål baseres på samfundsmæssige prioriteringer, mens de selvvalgte mål skal afspejle universitetets egne strategiske prioriteringer og profilering.

Med mere individuelle mål for hvert universitet, herunder selvvalgte mål baseret på universitetets strategiske satsninger, er der etableret gode rammer for, at universiteternes samarbejde med erhvervslivet kan afspejles i udviklingskontrakterne.

Sekretariatets bemærkninger

Universiteterne er repræsenteret i de regionale vækstfora, og en række aktiviteter i de nyligt udarbejdede erhvervsudviklingsstrategier omhandler universiteternes samspil med erhvervslivet. Det drejer sig eksempelvis om, at flere højtuddannede skal ansættes i private virksomheder, og at universiteterne skal bidrage til øget innovation og højere værdiindhold via partnerskaber med erhvervslivet inden for fokuserede satsningsområder.

Endelig er ovenstående emner også en del af de regionale partnerskabsaftaler mellem regeringen og de regionale vækstfora.

Bilag

Ingen.

23. Dialogforum om tilgængelighed, sagsnr. 10/2541

Johan Nielsen

Resumé

Transportminister Hans Christian Schmidt har inviteret Danske Regioner til at udpege en repræsentant til dialogforum om tilgængelighed og til komme med forslag til emner til det første møde. Dialogforummet vil have medlemmer fra relevante myndigheder, handicaporganisationer og transportudbydere og vil mødes én gang årligt.

Det er først og fremmest kommuner og trafikselskaber, som står med det praktiske arbejde i forbindelse med handicappedes tilgængelighed til den regionale og lokale kollektive trafik. Det foreslås, at Danske Regioner deltager på administrativt niveau i dialogforummet.

Indstilling

Udvalget for Regional Udvikling indstiller,

at Danske Regioner lader sig repræsentere i dialogforum om tilgængelighed på administrativt niveau.

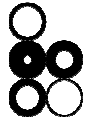
Sagsfremstilling

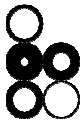
Transportminister Hans Christian Schmidt har inviteret Danske Regioner til at udpege en repræsentant til dialogforum om tilgængelighed. Forummet skal fremme samarbejde og udveksling af viden på handicapområdet samt gennem dialog yderligere målrette Transportministeriets tilgængelighedspolitik. Ministeriet udgav tidligere på året en publikation om tilgængelighedspolitikken. Især handicaporganisationerne har været interesserede i en tættere kontakt til ministeriet vedrørende tilgængelighedspolitikken.

Det er ministerens hensigt, at dialogforummet mødes én gang årligt. Politikker vedrørende tilgængelighed i den kollektive trafik omfatter især adgang til tog og busser og adgang samt henvisninger på togstationer og terminaler. Desuden omfatter tilgængeligheden hele flekstrafikken. Det betyder, at det i praksis først og fremmest er kommunerne og trafikselskaberne, som står med det praktiske arbejde i forbindelse med tilgængelighed. Det foreslås på den baggrund, at Danske Regioner lader sig repræsentere på administrativt niveau.

Bilag

Invitation til dialogforum om tilgængelighed (931659).





24. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/97

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

Forelægges bestyrelsen til orientering.

Sagsfremstilling

Orientering om Finansieringsudvalgets rapport j.nr. 07/218, Henrik Wint-ther

Finansieringsudvalget under Indenrigs- og Sundhedsministeriet har færdiggjort notatet om *revision af strukturelle kriterier til fordeling af regionernes bloktilskud på udviklingsområdet*. Notatet er blevet godkendt af Indenrigs- og sundhedsministeren og er d. 16/12 blevet lagt ud på Finansieringsudvalgets hjemmeside.

Notatet er lavet for at forberede en revision af bloktilskuddet inden for Udviklingsområdet. Ifølge *Lov om regionernes finansiering* skal forslag til revision af vægtene inden for bloktilskuddet til udviklingsområdet fremsættes for Folketinget i 2010-11.

Efter drøftelse i bestyrelsen december 2009 har Danske Regioner brugt revisionen til at foreslå, at kriterieværdierne i *antal km. privatbanespor* bør fastfryses fremadrettet. Formålet med en evt. fastfrysning er at gøre det muligt for regionerne at nedlægge urentable privatbaner. Problemet med den nuværende metode at opgøre kriteriet på, er, at regionerne også bliver nødt til at tage hensyn til bloktilskuddets størrelse ved beslutning om nedlæggelse eller oprettelse af privatbaner. Hensynet skyldes, at regionerne modtager mere i bloktilskud via kriteriet, end de har af udgifter til privatbanerne.

Formandskabet sendte umiddelbart efter bestyrelsesmødet i 2009 et brev til Indenrigs- og Sundhedsministeren, hvori der blev orienteret om Danske Regioners holdning til en fastfrysning. Samtidig blev det fastslået, at de byrdemæssige konsekvenser af den forestående revision bør minimeres.

Det endelige notat indeholder et afsnit 5 om "Overvejelse af mulige justeringer af kriteriernes vægte" samt en konklusion i afsnit 6.

Afsnittet om mulige justeringer indeholder argumenter for og imod en fastfrysning af kriterieværdierne i *antal km. privatbanespor*. Konklusionsafsnittet indeholder på den baggrund to modeller for den fremtidige indretning af kriteriet *antal km. privatbanespor*. En model, hvor kriterieværdierne bliver fastfrosset og en model, hvor kriterieværdierne stadig bliver opdateret, som det er tilfældet nu.

Finansieringsudvalget tager ikke stilling for eller imod modellerne. Det er derfor op til regeringen og herefter evt. en politisk drøftelse i Folketinget at beslutte en evt. ændring vedrørende kriterieværdierne.

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

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

Den 5. samhörighedsrapport - strukturfonde efter 2013

Regionsudvalgets underudvalg COTER drøfter på sit kommende møde den 3. februar EU-Kommissionens 5. rapport om økonomisk, social og territorial samhörighed: samhörighedspolitikens fremtid. Udvalgmødet afholdes i forlængelse af et Samhörighedsforum for centrale aktører, hvor hørings svar til Kommissionens rapport præsenteres.

Kommissionens samhörighedsrapport gør status over anvendelsen af EU's strukturfonde. Samtidig indeholder den Kommissionens forslag til, hvordan strukturfondene skal tilrettelægges i den næste budgetperiode 2014-2020.

Danske Regioner bestyrelse har på sit møde den 16. december 2010 fastlagt Danske Regioners holdning til samhörighedsrapporten, herunder hørings svaret til Kommissionen.

Det bemærkes, at Danske Regioner i den regionale samarbejdsorganisation omkrings Østersøen, BSSSC, har været pennefører på formuleringen af et fælles positionspapir vedrørende samhörighedspolitikken og fortsat er fælles ordfører på området.

Ny turismepolitik for Europa

EU-kommissionen har fremlagt forslag til en ny turismepolitik for Europa og papiret er i øjeblikket på vej gennem Regionsudvalgets rådgivningsproces, inden det går videre til Europa-Parlamentet og Rådet. Turisme er en vital kilde til



indtægt og beskæftigelse i mange regioner, og derudover er turisme et område med et stort vækspotentiale, der kan medvirke til opfyldelse af EU 2020 målene.

Derfor er det vigtigt at lokale og regionale myndigheder bliver taget med på råd omkring turismepolitik, så man sikrer, at den bliver til fordel for alle regioners udvikling. Regioner, som har specielt gode erfaringer med bæredygtig turisme, bør fremhæves, så deres erfaringer kan udnyttes.

Mange europæiske turistvirksomheder er SMV'er eller endda mikrovirksomheder, og Regionsudvalget anbefaler derfor at udvikle støtteinstrumenter til SMV'er. Et tiltag som dette er nemlig både værdifuldt for virksomhederne, men også for jobskabelse.

Det er nødvendigt at have en stærk koordination og vidensdeling både mellem forskellige politikker, de forskellige EU-niveauer og de forskellige regioner for at sikre, at den europæiske turisme forbliver konkurrencedygtig. Helt konkret anbefaler Regionsudvalgets ordfører, at man støtter indførelsen af et europæisk kulturarvsmærke og et mærke for 'kvalitetsturisme'.

Oplægget til Regionsudvalget påpeger desuden at både Den Europæiske Landbrugsfond for Udvikling af Landdistrikterne, Den Europæiske Socialfond og den fremtidige regionalpolitik bør udnyttes til at støtte turismeudviklingen.

Sekretariatet vurderer, at Danske Regioner kan bakke op om Kommissionens initiativ og indstillingerne til Regionsudvalget. Dog bør man arbejde for en mere balanceret tilgang til turismeudviklingen i hele EU og ikke kun i de turismeafhængige regioner i Sydeuropa. Øget samarbejde med lande udenfor EU er ikke kun et spørgsmål for i Middelhavsområdet, men gælder også for andre af EU's sammenhængende havområder, f.eks. Østersøen og Nordsøen.

Regionsudvalget får interregional gruppe for sundhed

Medlemmerne af Regionsudvalget kan beslutte at oprette såkaldte interregionale grupper på områder af særlig interesse. I december gav Regionsudvalgets præsidium grønt lys til nedsættelsen af en interregional gruppe på sundhed på basis af et dansk-britisk initiativ. Etableringen af gruppen har til formål at imødekomme den stigende fokus på sundhedspolitik i EU. Mange medlemmer af Regionsudvalget har på tværs af parti- og fagområder tilkendegivet deres interesse i at drøfte sundhedspolitiske spørgsmål.

Regionsudvalgets interregionale grupper er en parallel til Europa-Parlamentets såkaldte intergrupper, som generelt tiltrækker stor opmærksomhed fra mange



aktører indenfor et givent sektorområde. Dermed bliver intergrupper et væsentligt værktøj til politikpåvirkning. Regionsudvalgets nye interregionale gruppe på sundhed har allerede høstet opmærksomhed hos EU-Kommissionens generaldirektorat for sundhed, selvom det første møde i gruppen først er planlagt til april.

For Danske Regioner er det vigtigt at skabe og deltage i platforme, der kan give indflydelse på EU's sundhedspolitik. Direktivet om patientrettigheder, lige adgang til sundhedsydelser, retningslinjer for organdonation, implementeringen af EU's sundhedsstrategi og krav til sundheds-IT er nogle af de emner på EU's sundhedspolitiske dagsorden, der er væsentlige for regionerne.

Bilag

Ingen.



25. Næste møde, sagsnr. 11/97

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

Sagsfremstilling

Det indstilles,

at næste møde holdes torsdag den 3. marts 2011 kl. 11.00.

Bilag

Ingen.





26. Eventuelt, sagsnr. 11/97

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

20-12-2010
Sagsnr. 10/2456
Annette Budtz-
Jørgensen
Tel.: 3529 8263
E-mail: abj@regioner.dk

Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 16-12-2010 kl. 11:00

Deltagere: Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Buch Grønlykke, Poul Müller, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøller Pedersen

Afbud: Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen

Deltagere fra sekretariatet: POK, LC, SIF, GIB, KHE, LE, LHM, SS, RMF, JWI, JSA, MHK, LIN, IH (referent)

1. Meddelelser fra formanden, sagsnr. 10/2456

Bestyrelsen tog meddelelserne til efterretning.

Resumé

Forslag til ny offentlighedslov

Justitsministeren fremsatte forslag til ny offentlighedslov den 8. december 2010. Lovforslaget er næsten identisk med det lovforslag, der var indeholdt i Offentlighedskommissionens betænkning, og som tidligere har været behandlet i bestyrelsen. Lovforslaget kommer til 1. behandling i Folketinget den 13. januar 2011. Loven skal træde i kraft den 1. januar 2012.

Rigsrevisionsrapport og produktivitetsmålninger

Rigsrevisionsberetning om regionernes økonomistyring i 2009:

- Rigsrevisionen har den 15. december forelagt følgende beretning for Statsrevisorerne. Hovedpunkterne i beretningen vedrører:
 - Den hidtidige meget sene udmelding af de enkelte sygehuses aktivitets mål (foreløbig baseline)
 - Vi har ikke fulgt ordentlig op på økonomien i 2009 og ikke gennemført de nødvendige initiativer, som vi så siden har igangsat.
 - Danske Regioner og ISM burde indrette den aktivitetsbaserede finansiering på en måde, hvor den sikrer incitamenterne og samtidig giver budgetsikkerhed

Produktivitetmåling for 2009.

Indenrigs- og sundhedsministeriet forventes inden for den nærmeste fremtid at offentliggøre produktivitetsmålninger for 2009. Disse offentliggøres hvert år af en arbejdsgruppe, hvor regionerne er repræsenteret og arbejdet er en del af vores økonomiaftale.

- Produktivitetmålingen viser en historisk høj stigning i produktiviteten på 4,2 pct., som primært skyldes et meget lavt udgangspunkt (2008-strejekåret).
- Produktiviteten dækker over en vækst i produktionsværdien på 9,3 procent og en vækst på 4,9 procent i udgifterne på offentlige sygehuse.

- Region Syddanmark er den region i 2009, der har opnået det højeste produktivitsniveau, og Region Syddanmark er samtidig en af de regioner, der har haft den største vækst i produktiviteten, kun overgået af Region Sjælland. De regioner (Region Syddanmark og Region Sjælland), der har haft den laveste udgiftsudvikling, er samtidig dem der har opnået den største vækst i produktiviteten.
- Der er stadig stor variation mellem regionerne og sygehusene i produktiviteten. En del af spredningen er forventeligt, da sygehusene har forskellige produktionsvilkår.

Stævning mod bestyrelsen i Helsefonden

Danske Regioner er blevet orienteret om, at kammeradvokaten på vegne af Skat, vil udtage stævning mod den tidligere bestyrelse i Helsefamiliens lægemagasins fond. Fonden gik i betalingsstandsning i 2008 og blev senere taget under konkursbehandling. Danske Regioner havde udpeget tre medlemmer til Helsefondens bestyrelse. Der skal svares hurtigt på en stævning og de tidligere bestyrelsesmedlemmer vil have brug for advokatbistand. Danske Regioner har derfor overfor de tre bestyrelsesmedlemmer, der er udpeget af foreningen, givet tilsagn om at betale for advokatbistand til foreløbig besvarelse af stævningen.

Bestyrelsen bad sekretariatet redegøre for forsikringsdækningen af sig selv og de repræsentanter i eksterne bestyrelser, som er udpeget af Danske Regioner med henblik på eventuelt at tegne en samlet forsikring.

Fremtidens transport III – Mobilitet og vækst – Konference mandag den 10. januar 2011 kl. 9.00 – 16.30

Transportministeren vil nedsætte en mobilitetskommission, og på denne tredje konference om fremtidens transport vil danske og udenlandske eksperter meget aktuelt give deres bud på, hvordan der fremadrettet kan skabes den nødvendige sammenhæng mellem transportbehov, klima og adfærd.

Mellemregional afregning

Poul Müller fandt det uacceptabelt, at et punkt om mellemregionale afregninger ikke var på dagsordenen, jf. referatet, som lyder: ”Sagen blev udskudt. Der holdes et sonderende møde mellem regionsrådsformændene forud for bestyrelsesmødet den 16. december 2010.”

Formanden oplyste, at det i referatet nævnte møde afholdes umiddelbart efter bestyrelsesmødet.

2. Godkendelse af åbent referat af møde 25-11-2010 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 10/2456

Bestyrelsen godkendte referatet.

Resumé

-

3. 2. behandling af Danske Regioners budget 2011, sagsnr. 10/2099

Bestyrelsen besluttede budget 2011 som forelagt med de i budgetoplægget anførte udgiftsposter, og at kontingentet fastsættes på generalforsamlingen til 21,00 kroner pr. indbygger for 2011 svarende til 2010, at kontingentet for Videncenter for Jordforurening fastholdes i faste kroner, at Bruxelles-kontoret bemannes med to personer og en stagiaire, og at der udarbejdes en redegørelse for anvendelsen af direktionspuljen i 2010.

Resumé

Danske Regioners budget for 2011 fremlægges til 2. behandling. Budget 2011 er udarbejdet som et rammebudget med et fast prisniveau svarende til 2010 P/L, og et driftsunderskud på 39,9 millioner kroner svarende til underskuddet i 2010.

Nedlæggelsen af Momsfondet ultimo 2010 betyder et fald i de budgetterede indtægter på 4,9 millioner kroner. Sekretariatet foreslår, at der laves tilsvarende besparelser på driftsudgifterne. De personalemæssige tilpasninger igangsættes umiddelbart.

Budgettet indeholder i lighed med de foregående år puljer til uforudsete udgifter og tværgående initiativer til hhv. direktions og bestyrelsens disposition.

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen i april 2011. Kontingentet foreslås P/L-reguleret med 0,8 procent i forhold til 2010 og fastsat til 21,15 kroner pr. indbygger. Kontingentet for Videncenter for Jordforurening fastholdes i faste kroner, hvilket indebærer en P/L-regulering på 0,8 procent fra 2010 til 2011.

4. Politisk kodeks, sagsnr. 09/2069

Bestyrelsen godkendte projektet om politisk kodeks og inspirationspjece.

Resumé

Danske Regioners ad hoc udvalg for demokrati (Demokratiudvalget) ønsker at inspirere regionsrådene til at arbejde med politiske kodeks. Til formålet vil der blive lavet en værktøjskasse, som blandt andet indeholder en inspirationspjece og scenarier. Værktøjerne skal testes på en workshop med deltagelse af regionsrådsmedlemmer fra alle regioner.

5. Borgertopmøder den 5. marts 2011, sagsnr. 09/2069

Bestyrelsen godkendte det fælles oplæg til borgertopmøder og besluttede, at regionerne opfordres til at fastsætte regionale opfølgingsaktiviteter.

Poul Müller kritiserede, at der ikke var en tilbagemelding i forhold til udgiften til borgertopmøderne.

Resumé

Der er udarbejdet et fælles koncept for borgertopmøder i alle fem regioner. Først med fokus på visioner og siden med konkrete afstemninger indenfor temaerne kvalitet og økonomiske udfordringer i sundhedsvæsenet.

Regionerne skal nu regionalt afgøre, hvordan de vil følge op på borgertopmødet. Samtidig skal de praktiske forberedelser i gang i hver region.

6. Mediesag vedr. fejldiagnosticerede kvinder, sagsnr. 07/1248

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Der er i medierne fokus på kvaliteten af undersøgelserne på private brystklinikker. Flere kvinder har på private klinikker havde fået besked om, at de var raske, selvom de reelt havde en kræftknode i brystet. Det har medført en diskussion om krav til og tilsyn med de private klinikker.

7. National handlingsplan for demens, sagsnr. 10/161

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Regeringen har offentliggjort en National Handlingsplan for Demensindsatsen. I handlingsplanen indgår 14 konkrete anbefalinger til forbedring af indsatsen. Der afsættes i alt 31 millioner kroner til at gennemføre handlingsplanens anbefalinger, herunder 1 millioner kroner til udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer og 8,8 millioner kroner til at videreføre Nationalt Videnscenter for Demens.

Anbefalingerne er i overensstemmelse med de områder, som Danske Regioner har ønsket prioriteret. Områderne var forbedring af diagnosticering og behandling, øget viden om demens gennem forskning og efteruddannelse i både sygehussektoren, almen praksis og kommunerne samt bedre sammenhæng i indsatsen.

8. Aftale om flere praktikpladser i 2011, sagsnr. 09/2464

Bestyrelsen bekræftede vigtigheden af, at regionerne pr. 31.12.2010 opretter praktikpladser i overensstemmelse med aftalen for 2010.

Resumé

Undervisningsministeriet, Finansministeriet, KL og Danske Regioner har indledt forhandlinger om Aftale om flere praktikpladser i 2011. Denne aftale ligger i forlængelse af Aftale om flere praktikpladser i 2011, som er indgået mellem regeringen, Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti og Det Radikale Venstre.

Aftalen indebærer ifølge regeringens udspil, at regionerne i 2011 skal etablere 390 ekstra praktikpladser i 2011 set i forhold til niveauet i 2009. De ekstra praktikpladser er udover den aftalte stigning i dimensioneringen på social- og sundhedsuddannelserne jf. trepartsaftalen fra 2007. En manglende målefterlevelse vil ifølge aftaleudkastet medføre en sanktion bestående i en modregning i bloktilskuddet på op til ca. 40 millioner kroner.

9. Udfordringspjece ifm ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi, sagsnr. 10/2237

Bestyrelsen godkendte det vedlagte udkast til udfordringspjece og drøftede den fremtidige finansiering af de fællesoffentlige digitaliseringsprojekter.

Resumé

Der er udarbejdet en udfordringspjece som en del af arbejdet med den kommende fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011-2015. Den beskriver en vision om, at digitalisering skal skabe en smartere offentlig sektor, som er enkel, effektiv og sammenhængende. I pjecen fremhæves sundhedsområdet for at være nået langt med digitaliseringen.

Hidtil har fællesoffentlige projekter været finansieret ligeligt mellem parterne. Man kan overveje, om den fremtidige finansiering skal afspejle hvilken part, der får gevinsten.

10. Den 5. samhörighedsrapport - strukturfonde efter 2013, sagsnr. 10/1963

Bestyrelsen besluttede, at Danske Regioner i sit høringsvar på samhörighedsrapporten udtrykker tilfredshed med forslaget til tilrettelæggelse af strukturfondene efter 2013 og gør opmærksom på, at introduktion af en mellemgruppe af regioner er uhensigtsmæssigt, at strukturfondsindsatsen bør bygge bro mellem byer, udkanter og landdistrikter, og at foreningen derfor ikke i en dansk sammenhæng støtter, at byer administrerer strukturfondsmidler, at partnerskabskontrakterne som minimum skal inkludere regioner, samt at den nationale medfinansiering ikke bør overstige 50 procent.

Bestyrelsen besluttede at udelade det fjerde ”at” i indstillingen (at der ikke skal gives særlig støtte til regioner med udfordringer så som øer, bjerge, tyndt befolkede m.v.), så der skabes overensstemmelse til BSSSC’s holdningspapir.

Punktet betragtes hermed som tiltrådt.

Resumé

EU-Kommissionens 5. samhörighedsrapport gør status over strukturfondene. Samtidig indeholder den Kommissionens forslag til, hvordan strukturfondene skal tilrettelægges fremover. Overordnet set er det tilfredsstillende, at strukturfondsindsatsen koncentrerer sig om vækststrategien Europa 2020’s mål og målsætninger, som alle lande og regioner skal bidrage til. Det betyder, at alle regioner bliver støtteberettigede. Forslaget giver anledning til bemærkninger vedrørende ny inddeling af regioner, byers rolle, geografiske udfordringer, partnerskabskontrakter og medfinansiering.

11. Den fælles landbrugspolitik på vej mod 2020, sagsnr. 10/2449

Bestyrelsen godkendte udkast til høringssvar til EU-Kommissionens meddelelse om den fremtidige landbrugspolitik.

Resumé

EU-Kommissionen har præsenteret et oplæg om en ny fælles landsbrugspolitik. Det fokuserer på, at reformen af den fælles landbrugspolitik skal imødekomme de fremtidige nye udfordringer. EU-Kommissionen opstiller tre muligheder: 1) Status quo med mindre tilpasninger, 2) Mere balanceret, målrettet og bæredygtig støtte og 3) En mere omfattende reform af den fælles landbrugspolitik. EU-Kommissionen beskriver hovedsageligt elementerne i option 2. Danske Regioner lægger i sit høringssvar vægt på, at landbrugspolitikken i højere grad bør skabe vækst og beskæftigelse i landdistrikterne på linje med Europa 2020-strategien i stedet for blot at give direkte støtte til landbruget.

12. Revidering af planloven, sagsnr. 10/2212

Bestyrelsen godkendte høringssvaret vedrørende revidering af planloven.

SF tog afstand fra høringssvaret.

Resumé

Danske Regioner har modtaget udkast til forslag til differentieret planlov i høring. Lovforslaget er en udmøntning af regeringens udspil *Danmark i Balance*. Lovforslagets væsentligste ændringer til planloven er de udvidede muligheder for kommuner beliggende i yderområder. Derudover indeholder forslaget ændringer af detailhandelsreglerne for alle kommuner. Høringsfristen var den 7. november 2010, hvorfor Danske Regioner har sendt et høringssvar med forbehold for den politiske behandling. Et udkast til revideret høringssvar er vedhæftet.

13. Orienteringspunkter, sagsnr. 10/2456

Bestyrelsen til orienteringen til efterretning.

Resumé

-

14. Næste møde, sagsnr. 10/2456

Bestyrelsen besluttede, at næste møde i Danske Regioners bestyrelse holdes torsdag den 27. januar 2011 kl. 11.00.

Resumé

-

15. Eventuelt, sagsnr. 10/2456

Per Tersbøl spurgte, hvordan og hvornår bestyrelsen inddrages i resultatet af mødet mellem regionsrådsformændene den 16-12-2010 kl. 13.30 om mellem-regional afregning.

Formanden svarede, at bestyrelsen vil blive orienteret.

Opfølgning:

Der blev ikke opnået enighed mellem regionsrådsformændene på ovennævnte møde. Regionsrådsformændene mødes igen i begyndelsen af januar, og resultatet af dette møde forventes forelagt for bestyrelsen på bestyrelsesmødet den 27. januar 2011.

Resumé

-



Model for mellemregional afregning

Resumé

Der foreslås en to-delt model. På hoved- og regionsfunktionsniveau foreslås afregningsprocenten sat ned til 70 for at opnå parallelitet i forhold til det private område. På det højt specialiserede område foreslås de omkostningsbaserede takster videreført, men at der samtidig nedsættes politiske udvalg, som skal arbejde for en større gennemsigtighed i prisdannelsen.

Indstilling

Det indstilles,
at modelforslaget drøftes.

Sagsfremstilling

De mellemregionale patientvandringer sker af to årsager. Enten fordi patienten selv vælger det eller fordi behandlingen pga. specialiserings-graden ikke kan foretages inden for bopælsregionen. Afregningen sker ligeledes ud fra to forskellige systemer. Afregning på hoved- og regionsfunktionsniveau baserer sig på landsgennemsnitlige DRG-takster og afregningen på højt specialiseret niveau baserer sig på stedbestede omkostningsbaserede takster. Den samlede mellemregionale afregning omfatter cirka 4 milliarder kroner. Heraf omfatter basispatienter og patienter på regionsfunktionsniveau godt en tredjedel, mens patienter på højt specialiseret niveau tegner sig for knap to tredjedele.

De to problemstillinger kræver to løsninger. Den ene har landspolitisk interesse og omhandler incitamentet vedrørende det private sygehusvæsen, hvor taksterne er reduceret i forhold til DRG-taksterne. Det vedrører primært behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau.

Den anden udfordring er den interregionale afregning for den højt specialiserede behandling, som de seneste år har været stigende.

Modelforslag

Der foreslås en samlet løsning af de to sæt udfordringer bestående af henholdsvis:

Hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau

- Afregningen reduceres til 70 procent af DRG-taksten.
- Regionerne kan stadig indgå bilaterale aftaler om at afregne til en anden procentsats end den generelt aftalte.
- Indfasningen af den lavere afregningsprocent foretages over 3 år.

Højt specialiseret niveau

- Den omkostningsbaserede takstberegning fastholdes.
- Der arbejdes for en øget gennemsigtighed i prisdannelsen.

Gennemsigtigheden søges opnået gennem politiske udvalg, midt-nord, syd-sjælland, sjælland-hovedstaden. Udvalgene mødes to gange årligt og drøfter gennemsigtighed og transparens af takster, nye behandlinger og forudsætninger for takstberegningen, herunder afskrivninger, forskning og uddannelse.

Særligt i forhold til afskrivninger er det relevant at vurdere betydningen af, at anlægsudgifter finansieres særskilt i økonomiaftalerne og – især i relation til kvalitetsfondsbyggerierne – også som særskilte øremærkede tilskud fra staten.

Område: Økonomi
Afdeling: Sundhedsøkonomi
Journal nr.:
Dato: 17. januar 2011
Udarbejdet af: Jan Højgaard Funder
E-mail: Jan.funder@regionsyddanmark.dk
Telefon: 76631651



Notat

Bemærkninger til ny model for mellemregional afregning

Paradigmet for mellemregional afregning er på det seneste blevet drøftet intensivt og der har været flere modeller i spil. Formanden for Danske Regioner har d. 6. januar fremsendt et nyt forslag til model for mellemregional afregning for behandling på hoved- og regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret behandling.

Den fremlagte model er næsten identisk med den tidligere fremlagte model 3, jf. notat fra Danske Regioner af 9. december 2010. Den nye model lægger op til marginal afregning for behandling på hoved- og regionsfunktionsniveau på 70% af DRG taksten. Den tidligere foreslåede model 3 arbejdede med en afregningsprocent på 80% af DRG taksten. Dette er den eneste ændring i forhold til den tidligere foreslåede model. Der er således kun lagt op til marginal afregning for basisbehandling men ikke for højt specialiseret behandling.

Den nye model for mellemregional afregning adresserer således ikke det, der blev drøftet på mødet mellem regionsrådsformændene d. 16/12 2010, nemlig at der skulle ske en takstreduktion parallelt for såvel hoved-/regionsfunktionsniveau som for den højt specialiserede behandling. Som nævnt tidligere stiller Regions Syddanmark sig uforstående overfor, at Danske Regioner indtager en position, hvor der alene skal afregnes marginalt for basisbehandlingen og ikke for den højt specialiserede behandling.

I notatet fra Danske Regioner argumenteres for den foreslåede model med en afregningsprocent på 70% af DRG taksten for "at opnå parallelitet i forhold til det private område".

At anvende en sammenligning mellem behandling i offentlig og privat regi som løftestang for indførelse af marginal afregning af basis patienter imellem regioner er som nævnt tidligere i denne proces både forkert og politisk uklogt. Det kan føre til, at omverdenen får opfattelsen af, at produktionen på de offentlige sygehuse er dyrere end i privatsektoren for de samme opgaver - altså at offentlige sygehuse generelt er mindre produktive.

Der er faglig belæg for påstanden om, at det ikke er det samme patientsegment der findes i den offentlige og private sygehussektor. Derfor skal afregningen naturligvis heller ikke pr. definition tilstræbes at være ens.

Det er velkendt, at der er stor spredning på omkostningerne for patienterne i de enkelte DRG-grupper, og der er ingen tvivl om, at privathospitalerne behandler de mindst komplicerede og mindst omkostningstunge patienter indenfor de enkelte kategorier af patienter. Det produktions-setup der er i den private sektor betinger, at de private hospitaler som hovedregel ikke har mulighed for at tage komplekse patienter med særlige behov, hvorfor det er en forholdsvis selekteret og ensartet patientgruppe, som de behandler. Denne mere homogene patientmasse kræver et mindre omkostningstungt produktionsapparat end tilfældet er hos de offentlige sygehuse, hvor man også behandler de mere komplicerede patienter.

Det kendetegner den helt overvejende del af patientvandringerne mellem regioner at patienterne vælger det nærmeste sygehus. Det vil sige, at der er tale om patienter med gennemsnitstyngde og ikke en særlig selekteret gruppe af patienter med en lettere tyngde. Gennemsnitsomkostningerne for dem er pr. definition 100% og den typiske højt specialiserede patient adskiller sig således ikke fra dette. Da der er frit sygehusvalg og man skal passe udenregionale patienter på samme måde som egne patienter, kan man ikke selekttere i patientmassen.

Med afregning som tager udgangspunkt i DRG-taksterne, sikrer man afregning af gennemsnitsomkostningerne beregnet i den offentlige sektor. Der er ingen tvivl om, at gennemsnitsomkostningen i de enkelte DRG-grupper er lavere på privathospitalerne, da det er de mindst komplicerede patienter, der behandles her. Det er derfor helt naturligt, at der skal være forskel i afregningstaksten mellem de private og de offentlige hospitaler. Det er derfor uheldigt og uklogt at drage paralleller mellem afregning i forhold til de private hospitaler og afregning imellem regionerne. Dette er således ikke et argument for at indføre marginal afregning af basispatienter.

I forhold til højt specialiseret behandling foreslår den nye model, at der "arbejdes for øget gennemsigthed i prisdannelsen". Hvis man gennemgår de højt specialiserede takster nærmere, så vil man finde ud af at taksterne sandsynligvis er rigtigt beregnet. Tilsvarende vil man ved en gennemgang af taksterne for patienter på hoved- og regionsfunktionsniveau (DRG taksterne) komme frem til det samme resultat, da den typiske fritvalgspatient er en "gennemsnitspatient". Hvorfor foreslås det at se nærmere på prisdannelsen på det højt specialiserede område og ikke på basisområdet? Begge gennemgange vil nå til samme konklusion; nemlig at taksterne afspejler det gennemsnitlige omkostningsniveau - dog uden forrentning og afskrivning for patienter på hoved- og regionsfunktionsniveau.

Hvis der skal ske en ændring i den mellemregionale afregning må det ske med udgangspunkt i indførelse af en generel "leverandør-rabat". Der er naturligvis en leverandørfordel ved at tiltrække en større patientvolumen. En større volumen giver stordriftsfordele, idet der eksempelvis er flere patienter til at dække de faste omkostninger i driften. Samtidig er det ofte muligt at lave en mere effektiv planlægning, des større patientvolumen er, hvilket giver en bedre udnyttelse af kapaciteten. Det er med andre ord billigere at tage ekstra patienter eller nye opgaver ind i et eksisterende setup. Dette gælder naturligvis for såvel hoved- og regionsfunktionsniveau som på højt specialiseret behandling.

På baggrund af ovenstående bør en fremtidig model for mellemregional afregning også omfatte afregning af højt specialiseret behandling parallelt med basisbehandling. Afregning af højt specialiserede patienter bør ske med udgangspunkt i DRG-taksterne frem for individuelt beregnede højt specialiserede takster. De højt specialiserede taksterne er i dag fastsat af de enkelte højt specialiserede sygehuse ud fra konkrete beregninger på sygehusene. Der er således ikke tale om landsgennemsnitlige takster, ligesom der er for basis behandlingen. Beregningen af taksterne er forholdsvis uigennemskuelige for omverdenen, der ikke har en reel mulighed for validering af taksterne, ligesom det kræver en forholdsvis stor ressourceindsats at beregne og vedligeholde taksterne. Ved i stedet at anvende DRG-takster som afregningsgrundlag for højt specialiseret behandling opnås såvel større gennemskuelighed i metode for beregning, ensretning på landsplan samt mindre bureaukratiske procedurer. Regions Syddanmark anvender i dag DRG takster til mellemregional afregning af højt specialiserede patienter.

Slutteligt vil Region Syddanmark påpege sin bekymring over, at Danske Regioner vælger at komme med et oplæg, der savner faglig og økonomisk begrundelse og som er i direkte modstrid med den forståelse, som blev opnået på mødet d. 16. december 2010.

Danske Regioner
Att. Per Okkels

pok@regioner.dk

Dato: 19. januar 2011

Brevid: 1180229

Alléen 15
4180 Sorø

Tlf.: 70 15 50 00
Dir.tlf. 57 87 50 02

ja@regionsjaelland.dk

www.regionsjaelland.dk

Model for mellemregional afregning

Danske Regioner har i mail af 6. januar fremsendt notat med en model for mellemregional afregning med anmodning om skriftlige kommentarer inden d. 19. januar.

På denne baggrund følger et par mere generelle bemærkninger om Region Sjællands position i forhold til problemstillingen, idet det skal understreges, at der pt. fortløbende i regionerne foregår drøftelser og vurderinger af, om der kan findes en fælles model som alle regioner kan bakke op om. Dette sker bl.a. som opfølgning på de samtaler, som formanden for Danske Regioner har haft med flere formænd *efter* fremsendelsen af mailen 6. januar med modellen.

Region Sjælland finder det fornuftigt at søge at finde en model, som er tilstrækkelig enkel og generel i sit dækningsfelt. Vi skal henvise til den aftale, som er indgået mellem Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Sjælland, som opfylder disse krav, og som vil kunne udvides til en landsdækkende aftale.

I det omfang der ønskes en model, som skelner mellem hoved- og regionsfunktioner på den ene side og højtspecialiserede funktioner på den anden side, er det vigtigt at understrege, at det i begge tilfælde drejer sig om at finde en afregningsmetode, som dels er tilstrækkelig enkel og overskuelig, så der ikke skabes grobund for tvetydighed, tvivl og "gråzoner", når behandlingerne skal faktureres, dels dækker de omkostninger, der kræves til de pågældende behandlinger – DRG er også en omkostningsbaseret afregningsmetode. Det omkostningsbaserede er således ikke det der adskiller betalingsgrundlaget for de to behandlingstyper, men det der forener.

I forhold til den fremsendte model har vi herudover ikke bemærkninger til de skitserede elementer vedr. *hoved- og regionsfunktioner*.

Modellens elementer vedr. de *højtspecialiserede funktioner* er en fortsættelse af den nuværende afregningsmetode, hvilket ikke er acceptabelt. Der er ingen grund til at drøfte gennemsigthed i prisdannelsen, hvis ikke også der drøftes og aftales en revideret afregning af disse behandlinger, hvor der ses på, hvilke parametre, der skal indgå i opgørelsen, hvad enten det sker på grundlag af DRG eller en tilsvarende omkostningsbaseret opgørelse. Der er afgørende, at der aftales et mål og en termin for effektueringen af en sådan afregningsmetode, idet vi er opmærksomme på, at der kan være et ønske om en lang indfasningsperiode af hensyn til en rimelig planlægning og tilpasning regionerne imellem.

Venlig hilsen

Jens Andersen

Indenrigs- og sundhedsministeren

Danske Regioner
Bestyrelsen

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

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

Dato: 22. december 2010
Sags nr.: 1010471
Dok. nr.:

Jeg vil gerne hermed orientere Danske Regioner om, at jeg fra Region Sjælland har modtaget en henvendelse om finansieringen af Sikringsafdelingen i Nykøbing Sj.

Driften af Sikringsafdelingen er som bekendt pålagt Region Sjælland ved lov og er den eneste institution af sin art på sundhedsområdet. Visitationen foretages alene af retsvæsenet.

Efter sundhedsloven er det bopælsregionen, der er ansvarlig for at tilbyde og finansiere sundhedsydelser til borgere, der er cpr-registreret i regionen. Det indebærer, at udgifterne til de personer, der får ophold (folkeregistreres) på Sikringsafdelingen - fra andre regioner - finansieres af Region Sjælland.

Region Sjælland finder ikke finansieringsordningen rimelig for denne helt specielle institution. Problemstillingen er opstået med vedtagelsen af sundhedsloven i forbindelse med kommunalreformen. I den tidligere lovgivning var det den oprindelige bopælsamtskommune, der skulle betale for sine borgeres ophold på institutionen. Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets forståelse, at denne praksis for Sikringsafdelingens vedkommende er fortsat indtil for nylig.

Jeg er enig med Region Sjælland i, at den nuværende ordning ikke er rimelig. Jeg er derfor indstillet på at benytte den hjemmel, loven giver, til at fastsætte en særskilt finansieringsordning for Sikringsafdelingen. Danske Regioner vil naturligvis modtage et udkast til høring på sædvanlig måde.

Jeg vil imidlertid gerne med dette anmode Danske Regioner om særskilt at drøfte og nå indbyrdes enighed om en rimelig ordning for, hvorledes man forholder sig til betalingen i perioden fra kommunalreformen til i dag.

Med venlig hilsen



Bertel Haarder

UDKAST

Til indenrigs- og sundhedsministeren

DANSKE
REGIONER



Dato først efter bestyrelsesmø-
det]

Kære Bertel Haarder

På mødet i Indenrigs- og Sundhedsministeriet den 30. september 2010 drøftede vi blandt andet regeringen og regionernes indsats vedr. afbureaukratisering.

På mødet blev der efterspurgt regionale ønsker til statslige afbureaukratiseringstiltag. Endvidere blev der efterspurgt en mere uddybende beskrivelse af, hvordan regionerne arbejder med lokal afbureaukratisering.

Danske Regioner har i bilag til dette brev vedlagt en række forslag til statslig afbureaukratisering på sundhedsområdet.

Regionerne arbejder aktivt med afbureaukratisering, og har en høj grad af medarbejderinvolvering i denne proces.

Eksempelvis er der i flere regioner opsat postkasser på afdelingerne, hvor medarbejderne kan aflevere deres afbureaukratiseringsforslag – i lighed med Ministerens eget initiativ, ”Væk med bøvlet, Bertel”. Ledelsen i regionerne har forpligtet sig til at tage aktiv stilling til forslagene og vil efter en grundig vurdering gennemføre udvalgte idéforslag.

Endvidere er afbureaukratisering indbygget i alle regioners budgetforlig for 2011.

Af lokale initiativer, der kan understøtte afbureaukratisering kan kort nævnes:

- Standardisering af patientinformation,
- Smidiggørelse af den mellemregionale afregning
- Nye mødebookningssystemer,

- Øget anvendelse og automatisering af arbejdsprocesser ved anvendelse af it-systemer (både administrative og kliniske)
- Kontinuerlig indsats for at forbedre arbejdsgange og arbejdsprocesser.
- Udbygning af rammerne til videokonferencer
- Systematisk brug af fremmødeplanlægning
- Koordinering af juridisk bistand

Ovenstående skal ikke betragtes som en udtømmende liste, og der arbejdes dagligt i regionerne på at finde nye områder, hvor der kan foregå en lokal afbureaukratisering.

Ministeriet har tidligere efterspurgt flere ansøgninger til *udfordringsretten* fra regionerne. Danske Regioner vil gerne kvittere for opfordringen og ønsker også fremadrettet at arbejde konstruktivt med at indsende flere ansøgninger.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at en midlertidig fritagelse for opgaver i nogle tilfælde er mere bureaukratiserende end at fortsætte opgaverne, da en evt. genindførelse vil medføre en stor administrativ indsats. Det er for eksempel gældende for det omkostningsbaserede regnskab.

Desuden har udfordringsretten den begrænsning, at opgaver, der har konsekvenser for mere end én region, ikke kan søges individuelt (som reglerne for udfordringsretten foreskriver).

Et eksempel herpå er afslag på Region Hovedstadens ansøgning til udfordringsretten vedr. *bløderudligningsordningen*. Danske Regioner har i den forbindelse anført bløderudligningsordningen som et generelt område (jf. bilag), der ønskes afbureaukratiseret.

Danske Regioner ser frem til den fortsatte dialog omkring afbureaukratisering, og sekretariatet indgår gerne i drøftelser om de enkelte forslag.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

Carl Holst



[dato først på efter bestyrelsens
møde]

Liste med forslag til statslig afbureaukratisering på det regionale sundhedsområde

(listen angives ikke i en prioriteret rækkefølge)

1. Danske Regioner foreslår en lovændring således, at **bevillingsstyringen og udarbejdelsen af budgetter og regnskaber fremover skal ske udgiftsbaseret**, så der bliver overensstemmelse mellem de rammer, der fastlægges ved økonomiforhandlingerne, og den lokale bevillingsstyring.

Den omkostningsbaserede bevillingsstyring og den tilknyttede rapportering er en betydelig administrativ byrde, da de statslige rammebetingelser ikke er tilpasset til det omkostningsbaserede system. Økonomiaftalerne med staten og opfølgningen herpå er fortsat udgiftsbaserede, og der er ikke låneadgang.

Staten har i et tidligere udvalgsarbejde afvist at tilpasse disse rammebetingelser. Den manglende tilpasning af rammebetingelserne sætter begrænsninger for en optimal anvendelse af systemet i styringsmæssig sammenhæng.

Det medfører også betydelige styringsmæssige problemer og merarbejde, at man skal arbejde med to forskellige begreber, da opfølgningen i forhold til økonomiaftalerne fortsat er udgiftsbaseret. Regionerne har derfor behov for hele tiden at skulle omregne mellem de to begreber, og det er nødvendigt at operere med to forskellige bevillingsbegreber i regionsrådet, hvilket hverken er tilfredsstillende eller hensigtsmæssigt.

2. Danske Regioner foreslår en **ensretning af revisionsinstrukser i de forskellige typer af puljer**

Det er en betydelig administrativ byrde, at der er forskellige revisi-

onsinstrukser i de forskellige typer af pulje – fx sats-puljer. Det betyder, at regionernes egen revision skal være forskellig for hver pulje, og det er unødigt bureaukratisk

3. Danske Regioner foreslår **en screening af al ny lovgivning mv. for unødvendigt bureaukrati**

I lighed med kommunernes område foreslås det, at der indføres en vurdering af de administrative konsekvenser, regionale styringsmæssige konsekvenser samt forslag til forbedring af påtænkte statslige regler og procedurer på det regionale sundhedsområde (en VAKKS på det regionale område).

4. Danske Regioner foreslår **en ændring af afgrænsningscirkulæret**

Afgrænsningscirkulæret har til formål at definere, hvad behandlingsredskaber er, og at afgrænse behandlingsredskaber over for tilgrænsende kategorier af redskaber og hjælpemidler, hvortil udgiften afholdes af andre end regionerne, typisk kommunerne.

Imidlertid er der generelle afgrænsningsproblemer og forståelsesvanskeligheder, som kan besværliggøre det videre samarbejde mellem regioner og kommuner.

5. Danske Regioner foreslår **en fjernelse af bløderudligningsordningen**

Bløderudligningsordningen blev lavet i en tid, hvor der var stor usikkerhed omkring de kommende udgifter til området. I dag er det beskedent, hvor meget udgiften fylder – sammenlignet med andre områder. Det er dermed forbundet med en unødigt administrativ omkostning at skulle budgettere med ordningen hvert år.

6. Danske Regioner foreslår **en undersøgelse af omfanget af genoptræningsplaner**

Da det er en betydelig administrativ byrde at udarbejde genoptræningsplaner, foreslår Danske Regioner, at det skal undersøges, hvordan der på en faglig forsvarlig måde kan laves en begrænsning i de ressourcer, som personalet anvender på området.

7. Danske Regioner foreslår en (fortsat) **centralisering af indberetning af EU-borgere, der er blevet behandlet i det danske sundhedsvæsen**

Det er en kompliceret og meget tidskrævende opgave, der har store administrative omkostninger i de fem regioner. Danske Regioner mener dermed, at det giver god mening, at samle ekspertisen et sted.

8. Det store bureaukrati, der er forbundet med at gennemføre offentlige udbud, er en af de største hindringer for øget konkurrenceudsættelse.

Danske Regioner foreslår, at der arbejdes for **en afbureaukratisering af EU's udbudsregler bl.a. gennem en væsentlig forhøjelse af tærskelværdierne**. Der bør samtidig fokuseres på den danske tilbudslov samt mulighederne for at implementere et mere smidigt klagenævssystem. I forbindelse med udbud bruger den offentlige sektor meget store ressourcer på aktindsigtsbegæringer og klagesager, der er begrundet i juridiske petitesser. Dette er en alvorlig barriere for mere konkurrenceudsætning og et spild af ressourcer.

9. Danske Regioner foreslår, at **ansvaret for kontrol af brugeres ret til at tilgå fællesoffentlige systemer flyttes fra dataejeren til brugerens ansættelsesmyndighed**. Konkret flyttes ansvaret for autentifikation af oplysninger i det fælles medicinkort fra Lægemiddelstyrelsen til regionerne, for så vidt angår regionsansat personale.

10. Regionerne har forsyningspligten til at tilvejebringe tilbud om behandling i praksissektoren. Og de har mulighed for at stille bygninger til rådighed for **sundhedshuse** mv. Men der er lovgivningsmæssige begrænsninger i forhold til regionernes engagement i driften af sådanne tilbud. For eksempel har Region Sjælland i 2010 efter konkret ansøgning fået afslag fra ministeriet på at drifte IT-løsningerne i et sundhedshus.

Den nuværende ordning giver overflødig bureaukrati. For det første fordi det overhovedet er nødvendigt at involvere og ansøge ministeriet i sager, hvor der er fundet effektive løsninger, som forbedrer sundhedstilbuddet til borgerne. For det andet fordi der åbenbart blokeres i sager, hvor regionen har fået en ide, der giver bedre sam-

menhæng i sundhedsvæsnet, mere fleksible organisationsformer og i nogle tilfælde også bedre rekrutteringsmuligheder.

Side 4

11. Danske Regioner foreslår en tilpasning af Sundhedsloven og Persondataloven, så **adgang til sundhedsoplysninger for relevant fagpersonale sikres**. Erfaringerne med at lave NPI (sundhedsoverblik) viser, at sundhedsloven er for restriktiv, hvad angår sundhedspersoners adgang til patientdata. Kun sygehuslæger og sygehusansatte tandlæger må få adgang.

Det er hæmmende for arbejdsgangene, at sygeplejersker ikke har samme rettigheder. I flere tilfælde betyder kombinationen af bestemmelser i sundhedsloven og persondataloven, at end ikke læger har ret til at se patienters journaloplysninger. Der efterlyses også en afklaring af Datatilsynets rolle, idet Datatilsynet ikke ønsker at tage stilling til konkrete henvendelser med henvisning til, at Datatilsynet samtidig fungerer som klageinstans.

12. Danske Regioner foreslår et **generelt afsnit i Sundhedsloven om elektronisk adgang til patientdata**, frem for en række – specifikke love for de enkelte systemer som PEM/FMK/DDV. Det er bureaukratisk at navigere i lovgivningen, hvis man for hver ny løsning laver særregler. Der er brug for generiske regler, som under ét kan give adgang til løsninger som fx NPI, e-journal, FMK etc.

13. Et integreret led i en sygehusbehandling er at forsyne patienter med de redskaber mv., som er en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen, i de tilfælde, hvor der er behov herfor. Disse redskaber mv. kategoriseres som behandlingsredskaber, og udgiften hertil afholdes af regionerne.

Definition af, hvad behandlingsredskaber er, og afgrænsning, hvortil udgiften afholdes af kommunerne, defineres i cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsnet nr. 2 af 21. december 2006.

Der er i henhold til flere konkrete afgørelser ingen tvivl om, at strømforbruget til behandlingsredskaber, der henhører til sygehusbehandlingen, er en regionsudgift.

Praksis af refusion af el til behandlingsredskaber er meget forskellig

fra region til region, men refusion af de strømtunge behandlingsredskaber f.eks. iltkoncentratorer, respiratorer og dialysemaskiner vurderes til at foregå systematisk og korrekt.

Anderledes forholder det sig til de **mindre strømtunge behandlingsredskaber**. Her kan nævnes et stigende krav for refusion af stømforbrug til f.eks. lungebehandlingsudstyr (C-pap, V-pap, Bi-pap el.lign.), fugter, infusionspumpe, elsug og andet udstyr, der kun kræver el i forbindelse med opladning, eller kun anvendes nogle minutter/timer ad gangen.

Det er en administrativ tung og kompliceret byrde, hvis refusion skal udbetales korrekt i forhold til disse mindre redskabers strømforbrug med varieret elpriser og forbrug.

For at afbureaukratisere administrationen **foreslår Danske Regioner, at der indføres en bagatelgrænse**. For eksempel opererer serviceloven med en bagatelgrænse for løbende udgifter på 500 kr.

14. Eksempler på afbureaukratiseringsinitiativer inden for registrering og dokumentation:

- A) Danske Regioner foreslår, at der **fjernes tillægskodning for medicinpræparater**, da det er en dobbeltregistrering, idet det allerede registreres i regionernes egne systemer
- B) Danske Regioner foreslår, at **fjerne registreringen af genoptræningsplaner**, da det ikke er sundhedsfagligt nødvendigt og kun blev indført pga. monitorering af et nyt område
- C) Danske Regioner foreslår at **fjerne indberetningen af aflyste operationer**

Indberetningen af aflyste operationer bliver ikke brugt i regionerne. Regionerne arbejder i dag ud fra lokale systemer – og information omkring aflyste operationer bruges på anden vis, eksempelvis i forbindelse med effektivisering af operationsstuekapacitet.

- D) Danske Regioner foreslår, at **registreringen af, om der er en eller flere behandlere på psykiatriområdet, fjernes**

Baggrunden for dette skyldes, at der er en betydelig administrativ byrde forbundet med registreringen, og at det kun i begrænset omfang bruges.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at registreringen bruges til DRG. Imidlertid er der ikke afregning via DRG-takster på området, og når det ikke engang bruges til produktivitetmålinger – giver det ikke mening at bibeholde registreringen.

- E) Danske Regioner foreslår at **fjerne tidsregistreringen i psykiatrien**

Som ovenstående registrering indebærer denne registrering en betydelig administrativ byrde og bruges kun i begrænset omfang

Endvidere står de to ovenstående registreringer i psykiatrien for 50 procent af alle fejlregistreringer i psykiatrien

- F) Danske Regioner foreslår, at **skadesregistreringen i psykiatrien fjernes**, da det er en betydelig administrativ byrde for regionerne, og endvidere ikke er klart, hvad formålet med registreringen er.

Regionerne har tidligere efterlyst en begrundelse for registrering hos Sundhedsstyrelsen.

- G) Danske Regioner foreslår, at **ventetidsregistreringen forenkles**, så der fx kun er noget, der hedder ventende eller ikke ventende efter patientens ønske.

Registreringen er en betydelig administrativ byrde for regionerne, da det er kompliceret. Endvidere bliver registreringen ikke brugt i Sundhedsstyrelsens opgørelser af erfarede ventetider

- H) Danske Regioner foreslår, at **fysio- og ergoterapiregistreringen forenkles**, da det er en betydelig administrativ byrde for regionerne.

Registreringen indgår allerede i regeringens ”Mere tid til Velfærd”, men er pt. sat på standby pga. ressourcemangel i Sundhedsstyrelsen.

Side 7

- I) Danske Regioner foreslår, **at registreringen af medikamentel behandling forenkles**, da der er en betydelig administrativ byrde forbundet herved. Endvidere er det ikke klinisk meningsfuldt at foretage registreringen, som den er i dag.



11-01-2011

Sag nr. 10/1815

Dokumentnr.

Andreas Guoth Stefansen

Bilag 1. Økonomikursus for regionspolitikere den 30. marts 2011

Regionernes økonomi udgør ca. 23 pct. af det offentlige forbrug. Det er centralt for regionspolitikere at forstå hvilken betydning regionernes samlede økonomi og budgetsamarbejdet mellem regeringen og Danske Regioner har for den førte finanspolitik og det offentlige forbrug.

Formålet med kurset er at give politikere en forståelse for den rolle som regionernes samlede økonomi spiller i velfærdssamfundet samt en forståelse for de redskaber, der kan bruges til at håndtere de fremtidige udfordringer med henblik på ændret finansiering mv. Kurset indeholder ligeledes en indføring i den økonomiske styring og incitamenterne mellem de enkelte niveauer stat og region og mellem region og kommuner såvel som inden for den enkelte region, samt en indføring i DRG-systemet.

Det danske sundhedsvæsen står overfor et stigende antal udgiftspres værende; den demografiske udvikling, øgede krav til behandling og øgede behandlingsmuligheder. Den økonomiske krise og den deraf følgende stramme offentlige udgiftspolitik har aktualiseret udgiftspresene yderligere. Der er derfor behov for, at regionspolitikere er klædt på til en debat omkring en eventuel ændret finansiering af sundhedsvæsenet, som stadig understøtter et sundhedsvæsen, der er omkostningseffektivt, hvor der fortsat er lighed, hvor der tilskyndes til øget kvalitet og hvor behandlingerne har den ønskede effekt.

På den baggrund har Danske Regioner, på foranledning af Demokratiudvalget, arrangeret et økonomikursus for samtlige regionspolitikere.

Økonomikursus

Kurset vil blive afholdt den 30. marts 2011 (uge 13) fra kl. 10.00 - 15.00 i Regionernes hus i København. Der forventes 4 sessioner.

Indholdet på kurset

Side 2

I udgangspunktet arbejdes der med 4 sessioner (a, b, c og d).

- a. Generelt oplæg om samfundsøkonomien og offentlig økonomi generelt (velfærdsøkonomi). Her skal den rolle, som den regionale økonomi spiller i det offentlige forbrug, synliggøres for deltagerne, samt hvilke konsekvenser det har, hvis den vokser/minimeres set i forhold til de finanspolitiske konsekvenser. Herunder en indføring i aftalesystemet og budgetsamarbejdet mellem Danske Regioner og regeringen. Indholdet skal linkes til det offentlige forbrug og aftalesystemets funktion som finanspolitisk instrument og institution. Oplægget skal berøre de økonomiske incitament, der ligger i budgetsamarbejdet og mellem stat og region. Efterfølgende redegøres der for regionernes finansiering, herunder bloktilskuddet og dets kriterier samt de incitament, der ligger forankret mellem region og kommune. Afslutningsvis perspektiveres til det finansieringsgab, der er fremadrettet for det offentlige danske sundhedsvæsen samt de mulige håndtag som politikerne kan anvende for at imødegå dette, eksempelvis i form af brugerbetaling, forsikringsfinansiering mv.
- b. Her skal den samlede udgiftsramme for regionerne kobles til budgetlægningen i den enkelte region. Den økonomiske styring af regionernes ansvarsområder skal synliggøres. Oplægget vil gennemgå områderne:
 - a. Praksissektoren
 - b. Sygehusvæsenet
 - c. Regional Udvikling

Derudover vil udfordringerne og mulighederne med de økonomiske rammer, der er til rådighed for de enkelte områder, blive anskueliggjort.
- c. Her vil DRG-systemets opbygning blive gennemgået for at vise deltagerne, hvorledes at systemet er konstrueret.
- d. Stort set alle andre europæiske lande står i den samme situation som det danske sundhedsvæsen. Det vil sige, at de er underlagt en stram udgiftspolitik og der er markante faktorer, såsom teknologisk udvikling, øget velstand og en demografisk udvikling, der driver sundhedsudgifterne op. Derfor søges der inspiration ude fra for at se,

hvordan man i udlandet arbejder strategisk med kvalitet og økonomi, og sørger for at begrænse væksten i sundhedsudgifterne, ved at give den rigtige behandling første gang.

Side 3

Foreløbigt program

Tabel 1. Udkast til program den 30. marts 2011 kl. 10.00 – 15.00

Tidsplan	Indhold
<i>Velkomst</i>	
Session a Regionernes rolle i samfundsøkonomien ved Torben M Andersen (Aarhus Universitet).	Andelen af det offentlige forbrug og konsekvenser deraf. Budgetsamarbejdet som finanspolitisk instrument og incitamenterne mellem stat og region samt region og kommune. Herunder beskrives regionernes nuværende finansiering samt forventningerne om den ændrede finansiering fremadrettet.
Session b Den økonomiske styring ved Kristian Heunicke (Danske Regioner).	Koblingen af den aftalte udgiftsramme for regionerne til de enkelte delområder: <ul style="list-style-type: none"> • Sygehusvæsenet • Praksissektoren • Regional udvikling <p>Udfordringerne og mulighederne i forhold til den økonomiske styring præsenteres.</p>
<i>Frokost i Regionernes Hus</i>	
Session c DRG-systemet ved Malene Højsted Kristensen (Danske Regioner).	DRG-systemets opbygning og konstruktion.
<i>Kaffepause</i>	
Session d Økonomi og Kvalitet ved Gerry Marr (NHS Tayside Skotland) (<i>tentativt</i>).	Inspiration fra Skotland hvor der arbejdes målrettet og strategisk i stor skala med at tænke kvalitetsudvikling og økonomi sammen.
<i>Afslutning</i>	

Økonomi

Side 4

Der forudsættes deltagergebyr, på ca. 700-800 kr. Gebyret dækker over udgifter til oplægsholdere, forplejning og konferencefaciliteter i Regionernes Hus, kursusmateriale mv.



10-01-2011

Sag nr. 10/220

Dokumentnr. 1216/11

PMO/MBL/ABP/MBH

Tel. 35 29 82 05

E-mail: Pmo@regioner.dk

Notat om aftalen med PLO

Der er den 21-12-2010 indgået aftale om en ny to-årig overenskomst for de praktiserende læger¹.

Aftalen er samtidig afslutningen på et forhandlingsforløb, der blev indledt i 2008. Den nye overenskomst er toårig og træder i kraft 01-04-2011.

Aftalen tager afsæt i, at de praktiserende læger udgør en hjørnesten i det danske sundhedsvæsen som borgernes hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet. De praktiserende læger udfylder også roller som generalist og tovholder og er dermed ansvarlige for at sikre overblik og kontinuitet i patientforløbet.

Økonomi

Der er med aftalen sikret, at udgifterne stiger i en væsentlig afdæmpet takt i forhold til hidtil og i forhold til en situation uden ny overenskomst. Som noget helt nyt er der indført en kollektiv mekanisme i form af et økonomi-protokollat, som sikrer en økonomisk sanktion, hvis udgifterne overstiger den aftalte økonomiske ramme. Sanktionen indebærer, at lægerne ikke får reguleret deres honorarer med pris- og lønudviklingen, indtil en eventuel rammeoverskridelse er indhentet.

Med aftalen forhøjes de praktiserende lægers basishonorering med 75 millioner kr. pr. 1. april 2011 og yderligere 50 millioner kr. pr. 1. april 2012, hvilket afspejler øgede forpligtelser og flere opgaver i forhold til patienter med kroniske sygdomme samt nye opgaver vedrørende IT og kvalitetsområdet. Denne forhøjelse svarer til en vækst på 1,0 procent det første år og 0,7 procent i 2012.

¹ Forhandlingsaftalen ligger på Danske Regioners hjemmeside under rubrikken "nyheder".

Derudover er det aftalt, at udgifterne til praktiserende læger kan stige med 106 millioner kr. i det første overenskomstår fra 1. april 2011 og yderligere 108 millioner kr. i andet overenskomstår fra 1. april 2012 som følge af øget aktivitet. Det svarer til 1,5 procent årligt.

De to ovenfor nævnte økonomiske forhold indgår i den økonomiske ramme på området. Hvis rammen overstiges, træder det omtalte økonomiprokollat i kraft. Der er således plads til en udgiftsstigning på gennemsnitligt set 170 mio. kr. årligt. Til sammenligning er regionernes udgifter til almen praksis steget med i gennemsnit 400 millioner om året i seneste overenskomstperiode (2006-2009).

Det er endvidere aftalt, at der skal ske en omlægning af honorarsystemet. Det er både for i højere grad at understøtte kvalitet frem for kvantitet og for bedre at understøtte øvrige sundhedspolitiske målsætninger. Der igangsættes derfor et fælles honorarprojekt, som i løbet af 2011 skal udarbejde et forslag til et nyt honorarsystem med henblik på implementering ved den næste overenskomstforhandling.

Derudover er der aftalt en række ændringer, som har indflydelse på afregning af ydelser og lægernes brug af disse:

E-mail konsultation bliver 10 kroner billigere fremover, og de midler, som frigives ved omlægningen, flyttes til basishonoraret. Fremtidige aktivitetsstigninger bliver således 20 pct. billigere end hidtil. E-mail konsultationer er steget væsentlig de seneste år. Det skønnes, at der bliver lagt 25 mio. kr. over i basishonoraret. Beløbet opgøres dog først endeligt, når udgifterne i 2010 er opgjort.

Ydelsen samtaleterapi bliver en grundydelse under overenskomsten. Derudover skæres ydelsen til, så den kan anvendes i færre tilfælde end hidtil. F.eks. kan den kun anvendes som led i et forløb, og lægerne skal kunne dokumentere deres kvalifikationer på området, hvis regionen spørger. Derudover kan lægerne ikke opkræve ydelsen sammen med en konsultationsydelse. Her har Region Midtjylland f.eks. registreret, at 20 procent af ydelserne kombineres med en almindelig konsultation.

Den relativt dyre ydelse forebyggelseskonsultation (0106) afskaffes, og de frigivne midler lægges over i basishonoraret. Fremover skal disse besøg hos lægen afregnes som en almindelig konsultation. Det skønnes, at der bliver

lagt 89 mio. kr. over i basishonoraret (beløbet opgøres endeligt på baggrund af 2010-niveau).

Side 3

Der vil som hidtil være mulighed for at anvende ydelserne opsøgende hjemmebesøg for ældre (ydelse 2305) og supplerende specifik forebyggelse (ydelse 2304) til patienter med kronisk sygdom. Der er dog foretaget en opstramning af ydelse 2304. F.eks. kan den kun foretages af en læge og ikke praksispersonalet. Og den kan kun anvendes på kronikergrupper, hvis det indgår i forløbsprogrammerne, at der bør foretages en årskontrol. Det er endvidere tilføjet i overenskomsten, at RLTN kan opsigte ydelserne i forbindelse med en genforhandling af overenskomsten.

Endelig er det aftalt, at der overføres 30 mio. kroner fra den nedlagte Amanuensisfond til Kvalitets- og Informatikfonden (KIF). Der skal ske en nærmere aftale om udmøntning af midlerne i KIF-fonden, men det er aftalt, at midlerne bl.a. skal finansiere:

- Tilskud til de praktiserende læger på 7.500 kr. til udgifter til etablering af datafangst og 2.500 kr. til tilskud til udgifter vedr. installation af Fælles Medicinkort.
- Fonden medfinansierer etablering af p-journal med 2,0 mio. kr.
- Færdiggørelse af Danpep 2.0 (1,0 mio. kroner)

Da midlerne hentes fra allerede afsatte midler, påvirker initiativerne ikke det samlede udgiftsniveau, herunder regionernes indbetalinger på området.

Med aftalen opnås produktivtetsgevinst gennem flere af initiativerne. Ved at honoraret for e-mail konsultationer nedsættes og fremtidige stigninger bliver billigere. Ved at en del af den målrettede forebyggelsesindsats er finansieret inden for basishonoraret frem for ved øget ydeshonorering. Ved at ydelsen samtalerterapi skæres til. Derudover er der en potentiel produktivtetsgevinst gennem økonomiprotokollatet, hvis rammen overskrides, idet lægerne således ikke får udmøntet pris- og lønstigninger.

Forbedret indsats for kronikere

Almen praksis varetager allerede i dag i vid udstrækning behandling og kontrol af patienter med kronisk sygdom. Der er imidlertid faglig konsensus om, at almen praksis mere systematisk skal behandle denne patientgruppe i proaktive og planlagte forløb og med fokus på patienternes egenomsorg.

Den nye overenskomst indeholder tre elementer, der samlet set bidrager til at realisere den overordnede vision for kronikeromsorgen:

- Almen praksis følger forløbsprogrammer m.m.
- Alle almen praksis anvender understøttende IT-værktøjer
- Incitamenter understøtter kronikeromsorgen

Almen praksis følger forløbsprogrammer mm.

Med den nye overenskomst påtager almen praksis sig et ansvar for at bidrage til at skabe sammenhængende patientforløb. Almen praksis forpligter sig til at følge de forløbsprogrammer for kronisk sygdom, hvor det er præciseret, hvilke opgaver almen praksis har ansvaret for på patientens vej gennem sundhedsvæsenet.

En ny form for lokale aftaler (udmøntningsaftaler) skal udmønte aftaler om samarbejde og arbejdsdeling, hvor almen praksis har en rolle. Det kan f.eks. være sundhedsaftaler, aftaler om pakkeforløb mm. Alle praktiserende læger vil være omfattet af aftalen med mindre andet er angivet. Den nye aftaleform betyder bl.a. også, at det er muligt at håndhæve udmøntningsaftalerne ved at bringe overenskomstens sanktionsmuligheder i spil.

Alle almen praksis anvender understøttende IT-værktøjer

Med aftalen vil alle almen praksis fremover bruge IT-værktøjer til at skabe overblik og monitorere helbredstilstanden hos patienter med kronisk sygdom.

De praktiserende læger vil med aftalen være forpligtet til at diagnosekode en række kroniske lidelser og anvende det såkaldte datafangst-modul. Det er redskaber, der understøtter den faglige udvikling af almen praksis, herunder at følge kliniske retningslinjer.

Via tilbagemeldinger fra Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) får lægen en status på sine egne patienter og mulighed for at sammenligne egen performance i forhold til andre læger. Dermed får lægen datagrundlag for at udvikle kvaliteten i egen praksis.

Og endelig vil de praktiserende læger anvende det Fælles Medicin Kort (FMK), der giver lægen et samlet overblik over patientens medicinering – også medicin udskrevet fra ambulatorier, speciallæger og sygehuse. Det Fælles Medicin Kort understøtter lægens rolle som tovholder for patienten, hvilket er særligt nødvendigt for patienter med kronisk sygdom, som ofte er i kontakt med forskellige dele af sundhedsvæsenet.

For kroniske patienter betyder redskaberne samlet set, at lægen understøttes i at tage et ansvar for sine tilmeldte patienter. Det giver lægen mulighed for løbende at følge patienternes helbredstilstand og kunne agere proaktivt og give den rette behandling til den rette tid. Endvidere bidrager aftalen til øget dokumentation for de faglige aktiviteter i almen praksis.

Incitamenter understøtter kronikeromsorgen

Kronikeromsorgen er en hel basal del af den praktiserende læges opgaver, og for regionerne har det været vigtigt at pointere, at der ikke er tale om en ny opgave for almen praksis.

Honorarsystemets indretning er et af de instrumenter, der kan anvendes som incitamentsstyring. I aftalen er det aftalt at arbejde hen imod et nyt honorarsystem, hvor incitamentsstrukturen drejes bort fra kvantitativt fokus på enkelttydelser og honorering pr. tidsenhed. En ny incitamentsstruktur skal i højere grad understøtte bl.a. kronikeromsorgen med fokus på faglig kvalitet og dokumentation og sammenhængende patientforløb.

Kvalitetsudvikling og IT

Almen praksis er en integreret del af sundhedsvæsenet og skal som sådan indgå i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). RLTN og PLO er enige om at bede IKAS – i fællesskab med overenskomstens parter – udarbejde et forslag til koncept for udvikling af standarder og survey-koncept til DDKM for Almen Praksis. Der stræbes mod pilotafprøvning af en samlet kvalitetsmodel for almen praksis i løbet af overenskomstperioden med henblik på, at en anvendelig kvalitetsmodel kan implementeres i forbindelse med næstkommende overenskomstfornyelse.

Praktiserende læger skal arbejde med patientoplevelset kvalitet ved at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser mindst hvert tredje år. Lægen kan vælge at benytte det eksisterende DANPEP-koncept eller et andet relevant koncept.

Der nedsættes et fælles samarbejdsudvalg for IT i almen praksis, der har til formål at koordinere, prioritere og facilitere udviklingen af IT anvendelsen i almen praksis. I overenskomstperioden vil der være særligt fokus på implementering af datafangst, ICPC-kodning og det fælles medicinkort.

Desuden indebærer aftalen, at patientjournal-data fra almen praksis gøres tilgængelig for det øvrige sundhedsvæsen med udgangen af 2011. Endvide-

re bliver de praktiserende læger med aftalen forpligtet til at anvende digital dokumentboks, hvor hver lægepraksis opretter en officiel og åben mailboks, hvortil offentlige myndigheder såsom kommune, regioner m.fl. kan sende officielt elektronisk post.

Lægedækning og planlægningskompetence

I de senere år har det været en stigende udfordring med at sikre lægedækning, især i yderområder. Disse problemer kan forstærkes i de kommende år, hvis flere læger går på pension, og hvis efterspørgselen efter tilbuddene i almen praksis fortsat stiger.

Der er enighed om, at et af elementerne i en bedre lægedækning kan være et højere gennemsnitligt antal tilmeldte patienter, men PLO kunne ikke acceptere en tvangsmæssig forhøjelse af normtallet på 1600 patienter pr. lægekapatitet. Der er aftalt en række nye tiltag, som kan bidrage til løsning af konkrete lægedækningsproblemer. Flere af tiltagene forbedrer chancerne for, at lægerne får flere patienter tilknyttet uden at der sker en tvangsmæssig forhøjelse af normtallet.

Det drejer sig om følgende initiativer:

- Regionernes planlægningsmuligheder er blevet styrket, således at de fremover får rådighed over nye og ledigblevne ydernumre for bedre at kunne understøtte den overordnede sundhedsplanlægning i regionen. Derved forbedres chancen for at realisere de regionale praksisplaner, og for at der kan oprettes nye, attraktive lægeklinikker og sundhedshuse. Det var en forudsætning for PLO, at regionens anvendelse af planlægningskompetencen kan ankes til Landssamarbejdsudvalget (LSU), hvis den er til væsentlig ulempe for lægerne i området, og at regionens beslutning først er endelig, når den er tiltrådt af LSU. LSU's kompetence til at omgøre regionernes anvendelse af planlægningskompetencen evalueres inden næste genforhandling af aftalen.
- Hvis der ikke kan skaffes tilstrækkelig kapacitet hos de praktiserende læger, til at alle borgere kan blive tilmeldt en læge, får regionen en ny handlemulighed. PLO har anerkendt i den nye overenskomst, at regionen kan etablere en regionsklinik, hvis det ikke er muligt at sikre lægedækningen på anden vis. Senest efter 2 år skal regionen afsøge muligheden for at erstatte tilbuddet med en løsning på almindelige overenskomstmæssige vilkår. Det har været vigtigt for

Danske Regioner, at regionerne kan anvende denne alternative løsning, hvis den aftale, man evt. kan opnå med de praktiserende læger ikke er tilstrækkelig attraktiv, f. eks. hvis den skønnes at blive for dyr.

- I områder med lægemangel ophæves kilometergrænsen, og regionen vil kunne tilbyde patienterne en læge, der praktiserer længere væk end 15 kilometer, forudsat lægen har åbent for patienttilgang. I så fald skal patienterne informeres om, at de ikke har krav på sygebesøg fra lægen, og at regionen stiller sygebesøgstilbud eller transportordning til rådighed.
- Lægedækningsberegningen ændres, så der ikke længere automatisk udløses nye ydernumre i områder med befolkningstilvækst. Fremover vil der kun blive udløst nye ydernumre i områder, hvor der mangler kapacitet. Det skaber grundlag for, at lægerne kan udvide deres praksis, så der gennemsnitligt set er tilmeldt flere patienter pr. læge. Derved kan lægens og personalets tid blive udnyttet bedre, og det kan presse lægerne til at søge mod områder med kapacitetsmangel. Derved øges chancen for, at ydernumrene kan besættes de steder, hvor behovet er størst, f.eks. i udkantsområder.
- Hvis det er fastsat i praksisudviklingsplanen, at der skal være en lægeklinik i en bestemt by eller lokalområde i en kommune, er der fremover bedre mulighed for at sikre, at lægen skal praktisere netop dér. Det kan blandt andet sikres ved, at ydernummeret kobles til en bestemt fysisk lokalitet, så lægen ikke kan flytte i op til 10 år, eller at ydernummeret tildes ”på licens”, dvs. til lægen personligt uden mulighed for videresalg. En forudsætning for at anvende disse muligheder er, at regionen eller kommunen stiller lokaler til rådighed for lægen. Derudover kan tildeling af nyt ydernummer på almindelige vilkår gøres betinget af, at nedsættelse sker i et nærmere afgrænset geografisk område, hvis det er begrundet i praksisudviklingsplanen.
- Der åbnes også mulighed for, at en lægepraksis kan få tilladelse til at åbne et ekstra konsultationssted i form af en ”satellit-praksis”. Denne løsning kan være relevant i landsbyer og andre steder, hvor der ikke er grundlag for at drive en almindelig praksis, eller hvor det ikke er muligt at rekruttere en praktiserende læge, der ønsker at etablere en selvstændig praksis.

- Mange yngre læger ønsker at kunne arbejde som ansat i en almen praksis i en periode før de evt. selv bestemmer sig for at investere i deres egen klinik. Der bliver fremover mulighed for, at læger med speciale i almen medicin kan ansættes til at arbejde som praktiserende læge på ubestemt tid.

Aftalen omfatter også den situation, hvor en læge må lukke sin praksis uden at det har været muligt at finde en afløser. Ophør skal varsles i god tid, så samarbejdsudvalget og regionen har mulighed for at tilvejebringe den nødvendige kapacitet, enten hos den ophørende læges kolleger, via opslag af ydernummeret eller via en regionsklinik.

Akutområdet og lægevagten

Med aftalen har RLTN og PLO udstukket retningen for udviklingen af lægevagten. Der er enighed om, at anbefalingerne fra Udvalget om det præ-hospitale akutberedskab skal søges indfriet ved samarbejde mellem de praktiserende læger og de enkelte regioner. PLO har tilkendegivet, at dette dog ikke gælder anbefalingen vedrørende fælles regional ledelse af lægevagten.

Hermed bevares den nuværende kollektive forpligtelse til at deltage i lægevagten.

Fremdriften i forhold til udvalgets anbefalinger evalueres mellem parterne i forbindelse med næste overenskomstforhandling.

Regionerne kan gå videre med at udvikle deres akutberedskab og etablere et enstrengt system. Hvis der viser sig behov for nye organiseringsformer, der ikke kan rummes inden for overenskomsten, har regionerne allerede i dag mulighed for at opsige de nuværende bestemmelser om lægevagten og etablere en alternativ ordning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
primsund@im.dk

DANSKE
REGIONER



26-11-2010

Sag nr. 10/2305

Danske Regioner har modtaget forslag til lov om ændring af apotekerloven i høring. Vi har følgende bemærkninger til lovforslaget, idet vi dog skal bemærke, at høringssvaret endnu ikke har været drøftet på politisk niveau. Der tages derfor forbehold for eventuelle bemærkninger, som måtte fremkomme under den politiske behandling.

Ophævelse af det naturlige forsyningsområde

Danske Regioner finder det positivt, at lovforslaget lægger op til øget konkurrence på apotekerområdet.

Foreningen finder det imidlertid vigtigt, at Lægemiddelstyrelsen fortsat overvåger og sikrer forsyningssikkerheden.

Videregivelse af oplysninger fra Lægemiddelstatistikregisteret

Danske Regioner hilser forslaget velkommen, idet forslaget må anses som en forbedring af mulighederne for at følge, monitorere og optimere medicinordinationerne.

Det er dog væsentligt, men fremgår ikke af lovændringen, at apotekerne også forpligtiges til at levere patientens CPR-nr. direkte til regionerne via afregningsdata på det lægemiddelsortiment, der ikke gives tilskud til. I dag modtager regionerne kun CPR-nr. på lægemidler solgt med tilskud.

Kun hvis regionerne får adgang til CPR-nr. for salg af både tilskudsberettiget og ikke-tilskudsberettiget medicin, kan de regionale lægemiddelkonsulenter - jf. bestemmelsen i § 12D, Anmærkning II, side 20-21 i Landsoverenskomsten om almen lægegering mellem SFU og PLO, april 2006 - bidrage til kvalitetsudvikling i almen praksis ved at udarbejde statistik om

lægemiddelanvendelsen ud fra de ordinationsdata, som indberettes af apotekerne.

Side 2

Vi finder det således ikke tilstrækkeligt, at Lægemiddelstyrelsen nu får adgang til at videregive oplysninger til bl.a. regionerne.

Det skyldes for det første, at lægemiddelstatistikregisteret ikke indeholder alle de oplysninger, som er nødvendige for regionerne. I dag samkører CSC data fra apotekerne med Lægemiddelstyrelsens varemater, CPR-registeret og regionernes yderregister.

For det andet er der i dag flere måneders forsinkelse på de data, regionerne modtager fra Lægemiddelstyrelsen, hvilket ikke er hensigtsmæssigt i forhold til regionernes udarbejdelse af statistikker. Endvidere kan CSC (som modtager ordinationsdata fra apotekerne) levere øjeblikkelige datasvar på regionernes forespørgsler. Hvis dataforespørgslen rettes til Lægemiddelstyrelsen, går der normalt mindst en måned, før regionen har svaret.

Det er glædeligt, at data fra receptserveren kan bruges og kobles med data fra f.eks. diagnoseregistret. Det er regionernes håb, at data også kan bruges til kvalitetsovervågning inkl. overvågning af patientsikkerhed og bivirkninger - f.eks. hæmmoragi hos patienter i Marevan behandling, infektioner hos patienter i methotrexat behandling, methotrexat ordineret med daglig dosering, samt indlæggelser med mavesår hos patienter i behandling med receptudstedt NSAID.

Forhandling af magistrelle lægemidler i nødsituationer

Danske Regioner er enige i, at det af forsyningsmæssige hensyn er fornuftigt, at sygehusapoteker kan levere lægemidler til primærsektoren. Vi gør dog opmærksom på, at der er særlige patientsikkerhedsmæssige problemer forbundet med magistrelle produkter, idet mulighederne for at differentiere emballager er begrænsede i små virksomheder. Der kan derfor let opstå risiko for visuelle forvekslinger. Eksempelvis er det en kendt sag, at der er sket visuelle forvekslinger på hospitaler med produkter fra Glostrup Apotek og Skanderborg Apotek.

Regler om on-line forhandling og forsendelse af lægemidler

Ved ekspeditionen bør det sikres, at der i forhold til information og rådgivning gives den samme information, som hvis kunden havde hentet medicinen på apoteket. Det hilses velkomment, at der sker en styrkelse af indsæt-

sen i forhold til e-handel med lægemidler, herunder specielt ulovlige lægemidler.

Side 3

Danske Regioner finder det rimeligt, at borgerne kan købe lægemidler på nettet. Der er dog tale om en så stor ændring af hidtidig praksis omkring udlevering af lægemidler, at der bør gennemføres en proaktiv analyse af risici. Levering af lægemidler pr. bud eller levering i apoteksudsalg kan i et vist omfang sammenlignes med net-handlen – i al fald er der ingen rådgivning eller sekundær kontrol forbundet med udleveringen, og vi er fra projekter bekendt med, at disse udleveringsformer har medført fejl, f.eks. fra projektet ”Apotekets forebyggelse af Fejl” fra 2006.

Kobling, blanding og opløsning af lægemidler på sygehusapoteker

Der benyttes følgende formulering i forslaget til ny § 56 stk. 3: Sygehusapoteker kan foretage kobling, blanding og opløsning til den enkelte navngivne patient af lægemidler, hvortil der er udstedt en markedsføringstilladelse. I forslaget til ny § 56 stk. 5 fremgår, at de i stk. 3 nævnte lægemidler vil kunne forhandles til andre sygehusapoteker.

Der er ikke sammenhæng imellem, at der for de i § 56 stk. 3 nævnte lægemidler stilles krav om fremstilling til den enkelte navngivne patient, samtidig med at der i § 56 stk. 5 gives adgang til, at lægemidlerne kan forhandles til andre sygehusapoteker.

I stedet foreslås følgende formulering af § 56 stk. 3: Sygehusapoteker kan foretage kobling, blanding og opløsning af lægemidler, hvortil der er udstedt en markedsføringstilladelse.

Ændringsforslaget skal ses i sammenhæng med, at der i § 56 stk. 4 er etableret adgang for Lægemiddelstyrelsen til at fastsætte nærmere regler for de i § 56 stk. 3 nævnte aktiviteter.

Øvrige bemærkninger

Danske Regioner bemærker i øvrigt, at man i apotekerloven bør sikre, at apotekerne omfattes af reglerne om habilitet, da apotekerne vejleder borgerne omkring valg af håndkøbsmedicin.

Med venlig hilsen

Tommy Kjelsgaard

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
primsund@im.dk

DANSKE
REGIONER



26-11-2010

Sag nr. 10/2298

Dokumentnr.

Thomas Birk Andersen

Tel. 3529 8270

E-mail: Tad@regioner.dk

Høringssvar vedrørende forslag om ændring af lægemiddelloven mv.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har med brev af 9. november 2010 fremsendt udkast til ændring af lov om lægemidler og lov om medicinsk udstyr i høring. Med lovforslaget sættes fokus på den illegale distribution af lægemidler, idet der foreslås initiativer, der har til formål at forhindre eller begrænse forekomsten af ulovlige lægemidler mv.

Det kan oplyses, at Danske Regioner kan støtte initiativerne til en øget indsats af kontrolindsatsen i forhold til at forhindre og begrænse forekomsten af ulovlige lægemidler.

Danske Regioner tager til efterretning, at personkredsen, hvor det er tilladt at reklamere for receptpligtig medicin, udvides med yderligere fire faggrupper.

Det skal afslutningsvist nævnes, at høringssvaret er afgivet med forbehold for eventuelle politiske bemærkninger.

Med venlig hilsen

Tommy Kjelsgaard

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

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



11-01-2011

Sag nr. 09/2069

Dokumentnr. 1462/11

Eva M. Weinreich-Jensen

Tel. 35 29 84 15

E-mail: Ewj@regioner.dk

Bilag: Budget for Borgertopmøderne 2011
(Alle priser er inkl. moms)

	Pris	Pris (efter nedslag i overhead)
Teknologirådet (TR) - honorar* :		
I alt (Teknologirådet):	2.259.800	1.875.000
<hr/>		
Øvrige udgifter (TR udlæg):		
Personudtræk til invitation:	~	87.500
Topmødeguides honorar:	~	137.500
IT-support:	~	62.500
Elektronisk afstemning:	~	406.250
Dækning af deltagertransport:	~	125.000
Gratis bustransport:	~	218.750
Rejseomkostninger og ophold	~	40.000
Eventuelle udgifter til betaling af handicapshjælper til borger, døvetolkning eller andre uforudsete udgifter (tillæg på 7%):	~	75.425
I alt:	~	1.152.925
<hr/>		
Øvrige udgifter:		
Fire små film, debatoplæg, flyer og opsamlingsfilm	~	340.250
Intern trykning - i alt	~	84.000
- Intern trykning - debatoplæg	~	32.000
- Intern trykning - Flyers	~	52.000
Change Pilot (Udvikling af visionsspil, materialer, facilitator, mm.)	~	195.000
	~	
I alt (øvrige udgifter):	~	619.250
<hr/>		
I alt (TR-honorar, TR-udlæg og øvrige udgifter):	~	3.647.175

*Teknologirådet er fagligt ansvarlig for at planlægge, koordinere og gennemføre de fem borgertopmøder. Det indebærer, at Teknologirådet udarbejder alle oplæg til indhold, film, invitationer, varetager al deltager administration (bekræftelsesbreve, opfølgingsbreve, planlægning af gratis bustransport i alle regioner, refusion af transportomkostninger mm.),

udvikler relevante web-værktøjer til offentliggørelse af borgernes resultater i løbet af topmøderne, står for den tekniske koordinering af afstemningsteknik mm., og efterfølgende udarbejder den samlede dokumentationsrapport om forløbet.

Side 2

RAPPORT OM SNITFLADER MELLEM SOCIAL- OG SUNDHEDSOMRÅDET

- MEDICINHÅNDBLING OG (GENOP)TRÆNING

RAPPORT AF: SOCIALMINISTERIET, INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET, KL OG DANSKE REGIONER
NOVEMBER 2010

KOLOFON

Af Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner

November 2010

ISBN:[xxx-xx-xxxxx-xx-x]

Illustrationer: [xxx]

Socialministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
T: 33 92 93 00

INDHOLD

DEL I - Indledning	4
1. Indledning.....	4
2. Kommissorium	5
2.1. Baggrund	6
2.1.1. Medicinhåndtering.....	6
2.1.2. Træningsområdet.....	6
3. Afgrænsning og definitioner	8
3.1. Rapportens genstandsfelt.....	8
3.1.1. Medicinhåndtering.....	8
3.1.2. Træningsområdet.....	8
3.2. Definition af snitfladeproblematikker.....	9
DEL II - Medicinhåndtering	11
4. Involverede parter på området for medicinhåndtering	11
5. regelgennemgang på området for medicinhåndtering	11
6. Arbejdsgruppens vurdering.....	14
Del III – Træningsområdet	18
7. Regler og målgrupper på træningsområdet.....	18
DEL IV - Løsningsmodeller på træningsområdet	22
8. Analyse af løsningsmodeller til mindskelse af snitflader.....	22
8.1. Snitflader mellem sundheds- og servicelov	22
8.1.1. Analyse af mulige løsningsmodeller	24
8.1.2. Arbejdsgruppens vurdering.....	32
8.1.3. Andre snitfladeproblematikker mellem serviceloven og sundhedsloven	34
8.1.4. Arbejdsgruppens vurdering	36
8.2. Mindskelse af snitflader i tilknyttede rettigheder.....	37
8.2.1. Analyse af mulige løsningsmodeller	37
8.2.2. Arbejdsgruppens vurdering	38
8.3. Snitflader i sundhedsloven.....	38
8.3.1. Analyse af mulige løsningsmodeller	38
8.3.2. Arbejdsgruppens vurdering	40
8.4. Snitflader i serviceloven.....	40
8.4.1. Analyse af mulige løsningsmodeller	40
8.4.2. Arbejdsgruppens vurdering	44
DEL V - Indstillinger	46
9. Indstilling vedrørende regelforenkling på området for medicinhåndtering.....	46
10. Indstilling vedrørende regelforenkling på træningsområdet	47
Bilag 1: Uddybet målgruppeoverigt	52
Bilag 2: Uddybet regelgennemgang på træningsområdet	56
Bilag 3: Tilknyttede rettigheder	70

DEL I - INDLEDNING

1. INDLEDNING

Som led i kvalitetsreformen har regeringen igangsat en regelforenklingsproces i den offentlige sektor. Indsatsen dækker kommuner, regioner og statslige myndigheder og skal bl.a. give medarbejdere og ledere mere enkle og tydelige rammer for det arbejde, der skal udføres.

På sundhedsområdet og det sociale område er der en række bestemmelser, hvor opgavevaretagelsen supplerer og grænser op til hinanden, og hvor der i forhold til enkelte bestemmelser kan være tale om potentielle snitfladeproblematikker. Det gælder bl.a. i forhold til træningsområdet, hvor der er bestemmelser om kommunal genoptræning i både serviceloven og sundhedsloven, og det gælder i forhold til medicin håndtering i forskellige boformer med tilknyttet hjælp som fx botilbud og plejeboliger.

I de scanninger, der blev foretaget med henblik på at afdække mulige afbureaukratiseringstiltag på det sociale område, fremkom der således både forslag om regelforenklings i forhold til bestemmelser i serviceloven på træningsområdet (jf. forslag 36) og i forhold til regelforenklings på tværs af serviceloven og sundhedslovens bestemmelser på genoptræningsområdet (jf. forslag 48), samt i forhold til bestemmelser med relation til medicin håndtering (jf. forslag 49) (Afbureaukratisering og regelforenklings på det sociale område, Deloitte Business Consulting 2008). I 2009 kom KL også med en række forslag til forenkling, herunder forslag om at samle genoptræning og vedligeholdelsestræning i én lovgivning med henblik på at sikre større sammenhæng på området (KL's forenklingskatalog, 2009).

Med det formål at undersøge mulighederne for at reducere eventuelle snitfladeproblematikker ved at se på mulige forenklinger af de gældende regler samt øget understøttelse/tydeliggørelse af eller afbureaukratisering i forhold til de eksisterende regler, blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af Socialministeriet (formand), Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner.

I denne rapport præsenteres resultaterne af en analyse af det nuværende regelgrundlag for træning og medicin håndtering på social- og sundhedsområdet samt en vurdering af regelforenklingsmulighederne både på tværs af de to lovområder og inden for hvert af de to områder. Formålet har været at identificere eventuelle snitfladeproblematikker på trænings- og medicin håndteringsområdet samt at opstille konkrete regelforenklingsforslag til mulig mindskelse af eventuelle snitfladeproblematikker og/eller øget understøttelse/tydeliggørelse af det eksisterende regelsæt på henholdsvis det sociale område og sundhedsområdet.

Rapportens analyser tager afsæt i gældende regler efter serviceloven og sundhedsloven.

Det skal bemærkes, at træningsbestemmelserne på social- og sundhedsområdet ikke står alene, men i praksis udmøntes i sammenhæng med bestemmelser på andre lovområder, der også giver adgang til træning. Det drejer sig primært om træning efter undervisnings- og beskæftigelseslovgivningen. Disse inddrages ikke i nærværende rapport, der, i overensstemmelse med ønsker til regelforenklings i scanningskataloget, alene behandler træningsbestemmelser på det sociale område og sundhedsområdet.

Arbejdsgruppen har valgt en bred tilgang til træningsområdet i den forstand, at rapporten som udgangspunkt inddrager alle bestemmelser i sundhedsloven og serviceloven, der giver hjemmel til træning. Rapporten koncentrerer sig dermed ikke alene om genoptræning og vedligeholdelsestræning, men inddrager også træning i form af socialpædagogisk bistand, vederlagsfri fysioterapi samt anden træning, der er målrettet særlige målgrupper. Formålet har været at sikre et samlet billede af træningsbestemmelser på de to områder og et solidt grundlag for analysen af mulige løsningsmodeller, herunder at eventuelle løsninger ikke medfører nye snitflader mellem/indenfor de to lovgivninger.

2. KOMMISSORIUM

Arbejdsgruppen har arbejdet på baggrund af følgende kommissorium:

Baggrund

Som led i kvalitetsreformen har regeringen igangsat en afbureaukratiseringsproces af den offentlige sektor. Indsatsen, som dækker kommuner, regioner og statslige myndigheder, skal give medarbejdere og ledere mere enkle og tydelige rammer for det arbejde, der skal udføres.

I aftale om kommunernes økonomi for 2009 står:

"Regeringen vil sammen med KL udarbejde konkrete forslag til statslige tiltag, der kan bidrage til at frigøre ressourcer i kommunerne... Initiativerne skal bl.a. omfatte anvendelse af IT til digitale løsninger i administrationen, forenkling af statslige regler og proceskrav til kommunerne, anvendelse af ny teknologi til at lette opgaver i den borgernære service, anvendelse af nye arbejds- og organisationsformer og bedre arbejdstilrettelæggelse."

Der er i dag en række potentielle snitfladeproblematikker såvel lovgivningsmæssigt som i praksis mellem sundhedsområdet og det sociale område. Dette ses særligt i forhold til træningsområdet, hvor der er bestemmelser om genoptræning i både serviceloven og sundhedsloven, og i forhold til medicin håndtering, fx i botilbud, plejeboliger mv.

På træningsområdet medfører bestemmelserne, at der er forskellige regler for bl.a. frit valg, klageadgang, dokumentation m.v. alt efter, hvilken lov som træningen for den enkelte er bevilget i henhold til. Det kan medføre usikkerhed omkring rettigheder for den enkelte borger og praktiker på området. I forbindelse med kommunalreformen overtog kommunerne myndighedsansvaret for al træning efter sygehusindlæggelse, bortset fra den specialiserede genoptræning, der er et kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar, men et regionalt driftsansvar.

I forhold til medicin håndtering, så er det den behandlende læges ansvar at sikre, at medicinordinationen er givet efter de gældende regler. I praksis betyder det dog, at læger har mulighed for at delegerer kompetence vedrørende medicin håndtering til personer på det sociale område, fx til personale i botilbud og i plejeboliger m.v.

I de gennemførte scanninger for mulige afbureaukratiseringstiltag på det sociale område fremkom både forslag i forhold til bestemmelser på træningsområdet og i forhold til bestemmelser med relation til medicin håndtering.

På baggrund heraf, og som et led i arbejdet med mulighederne for regelforenkling, nedsættes en arbejdsgruppe vedrørende snitflader mellem sundhedsområdet og det sociale område dels i forhold til genoptræning, vedligeholdelsestræning og anden træning, dels i forhold til medicin håndtering.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal udarbejde forslag til reduktion af snitfladeproblematikker mellem det sociale område og sundhedsområdet i forhold til

- Genoptræning, vedligeholdelsestræning m.v.
- Medicin håndtering.

Som led i dette arbejde, skal arbejdsgruppen:

- Beskrive og analysere regelsættene på hhv. det sociale område og sundhedsområdet i forhold til ovenstående med henblik på at identificere snitfladeproblematikker og tilvejebringe et beslutningsgrundlag for, hvorvidt der er potentiale for regelforenkling eller mulighed for øget understøttelse af det eksisterende regelsæt.
- Foretage en målgruppebeskrivelse i forhold til de nuværende regelsæt, som skal indgå i samt sættes i forhold til modeller og forslag.
- Fremlægge modeller og/eller forslag til mulige reviderede regelsæt eller andre initiativer i relation til identifikationen af snitfladeproblematikker.

I arbejdet hermed kan inddrages opgørelser o. lign., som fremkommer i forbindelse med kortlægning og måling af medarbejderes administrative opgaver m.v. samt evt. andre relaterede opgørelser.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra:

- Socialministeriet – formand
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- KL
- Danske Regioner

Arbejdsgruppens forslag kan indgå i forberedelse af forslag til mulig regelforenkling.

Arbejdsgruppens forslag til regelforenkling skal fremlægges senest den 1. december 2009.

2.1. Baggrund

2.1.1. Medicin håndtering

I de gennemførte scanninger for mulige afbureaukratiseringstiltag fremkom forslag om regelforenkling i forhold til bestemmelser med relation til medicin håndtering (*Afbureaukratisering og regelforenkling på det sociale område*, Deloitte Business Consulting 2008). Forslagene vedrørte dels mærkning af medicin i plejeboliger mv., dels en række forståelsesmæssige spørgsmål til reglerne om medicinordination og koordinering mellem de forskellige aktører på området.

2.1.2. Træningsområdet

I forbindelse med kommunalreformen samlede man genoptræningen i kommunerne. I forhold til sundhedsloven betød det, at kommunerne overtog ansvaret for genoptræning

efter udskrivning fra sygehus, dog forblev den specialiserede genoptræning et regionalt driftsansvar, men et kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar. Tilskud til behandling ved privatpraktiserende fysioterapeut er fortsat et regionalt myndighedsansvar. I forvejen havde kommunerne ansvaret for den træning, der ydes i medfør af serviceloven, fx vedligeholdelsestræning, socialpædagogisk træning og genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus. Fra den 1. august 2008 har kommunerne desuden fået myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi efter sundhedsloven.

Kommunerne har dermed myndigheds- og finansieringsansvaret for alle former for træning, der ydes i medfør af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelseslovgivningen, bortset fra genoptræning under indlæggelse på sygehus og tilskud til fysioterapi efter sundhedslovens § 67. Borgerens kommune er dermed indgang til hovedparten af alle træningstilbud på sundheds- og socialområdet.

Kommunens opgave og ansvar er at tilbyde borgerne sammenhængende og effektive træningstilbud på tværs af lovgivning og forvaltningsområder. Det betyder bl.a., at kommunens tilbud til borgere med behov for træning af forskellig art skal tilrettelægges, så borgeren oplever sammenhæng og kontinuitet i de forskellige træningstilbud. Det gælder både indholdsmæssigt og tidsmæssigt.

I de gennemførte scanninger for mulige afbureaukratiseringstiltag fremkom forslag om regelforenkling på tværs af serviceloven og sundhedsloven på træningsområdet (*Afbureaukratisering og regelforenkling på det sociale område*, Deloitte Business Consulting 2008). Det skal bemærkes, at scanningerne blev gennemført knap halvandet år efter kommunalreformen trådte i kraft, hvor kommunerne overtog det samlede ansvar for genoptræning, hvorfor det nye samlede ansvar stadig udgjorde en relativ ny opgave for kommunerne.

En eventuel regelforenkling - eller tydeliggørelse/understøttelse af de eksisterende regler - har til formål at mindske eksisterende snitfladeproblematikker på træningsområdet. Det vil sige, at forenkle/ensrette og/eller tydeliggøre formålsbestemmelser og træningsregler på en sådan måde, at myndigheder, praktikere og borgere vil opleve større klarhed og en tydeliggørelse af hjemmel og rettigheder på træningsområdet på tværs af sundheds- og sociallovgivningen, herunder i forhold til de tilknyttede rettigheder.

I nærværende rapport gennemgås mulige løsningsmodeller for regelforenkling mellem sundhedsloven og serviceloven og/eller hvordan en understøttelse eller tydeliggørelse af eksisterende regler på træningsområdet kan ske.

Som det også indledningsvis er bemærket, hører det med til det samlede billede af træningsområdet, at der også er hjemmel til træning på andre lovområder, fx på undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

Analysen og diskussionen af eventuelle løsningsmodeller hviler bl.a. på en gennemgang af gældende regler og en beskrivelse af de relevante målgrupper for bestemmelserne. Regelgennemgangen tjener som afsæt til at drøfte fordele, ulemper og ikke mindst forventede konsekvenser af en eventuel regelforenkling. Både i forhold til den praktiske anvendelse af bestemmelserne og i forhold til, at målgruppen for en gældende bestemmelse også efter en eventuel regelforenkling og/eller understøttelse af de eksisterende regler vil modtage den nødvendige hjælp.

Endvidere tjener regel gennemgangen til at tydeliggøre de udfordringer, der knytter sig til at ændre på reglerne, idet træningsbestemmelserne er knyttet til to overordnede og forskellige styringsrationaler; servicekulturen fra socialektoren og behandlingskulturen fra sundhedssektoren. Der er således forskellige traditioner og regler i forhold til visiteringsret, klageadgang mv., hvorfor eventuelle snitfladeproblematikker på social- og sundhedsområdet bl.a. også skal ses i lyset af disse rationaler og deres betydning for fx måden, hvorpå der træffes afgørelse om genoptræning.

Det har været afgørende at sikre, at der med mulige fremtidige forenklinger på området ikke skabes nye, større og/eller andre snitfladeproblematikker eller uklarheder i forhold til regelgrundlaget i de to lovgivninger.

3. AFGRÆNSNING OG DEFINITIONER

I de følgende afsnit afgrænses, hvad der menes med medicin håndtering og træning. Herigennem vil det fx være muligt at afgrænse rapportens genstandsfelt i forhold til anden form for hjælp, der kan tilbydes i sammenhæng med træning, fx personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, og som vil have betydning for hensigtsmæssigheden af mulige modeller for regelforenkling.

Endvidere defineres det, hvad der menes med snitfladeproblematikker.

3.1. Rapportens genstandsfelt

3.1.1. Medicinhåndtering

Medicinhåndtering omhandler medicinordinationen og håndtering af ordineret medicin, herunder personalets optælling og omdeling samt hjælp til indtagelse af medicin. i forskellige boformer på det sociale område. Situationer, hvor en borger selv kan administrere sin medicin, men fx har behov for praktisk hjælp til at åbne en medicinbeholder, er ikke omfattet.

3.1.2. Træningsområdet

Der findes forskellige typer af træningsydelser efter de to lovgivninger rettet mod forskellige målgrupper. Indledningsvist er der, som påpeget, anvendt en bred tilgang til træning, hvorfor genstandsfeltet på træningsområdet ikke er afgrænset ved såkaldt genoptræning, men også inkluderer andre former for træning som vederlagsfri fysioterapi, vedligeholdelsestræning og træning i form af socialpædagogisk bistand.

Samlet defineres de forskellige former for træning efter sundhedsloven og serviceloven i den fælles 'Vejledning om træning i regioner og kommuner (december 2009)' som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Det fremgår endvidere af "Vejledning om træning i kommuner og regioner", at genoptræning skal rettes imod patientens funktionsnedsættelse(r), dvs. problemer i kroppens funktioner eller anatomi, samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. Genoptræningsindsatsen kan omfatte såvel somatiske patienter som psykiatriske patienter med et somatisk genoptræningsbehov.

I samme vejledning defineres vedligeholdelsestræning efter serviceloven som målrettet træning for at forhindre funktionstab og for at fastholde det hidtidige funktionsniveau. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske som psykiske færdigheder.

3.2. Definition af snitfladeproblematikker

Med det formål at sikre en fælles forståelse af snitfladeproblematikker og dermed et fælles udgangspunkt for at analysere og vurdere sådanne, har arbejdsgruppen diskuteret og defineret begrebet til brug for denne rapport.

Der er i arbejdsgruppen enighed om, at der overordnet kan skelnes mellem tre former for problemstillinger afledt af snitflader mellem eller indenfor lovgivninger. De kan i praksis skabe uklarheder mv., når der leveres ydelser efter flere forskellige bestemmelser og/eller lovgivninger, men gør det ikke nødvendigvis:

- *Vilkårlighed i tildeling af ydelser (regulær snitflade)*
- *Overgange mellem lovgivninger*
- *Uigennemsigthed i tilknyttede rettigheder*

Vilkårlighed (regulær snitflade) er udtryk for, at to forskellige regler regulerer samme type af ydelse til samme personkreds i forhold til samme behov, således at der opstår tvivl om, efter hvilke regler, der skal træffes afgørelse og/eller således, at der kan opstå parallelle forløb. Der er således ikke tale om, at to eller flere ydelser kan/bør gives i forlængelse af og/eller parallelt med hinanden i forhold til samme behov/forløb. Det vil sige, at der i nærværende rapport tages udgangspunkt i, at der kan opstå regulære snitfladeproblematikker, når der i lovgivningen er mulighed for, at borgere kan modtage samme ydelse for samme behov efter to eller flere forskellige regler. Denne problematik betegner arbejdsgruppen som en regulær snitflade-problematik. Disse kan ikke alene medføre, at der kan opstå uklarhed om ansvarsfordeling, men også usikkerhed om, hvilke tilknyttede rettigheder den enkelte borger er omfattet af, såfremt der er forskel i disse alt efter, hvilke regler borgeren modtager ydelsen efter.

Overgange mellem lovgivninger er den anden form for snitfladeproblematik, som arbejdsgruppen har taget afsæt i. Hermed forstås problematikker afledt af, at en borger, der fx har behov for en træningsindsats, kan komme ud for at skulle modtage ydelser i forlængelse af hinanden, som er hjulmet i to forskellige lovgivninger. Det kan fx være en borger, der efter endt genoptræning efter sundhedsloven får behov for vederlagsfri fysioterapi efter sundhedsloven eller vedligeholdelsestræning efter serviceloven. Udover, at borgeren skal visiteres efter forskellige lovgivninger og således vil være omfattet af forskellige tilknyttede rettigheder, kan der være risiko for, at der opstår uklarhed om, hvornår borgeren skal overgå fra én ydelse til en anden.

Endelig har arbejdsgruppen arbejdet med en selvstændig form for snitfladeproblematik vedrørende *uigennemsigthed i tilknyttede rettigheder*. Det er en problematik som ikke kun kan opstå i forbindelse med parallelle forløb eller overgange mellem lovgivninger. Er der forskellige tilknyttede rettigheder til træningsydelser leveret efter forskellige bestemmelser, som fx også leveres samme sted (fx på et kommunalt træningscenter), kan det medføre uklarhed om de tilknyttede rettigheder til den bevilligede træning blandt både praktikere og borgere. Det kan således være forskel på borgernes rettigheder i forhold til at kunne modtage tilskud til befordring, frit at kunne vælge leverandør og at

kunne klage, selvom de modtager ydelser samme sted og evt. af samme personalegruppe.

I denne rapport vil der således blive set på snitfladeproblematikker som følge af vilkårlighed i tildeling af ydelser, overgange mellem lovgivninger og uigennemsigthed i tilknyttede rettigheder. De to sidstnævnte snitfladeproblematikker vil dog kun gøre sig gældende på træningsområdet og behandles derfor ikke i relation til området for medicinhåndtering, idet reglerne for medicinhåndtering alene er reguleret i sundhedsloven. Det skal endnu engang bemærkes, at der ligeledes kan være snitfladeproblematikker mellem de to lovgivninger og hhv. undervisningslovgivningen hhv. beskæftigelseslovgivningen, men at dette ikke har indgået i kommissoriet for arbejdsgruppen.

DEL II - MEDICINHÅNDBLING

4. INVOLVEREDE PARTER PÅ OMRÅDET FOR MEDICINHÅNDBLING

Håndblingen af receptpligtig medicin involverer først og fremmest sundhedsvæsenet, idet anvendelsen af receptpligtig medicin er forbeholdt læger. En læge kan dog anvende både sundhedsfagligt og ikke-sundhedsfagligt personale som medhjælp i forbindelse med medicinåndbling, fx til dispensering af medicin, jf. nærmere herom nedenfor.

I praksis anvender læger i mange tilfælde personale inden for det sociale område, fx personalet på døgntilbud og plejehjem/plejeboliger,, som medhjælpere ved medicinåndblingen. Regler for medicinåndbling og lægens anvendelse af medhjælp hertil er udelukkende fastsat i sundhedslovgivningen. Serviceloven indeholder ikke regler for medicinåndblingen.

5. REGELGENNEMGANG PÅ OMRÅDET FOR MEDICINHÅNDBLING

Lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17/12/2008 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed:

§ 17. En autoriseret sundhedsperson er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v.

§ 18. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte nærmere regler om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

§ 27, stk. 3. Ret til at udøve lægevirksomhed, jf. § 74, har kun den, der har autorisation som læge.

§ 74, stk. 2. En person, der ikke har autorisation som læge, må ikke, medmindre andet er særligt lovhjemlet, foretage operative indgreb, iværksætte fuldstændig eller lokal bedøvelse, yde fødselshjælp, anvende lægemidler, der kun må udleveres fra apotekerne mod recept, eller anvende røntgen- eller radiumbehandling eller behandlingsmetoder med elektriske apparater, mod hvis anvendelse af uautoriserede personer Sundhedsstyrelsen har nedlagt forbud på grund af behandlingens farlighed.

Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp:

§ 1, stk. 2. En autoriseret sundhedsperson, der delegerer sundhedsfaglig virksomhed til en medhjælp, kan beslutte, at videredelegation ikke må finde sted.

§ 3. Den autoriserede sundhedsperson skal sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til og har modtaget instruktion i at udføre opgaven.

Stk. 2. Den autoriserede sundhedsperson skal i fornødent omfang føre tilsyn med medhjælpens udførelse af virksomheden.

§ 4. På sygehuse, klinikker, plejehjem og andre lignende institutioner har ledelsen ansvaret for, at der foreligger instruks for en fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af delegeret virksomhed, herunder at medhjælperne er instrueret og oplært heri.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan udstede påbud og forbud over for ledelsen af en af stk. 1 omfattede institutioner, der drives af en kommunalbestyrelse eller et regionsråd, hvis ledelsen ikke opfylder sin forpligtelse efter stk. 1.

Vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp

I vejledningen beskrives, hvordan en autoriseret sundhedsperson i forbindelse med delegation af opgaver inden for sit forbeholdte virksomhedsområde kan leve op til kravet i autorisationslovens § 17 om at udvide omhu og samvittighedsfuldhed.

Vejledning nr. 9429 af 30/06/2006 om ordination og håndtering af lægemidler

I vejledningen, der henvender sig til læger, plejepersonale på sygehuse, i plejeboliger og i hjemmeplejen samt andet personale, der medvirker ved medicin håndtering, redegøres for, hvorledes disse faggrupper skal forholde sig i forbindelse med medicingivning.

Det er som udgangspunkt tilladt enhver at behandle og pleje syge. Der er imidlertid i lovgivningen fastsat grænser for, hvilke behandlinger der må gives af hvilke personer. Herunder hører anvendelse af receptpligtig medicin, som det i henhold til autorisationslovens § 74, stk. 2, er forbeholdt læger at anvende, medmindre andet er særligt lovhjemlet. Ordination af receptpligtige lægemidler kan alene foretages af læger. En læge kan derimod anvende medhjælp i forbindelse med medicingivningen, og det følger af bestemmelsen i autorisationslovens § 17, at lægen er forpligtet til at udvide omhu og samvittighedsfuldhed ved anvendelse af medhjælp. Personalet virker som lægens medhjælp ved bl.a. dispensering og omdeling af medicin samt hjælp til indtagelse af medicin. Hvis personalet alene yder praktisk hjælp efter servicelovens § 83 til at åbne en medicinbeholder eller give medicinen til en bevægelseshæmmet patient, fx en patient med slidgigt i fingrene, der ellers selv kan administrere sin medicin, fungerer personalet ikke som medhjælp for patientens læge.

Med hjemmel i autorisationslovens § 18 har Sundhedsstyrelsen fastsat nærmere regler om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp ved bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009. Reglerne herom er endvidere nærmere beskrevet i vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

I vejledning nr. 9429 af 30. juni 2006 om ordination og håndtering af lægemidler redegør Sundhedsstyrelsen for reglerne i forbindelse med medicinordination, medicingivning samt opbevaring og bortskaffelse af medicin. Vejledningen indeholder blandt andet en beskrivelse af forhold, der er særligt relevante for hjemmeplejen og plejeboliger mv.

Hovedindholdet i de nævnte regler gengives nedenfor.

Ansvarsforhold ved benyttelse af medhjælp til medicin håndtering

Lægen, der benytter sig af medhjælp til medicin håndtering, har et selvstændigt ansvar for at sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til og har modtaget instruktion i at udføre opgaven, jf. § 3, stk. 1, i bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

I hjemmeplejen, i plejeboliger, botilbud m.v., hvor der ikke er en fast tilknyttet læge, har ledelsen ansvaret for, at der foreligger instrukser for en fagligt forsvarlig tilrettelæggelse

af medicin håndteringen, jf. § 4 i bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp og vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler. Ifølge vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler skal der være instruks for det nødvendige samarbejde med de behandlende læger og for, at der føres relevante optegnelser om medicin håndtering i de sygeplejefaglige optegnelser. Ledelsen er ligeledes ansvarlig for, at det personale, der udfører medicingivning, er instrueret og oplært heri samt for at føre relevant tilsyn hermed. Såfremt der ikke i ledelsen er ansat sundhedsfagligt uddannet personale, er det kommunens ansvar at sørge for bistand fra relevant sundhedsfagligt personale til fx udfærdigelse af instrukser om medicin håndtering, således at personalet kan udføre de delegerede opgaver, jf. pkt. 3.1. i vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

I tilfælde, hvor kommunen delegerer sundhedsfaglige opgaver, herunder videre delegerer opgaver vedrørende medicin håndtering, fx til en privat leverandør, er ledelsen hos den private leverandør ansvarlig for, at der foreligger en instruks for medicin håndteringen og for, at personalet er instrueret og oplært heri. Kommunen er dog overordnet ansvarlig for at sikre sig, at den private leverandør er kvalificeret til at udføre opgaverne, jf. punkt 3.1 i Sundhedsstyrelsens vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp. Reglerne for medicin håndtering gælder således, uanset om opgaverne med medicin håndtering i praksis udføres af kommunalt ansat personale, af personale ansat i regionen, der løser opgaver efter aftale med kommunen, eller i private virksomheder m.v., der løser opgaver efter aftale med kommunen.

Personalet i *plejeboliger* kan almindeligvis udføre medicingivning, og det er således ikke nødvendigt, at lægen sætter sig ind i de forskellige personalegrupperes uddannelse og kompetence. Ved telefonordinationer skal lægen være særligt opmærksom på, at ordinationen er forstået korrekt. Hvis der er tale om opgaver ud over almindelig medicingivning, som personalet er instrueret i, skal ledelsen gøre den ordinerende læge opmærksom herpå. Lægen skal i disse situationer tage stilling til, om medicingivningen kan varetages af personalet efter tilstrækkelig instruktion, om delegationen skal ske til hjemmesygeplejen, eller om patienten eventuelt skal indlægges på sygehus.

På *dag- og døgntilbud*, herunder dag- og døgntilbud efter serviceloven, hvor der ikke er ansat sundhedsfagligt personale til at varetage medicin håndteringen efter sundhedsloven, kan der være et særligt behov for instruktion fra den behandlende læge. Lægen skal i disse situationer tage stilling til, om medicingivningen kan varetages af personalet efter tilstrækkelig instruktion, om delegationen skal ske til hjemmesygeplejen, eller om patienten eventuelt skal indlægges på sygehus.

I *daginstitutioner for børn* bør der foreligge en instruks fra lægen i de tilfælde, hvor personalet har påtaget sig at give medicin til børn med kroniske lidelser. Oftest vil der være tilstrækkelig instruktion om medicingivningen ved påskriften på medicinbeholderen. Beholderen skal have let læselig påskrift med oplysning om patientens navn, medicinens art og den ordinerede dosis. I de tilfælde, hvor en mere grundig skriftlig instruktion om medicingivningen er nødvendig, kan institutionens ledelse anmode om skriftlig instruktion fra lægen.

Ved behandling og medicinordination har lægen i alle tilfælde pligt til at føre optegnelser i patientjournalen, der almindeligvis findes i lægens praksis.

Ved modtagelse af lægens ordination har det personale, der i denne sammenhæng fungerer som lægens medhjælp, en pligt til at indføre denne i de sygeplejefaglige optegnelser. Optegnelserne kan fremgå af en medicinliste eller af oversigten i den personlige elektroniske medicinprofil (PEM). Dette krav gælder også med hensyn til dosisdispenseret medicin. Ved telefonordination eller ved ændringer i lægens ordination efter aftale med lægen, skal personalet notere ordinationen i plejehjemmets/hjemmeplejens sygeplejefaglige optegnelser. Personalet kan eventuelt notere ordinationen i patientens PEM.

Anvendelse af håndkøbsmedicin er ikke udtrykkeligt reguleret i lovgivningen. Personalets håndtering af håndkøbsmedicin reguleres dog af autorisationslovens bestemmelser om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, såfremt personalet er omfattet af autorisationsloven, dvs. hvis der er tale om en autoriseret sundhedsperson (fx en sygeplejerske eller autoriseret social- og sundhedsassistent). Herudover reguleres personalets håndtering af håndkøbsmedicin eller naturlægemidler af eventuelle instrukser udstedt af ledelsen efter sundhedslovgivningen på den pågældende arbejdsplads.

Særligt om opbevaring og destruktion af medicin

Der er ikke i sundhedslovgivningen fastsat regler for opbevaring af medicin i plejeboliger, botilbud m.v. Det fremgår imidlertid af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler, at det er ledelsens ansvar, at medicin kan opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende, og at ledelsen bør vurdere, om der er behov for bistand til den enkelte beboer med henblik på forsvarlig opbevaring af medicin. Såfremt medicinen ikke opbevares i patientens hjem, skal de enkelte patienters medicin opbevares særskilt, så sammenblanding ikke kan forekomme. Da beboere i plejeboliger og botilbud er selvstændigt sygesikrede, tilhører medicinen den enkelte patient, og der kan der ikke være fælles medicin af hverken håndkøbsmedicin eller lægeordineret medicin ("akutdepot").

Når en beboer dør, er det vigtigt, at al medicin destrueres. Restmedicin må ikke anvendes til andre. Personalet bør rette henvendelse til pårørende om aflevering af al medicin på apoteket til destruktion. Personalet kan tilbyde at gøre dette for de pårørende, hvis disse ikke ønsker at sørge for bortskaffelsen. Hvis der ikke er pårørende, skal personalet aflevere medicinen på apoteket. Apotekerne har i medfør af lov om apoteksvirksomhed pligt til at modtage ubrugt medicin med henblik på destruktion.

6. ARBEJDSGRUPPENS VURDERING

Lovgivningsmæssig snitfladeproblematik

Håndteringen af receptpligtig medicin, herunder medicinhåndteringen inden for hjemmeplejen, plejeboliger, botilbud og øvrige sociale institutioner, er reguleret med navnlig de omhandlede regler i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 og vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp samt Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9429 af 30. juni 2006 om ordination og håndtering af lægemidler. Der er ikke i den sociale lovgivning fastsat regler vedrørende medicinhåndtering, og medicinhåndtering er således udelukkende reguleret i sundhedslovgivningen. Reglerne i sundhedslovgivningen finder således anvendelse for personalets medicingivning m.v. til beboere på tilbud omfattet af serviceloven m.v.

Det bemærkes i den forbindelse, at sundhedslovgivningens regler for medicinhandling, herunder for lægens anvendelse af medhjælp, ikke regulerer spørgsmålet om, hvorvidt og i hvilket omfang en borger har behov for personlig hjælp m.v., herunder hjælp til at administrere sin medicin. Sundhedslovgivningens regler vedrørende medicinhandling har således alene relevans på det sociale område, når en borger modtager ydelser efter serviceloven, forudsat at borgeren i den forbindelse modtager hjælp til medicinhandling. I praksis er der enkelte borgere, som har brug for mekanisk hjælp til medicinhandling, men som ellers selv kan administrere medicinen. Det gælder fx en borger med en gigtsygdom, som ikke selv kan åbne medicinglasset, men som i øvrigt selv kan tage vare på medicineringen. Der kan til disse borgere, som en del af den praktiske hjælp efter § 83 i serviceloven, bevilges mekanisk hjælp til medicinhandling. Personalet fungerer ikke i den forbindelse som lægens medhjælp, og sundhedslovgivningens regler finder ikke anvendelse for denne situation.

Lovgivningsmæssigt er der således *ingen* snitfladeproblematikker mellem det sociale område og sundhedsområdet med hensyn til medicinhandling.

Behov for forenkling af regler

Arbejdsgruppen har overvejet, om der i øvrigt er behov for en forenkling af reglerne vedrørende medicinhandling eller behov for øget understøttelse af de gældende regler.

Der er med Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler foretaget en forholdsvis detaljeret redegørelse for reglerne for medicinhandling. En række forhold, der er særligt relevante for hjemmeplejen og plejeboliger m.v., er herunder særskilt beskrevet i vejledningen.

Det bemærkes i den forbindelse, at der i scanningerne for mulige afbureaukratiseringstiltag fra en kommunes side bl.a. blev rejst ønske om at iværksætte forsøg med en lempelse af kravet i vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler, hvorefter der også ved dosisdispensering skal fremgå en oversigt over en beboers samlede medicin i de sygeplejefaglige optegnelser. Kommunen ønskede at kunne vedlægge apotekets print over den dosisdispenserede medicin i stedet for at skulle afskrive listen i de sygeplejefaglige optegnelser.

Sundhedsstyrelsen oplyste i den forbindelse bl.a., at et samlet overblik over medicineringen giver bedre mulighed for at sætte sig ind i årsagen til, at beboere/patienten får medicinen (indikationen), hvilket har stor betydning for observation af virkning og bivirkninger af den ordinerede medicin. Sundhedsstyrelsen oplyste endvidere, at det er vigtigt for personalets mulighed for at varetage medicingivningen korrekt, at dokumentationen af medicin er let at få overblik over og er let at sætte sig ind i. Dokumentationen skal være entydig, systematisk og overskuelig, herunder være samlet ét sted og være skrevet på samme ensartede måde, uanset om det drejer sig om dosisdispenseret eller manuelt dispenseret medicin.

Princippet om dokumentation af den ordinerede medicin ét sted (én medicinliste) er på den baggrund efter Sundhedsstyrelsens opfattelse et nødvendigt led for at kunne yde en sundhedsfagligt forsvarlig indsats, herunder nødvendigt for patientsikkerhed i den medikamentelle behandling af landets plejehjemsbeboere m.v. med henblik på at reducere risikoen for medicineringsfejl, og kommunens ønske kunne derfor af patientsikkerhedsmæssige hensyn ikke imødekommes.

Af patientsikkerhedsmæssige hensyn og under hensyn til behovet for at sikre en grundig vejledning af bl.a. plejepersonalet er det arbejdsgruppens opfattelse, at reglerne i vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler ikke er unødigt detaljerede.

Det er desuden arbejdsgruppens opfattelse, at der med bekendtgørelsen og vejledningen om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, der er udstedt i december 2009, er fastsat klare regler for bl.a. lægens henholdsvis ledelsens ansvar ved benyttelse af medhjælp.

Samlet set har arbejdsgruppen derfor *ikke* fundet behov for at foreslå forenklinger af reglerne vedrørende medicin håndtering.

Understøttelse af gældende regler

Med hensyn til det eventuelle behov for initiativer, der kan understøtte de gældende regler, blev det i forbindelse med scanningerne for mulige afbureaukratiseringsforslag foreslået, at der udvikles en enhedsjournal med konsolideret medicinliste med henblik på at sikre, at den medicin, der ordineres til en patient af henholdsvis sygehus, vagtlæger og praktiserende læger, er koordineret, så risikoen for eventuel kontraindikation ved samtidig anvendelse af forskellige lægemidler og risikoen for overmedicinering reduceres.

Arbejdsgruppen har i den forbindelse noteret sig, at regeringen med henblik på at fremme kvaliteten af den medicinske behandling i alle sektorer af sundhedsvæsenet allerede ved gennemførelsen af en ændring af sundhedsloven i 2008 har taget initiativ til etablering af Det Fælles Medicinkort, hvori alle ordinerende læger kan foretage opslag i en borgers aktuelle medicinering. Med henblik på at forbedre patientsikkerheden gennem at understøtte en hensigtsmæssig og fleksibel tilrettelæggelse af arbejdsgange i sundhedsvæsenet er der endvidere ved lov nr. 534 af 26. maj 2010 med virkning fra 1. juni 2010 foretaget en tilpasning af afgrænsningen i sundhedslovens § 157 af sundhedspersoner, der har adgang til de registrerede oplysninger. Tilpasningen indebærer, at tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter samt plejehjemsassistenter, der aktuelt har en patient i behandling, får adgang til de registrerede medicinoplysninger, når det er nødvendigt for behandlingen. Endvidere bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren med lovforslaget til at fastsætte nærmere regler om, at andre personer, der som led i deres erhverv udleverer medicin til en patient eller håndterer medicinoplysninger, kan få adgang til de registrerede medicinoplysninger. Hensigten hermed er at sikre, at medicin håndtering og -udlevering altid kan ske på et aktuelt og opdateret grundlag.

Scanningerne for mulige afbureaukratiseringsforslag viste herudover mere generelt, at kommunerne har mange spørgsmål til, hvordan Sundhedsstyrelsens vejledninger vedrørende medicin håndtering skal forstås.

Det er på den baggrund arbejdsgruppens opfattelse, at der også med hensyn til de tilfælde, hvor personalet på det sociale område (som lægens medhjælp) løser opgaver vedrørende medicin håndtering, er behov for initiativer, der kan understøtte og lette den praktiske anvendelse af reglerne om medicin håndtering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har af samme grund besluttet at udgive en let forståelig pjece til kommuner og regioner om korrekt medicin håndtering. Pjecen er – parallelt med Sundhedsstyrelsens vejledninger på området – tænkt som et

værktøj for personalet i plejeboliger, botilbud mv. til at fremme kvaliteten i medicinhåndteringen.

Efter arbejdsgruppens opfattelse vil en sådan pjece på en relevant måde kunne understøtte personalet i de tilfælde, hvor personalet (som lægens medhjælp) løser opgaver vedrørende medicinhåndtering.

Arbejdsgruppen har ikke herudover fundet behov for at foreslå øvrige initiativer med henblik på at understøtte de gældende regler vedrørende medicinhåndtering.

DEL III – TRÆNINGSSOMRÅDET

7. REGLER OG MÅLGRUPPER PÅ TRÆNINGSSOMRÅDET

Med henblik på at kunne skabe klarhed over de forskellige regler og målgrupper, der knytter sig til denne rapport's genstandsfelt, er der i nedenstående oversigt oplyst de bestemmelser i sundhedsloven og serviceloven, hvorefter der gives træning.

Regel- og målgruppeoversigten skal tjene til at sikre, at der i den følgende analyse af mulighederne for at mindske potentielle snitfladeproblematikker, og/eller at præcisere og tydeliggøre gældende lovgivning, er opmærksomhed på eventuelle konsekvenser for de målgrupper, de nuværende regler retter sig mod. For en mere uddybende gennemgang af målgrupperne for træning se bilag 1.

I bilag 2 vil samtlige regler i henholdsvis sundhedsloven og serviceloven, der giver hjemmel til træning, blive gennemgået. Regelgennemgangen skal dels tjene som indgang til den videre diskussion af potentielle snitfladeproblematikker mellem de to lovgivninger og internt i henholdsvis serviceloven og sundhedsloven, dels som afsæt for en videre afgrænsning af, hvilke regler det er relevant at arbejde videre med i forhold til opstilling af mulige løsningsmodeller.

Regelgennemgangen er bygget op om en indholdsbeskrivelse, herunder relevante lovbemærkninger, eksempler på involverede faggrupper samt placering af tilbuddet, eksempelvis om tilbuddet typisk leveres på træningscenter, hos en fysioterapeut osv.

Sundhedslovens genoptræningsbestemmelse omfatter alle patienter uanset alder, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Tilskud til fysioterapi efter sundhedslovens § 67 gives ligeledes til alle med et lægefagligt begrundet behov, mens vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens § 140a kun gives til personer med svært fysisk handicap og personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom.

Servicelovens bestemmelser er opdelt på aldersgrupper. Der findes således træningsbestemmelser målrettet børn og unge og træningsbestemmelser målrettet voksne. Endvidere er personkredsen for de enkelte bestemmelser primært afgrænset af behov for træning på baggrund af fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse og/eller særlige sociale problemer og graden heraf. Nogle af servicelovens bestemmelser er således målrettet alle borgere, som på grund af en funktionsnedsættelse eller sociale problemer har behov for træning, mens personkredsen for andre bestemmelser indsnævres til personer med enten betydelig eller med betydelig og varig funktionsnedsættelse.

Målgruppen for træning efter servicelovens børnebestemmelser omfatter børn og unge, som på grund af midlertidig eller varig nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for træning. Der skal i den forbindelse gøres opmærksom på, at servicelovens bestemmelser er tæt knyttet til den træning, som børn og unge kan få via undervisningslovgivningen.

Serviceovens træningsbestemmelser for voksne er dels målrettet den brede gruppe af borgere, der har behov for genoptræning på grund af sygdom og anden svækkelse, som ikke er behandlet på sygehus. Dels er bestemmelserne rettet mod borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. De to store målgrupper for serviceovens træningsbestemmelser på voksenområdet er dels ældre borgere og dels personer med medfødt eller erhvervet funktionsnedsættelse, hvor der er behov for træning til at vedligeholde fysiske og psykiske færdigheder og/eller indlæringsmæssig eller kognitiv optræning og udvikling af færdigheder.

Regel- og målgruppeoversigt

Bestemmelse	Indhold	Målgruppe	Visitation
Sundhedsloven			
§ 67	Regionalt tilskud til behandling hos fysioterapeut	Alle patienter uanset alder med behov for behandling hos fysioterapeut i praksissektoren.	Lægehenvi- sning
§ 140	Vederlagsfri genoptræning efter sygehusindlæggelse	Alle patienter uanset alder, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.	Henvi- sning fra sygehuslæge via genoptræningsplan.
§ 140 a	Vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren eller i kommunen	Ordningen omfatter to målgrupper, uanset alder: <i>1. Personer med svært fysisk handicap</i> <i>2. Personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom</i>	Lægehenvi- sning på baggrund af henvisningskriterier (Sundhedsstyrelsen).
Serviceloven			
§ 11, stk. 3	Rådgivning, undersøgelse og behandling	Børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat funktionsevne, som har behov for andre former for korterevarende støtte, end den form for særlig støtte, herunder træning, som er omfattet af de såkaldte foranstaltninger efter SEL § 52.	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.
§ 32	Særlige dag- og klubtilbud samt træning i hjemmet	Børn og unge med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har behov for hjælp eller særlig støtte, herunder træning.	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.
§ 44	Personlig hjælp og pleje og vedligeholdelsestræning til børn og unge	Bestemmelsen henviser til § 83 og 86, stk. 2., og udvider således disse bestemmelser til også at omfatte børn og unge under 18 år. Målgruppen er børn og unge, som har behov for hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlig problemer.	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.
§ 52, stk. 3, nr. 10	Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte	Børn og unge under 18 år, der har behov for særlig støtte, kan efter serviceloven § 52, stk. 3, nr. 10 få genoptræning. Genoptræning efter denne bestemmelse forudsætter, at barnet og familiens problemer og behov er afdækket i en § 50 undersøgelse, og at der udarbejdes en handleplan efter serviceloven § 140 for indsatsen.	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.
§ 85	Socialpædagogisk bistand	Personer, der på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for støtte, herunder optræning og udvikling af færdigheder.	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.
§ 86, stk. 1	Genoptræning	Personer over 18 år, der har behov for genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til sygehusindlæggelse.	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.
§ 86, stk. 2	Vedligeholdelsestræning	Personer, uanset alder, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for at vedligeholde fysiske og psykiske færdigheder.	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.
§ 102	Tilbud af behandlingsmæssig karakter	Personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, som ikke kan få denne behandling, herunder træning i form af fysioterapi mv., efter anden lovgivning.	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.

Endvidere inkluderer regel gennemgangen en gennemgang af tilknyttede bestemmelser/rettigheder til træningsbestemmelserne, som fremgår af bilag 3. Inddragelsen af disse tilknyttede bestemmelser/rettigheder skal ligeledes sikre grundlaget for et overblik over mulig regelforenkling og/eller tydeliggørelse af det samlede regelsæt.

Regel gennemgangen tjener også som afsæt til at undgå at skabe evt. nye snitfladeproblematikker og andre uhensigtsmæssigheder ved eventuelle tiltag i forhold til det eksisterende regelgrundlag, fx i forhold til de tilknyttede rettigheder og regler.

Oversigt over tilknyttede rettigheder, jf. bilag 2

<i>Tilknyttede bestemmelser/ rettigheder</i>	<ul style="list-style-type: none">• Afgørelser• Genoptræningsplaner• Handleplaner• Frit leverandørvalg• Befordring• Klageadgang
---	--

DEL IV - LØSNINGSMODELLER PÅ TRÆNINGSSOMRÅDET

8. ANALYSE AF LØSNINGSMODELLER TIL MINDSKELSE AF SNITFLADER

I det følgende peger arbejdsgruppen på mulige løsningsmodeller for regelforenkling på træningsområdet. Hver model analyseres i forhold til fordele og ulemper, herunder i forhold til målgrupper (serviceloven) og i forhold til risikoen for eventuelle nye snitflader ved sammenlægning af eller ændringer i bestemmelser, samt eventuelle økonomiske konsekvenser, jf. kommissoriet for arbejdsgruppen. Som det fremgår af regel gennemgangen (bilag 2), har arbejdsgruppen set på alle bestemmelser i såvel sundhedsloven som serviceloven, der giver adgang til træning, samt de tilknyttede rettigheder til disse bestemmelser (bilag 3).

Analysen af løsningsmodeller er bygget op af fire dele, hvis rækkefølge indikerer omfanget af det indgreb, en løsningsmodel vil medføre, hvis en sådan gennemføres. De første to modeller, som præsenteres i afsnit 8.1, sigter således på muligheden for og hensigtsmæssigheden i at overføre træningsbestemmelser fra serviceloven til sundhedsloven.

Dernæst ser arbejdsgruppen på de tilknyttede rettigheder, borgere har, når de visiteres/henvises til (genop)træning efter de forskellige træningsbestemmelser i hhv. sundhedslov hhv. servicelov. Det er arbejdsgruppens vurdering, at forskellige rettigheder i forhold til fx befordring og klageadgang kan være med til skabe uklarhed om reglerne for træning for såvel borger som medarbejdere. De tilknyttede rettigheder behandles i afsnit 8.2.

Endelig har arbejdsgruppen valgt også at se på eventuelle snitflader mellem bestemmelser, der giver adgang til træning internt i de to lovgivninger. Dette valg beror på, at arbejdsgruppen har valgt en bred tilgang til området, herunder en forståelse af, at u hensigtsmæssige snitflader på træningsområdet ikke nødvendigvis opstår mellem to lovgivninger, men også kan opstå mellem interne bestemmelser. I afsnit 8.3 behandles således sundhedslovens træningsbestemmelser, mens eventuelle snitflader i serviceloven behandles i afsnit 8.4.

For hvert afsnit følger arbejdsgruppens vurdering af mulighederne for en mindskelse af problematiske snitflader og overgange, og samlet vil analysen samt vurderinger danne grundlaget for arbejdsgruppens indstillinger, som følger i kapitel 10.

8.1. Snitflader mellem sundheds- og servicelov

Bestemmelsen om kommunal genoptræning af funktionsnedsættelser blev indført i serviceloven i 2000 (daværende § 73 a). Med loven forpligtedes kommunerne til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til et sygehusophold. Bestemmelsen blev fremsat parallelt med bestemmelsen om genoptræningsplaner i sundhedsloven. Baggrunden for, at der blev indført en genoptræningsbestemmelse i serviceloven, var et ønske om at imødegå den dengang rejste kritik af manglende genoptræningsindsats over for gruppen af ældre, der som følge af sygdom uden sygehusindlæggelse er svækket midlertidigt, og som derfor ikke modtager træning i forbindelse med/forlængelse af sygehusindlæggelse.

Serviceovens § 86 rummer endvidere bestemmelsen om vedligeholdelsestræning til borgere, der på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder.

Med kommunalreformen fik kommunerne ansvar for genoptræning efter sundhedsloven bortset fra den specialiserede genoptræning, der et kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar, men et regionalt driftsansvar. Det har betydet, at kommunerne har fået myndigheds- og finansieringsansvaret for de fleste former for træning, der ydes i medfør af sundheds- og sociallovgivningen.

I de scanninger, der blev foretaget med henblik på at afdække mulige afbureaukratiseringstiltag på det sociale område, og i KL's forenklingskatalog har det primært været snitfladen mellem de to træningsbestemmelser § 140 i sundhedsloven og § 86 i serviceoven, der har været i fokus. Arbejdsgruppen har derfor som udgangspunkt valgt alene at se på de to genoptræningsbestemmelser i forhold til spørgsmålet om at sikre færre snitflader mellem de to lovgivninger.

I sit arbejde med at analysere bestemmelserne på træningsområdet, som ligger i henholdsvis serviceoven og sundhedsloven, er arbejdsgruppen blevet opmærksom på to andre potentielle snitfladeproblematikker. For det første mellem serviceovens § 86, stk. 1, om genoptræning og sundhedslovens § 67 om tilskud til behandling hos fysioterapeut efter lægehenvielse. For det andet mellem serviceovens § 86, stk. 2, om vedligeholdelsestræning og sundhedslovens § 140a om vederlagsfri fysioterapeutisk behandling hos fysioterapi i praksissektor eller i kommunen. Det er arbejdsgruppens vurdering, at der for disse bestemmelser kan være tale om potentielt overlappende målgrupper. Der vil være en mere uddybende gennemgang af de to snitfladeproblematikker i afsnit 8.1.3.

Nedenfor følger en oversigt over de to bestemmelser, § 140 i sundhedsloven og § 86, stk. 1 og 2, i serviceoven, som arbejdsgruppen på baggrund af KL's forenklingskatalog og Deloitte's scanningskatalog har arbejdet videre med i forhold til mulig regelforenkling/regelensretning, hvor formål, målgruppe, visitations- og henvisningspraksis, finansiering samt tilknyttede rettigheder fremgår. Herefter følger en analyse af forskellige modeller for, hvordan en regelforenkling i form af sammenlægning af bestemmelserne kunne tænkes gennemført samt en vurdering af henholdsvis fordele og ulemper ved de enkelte modeller.

Oversigt: (Genop)træning efter service- og sundhedslov

	Genoptræning servicelov	Vedligeholdende træning – servicelov	Genoptræning - sundhedslov
 Lovgrundlag 	Servicelovens § 86, stk. 1	Servicelovens § 44 og § 86, stk. 2	Sundhedslovens § 140
 Formål 	Opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne, herunder kognitivt, emotionelt og socialt.	Forhindre funktionstab og vedligeholde fysiske, psykiske og sociale færdigheder.	Opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne.
 Målgruppe 	Personer med fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.	Personer med nedsat fysisk/psykisk funktionsevne, kroniske lidelser eller særlige sociale problemer	Personer der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning
 Visitation/ henvisning 	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.	Kommunen visiterer efter en konkret individuel vurdering og træffer afgørelse.	Henvisning fra sygehuslæge via genoptræningsplan. Det er kommunen, eller sygehuset for så vidt angår specialiseret ambulans genoptræning, der afgør metode, omfang og karakteren af den genoptræning, der skal tilbydes den enkelte patient
 Finansiering 	Kommunal	Kommunal	Kommunal
 Frit valg 	Mulighed for frit valg	Mulighed for frit valg	<ul style="list-style-type: none"> • Frit valg mellem bopælskommunens tilbud • Frit valg mellem genoptræningstilbud, som bopælskommunen har indgået aftaler om med andre myndigheder eller private. • Frit valg af andre kommuners egne træningstilbud, forudsat der er ledig kapacitet • Specialiseret ambulans træning er omfattet af det frie sygehusvalg
 Befordringsgodtgørelse 	Mulighed for, men ikke pligt for kommunen til at yde befordringsgodtgørelse.	Mulighed for, men ikke pligt for kommunen til at yde befordringsgodtgørelse.	Befordring eller befordringsgodtgørelse over et vist beløb for pensionister, samt for patienter hvis tilstand udelukker befordring med offentlige transportmidler, eller hvor afstand til genoptræning overstiger 50 km.
 Klageadgang 	<ul style="list-style-type: none"> • Afgørelse: <i>Det sociale nævn</i> • Serviceniveau: <i>Kommunen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Afgørelse: <i>Det sociale nævn</i> • Serviceniveau: <i>Kommunen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Behov for genoptræningsplan og sundhedsfaglig virksomhed: <i>Patientklagenævnet</i> • Serviceniveau: <i>Kommunen (almindelig ambulans genoptræning) eller regionen (specialiseret ambulans genoptræning)</i>

8.1.1. Analyse af mulige løsningsmodeller

Arbejdsgruppen har på baggrund af blandt andet KL's forenklingsforslag drøftet mulighederne for at samle al træning efter servicelovens § 86 og sundhedslovens § 140 i sundhedsloven.

Der kan med afsæt i dette forslag peges på to forskellige modeller herfor:

1) Servicelovens § 86, stk. 1, om genoptræning samt servicelovens § 86, stk. 2, om vedligeholdelsestræning flyttes til sundhedslovens § 140, hvorefter såvel al genoptræning som vedligeholdende træning skal tilbydes med hjemmel i sundhedsloven. Det betyder samtidig, at servicelovens nuværende § 44, som hjemler vedligeholdende træning til børn, også flyttes, således at børn dermed fremover - i lighed med voksne – skal modtage vedligeholdende træning efter sundhedsloven.

2) Servicelovens § 86, stk. 1, om genoptræning overføres til sundhedsloven, hvorefter al genoptræning, uanset om behovet er opstået parallelt med sygehusbehandling eller efter sygdom i hjemmet, skal tilbydes borgere med behov herfor efter sundhedslovens regler. Hjemmel til vedligeholdende træning efter § 86, stk. 2, skal efter denne model fortsat ligge i serviceloven som en selvstændig bestemmelse, hvorfor også servicelovens § 44 fortsat skal henvise hertil.

Model 1: Servicelovens § 86 overføres til sundhedslovens § 140.

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for og hensigtsmæssigheden af, at flytte hele § 86 i serviceloven over i sundhedsloven, således at al genoptræning og vedligeholdelsestræning tilbydes efter sundhedslovens bestemmelser, herunder efter sundhedslovens regler om en lægefaglig vurdering af behovet for træning. Det vil betyde, at målgruppen for § 86, stk. 1, som er borgere (over 18 år) med behov for genoptræning efter sygdom, der ikke behandles i tilknytning til sygehusindlæggelse, og for § 86, stk. 2, som er såvel børn (via servicelovens § 44 – se regelgennemgang i bilag 2) som voksne med nedsat funktionsevne eller særlige sociale behov for vedligeholdende træning, skal modtage denne som en del af sundhedslovens regelsæt. Modellens hensigtsmæssighed vurderes i forhold til eventuelle konsekvenser for målgrupperne, nye snitflader mellem en ny træningsbestemmelse i sundhedsloven og den hjælp, der tilbydes efter servicelovens andre bestemmelser, samt eventuelle økonomiske konsekvenser forbundet med en overførelse.

Model 1: Genoptræning og vedligeholdelsestræning i én lov



Formålet

Formålet med at samle al træning efter henholdsvis servicelovens § 86 og sundhedslovens § 140 i sundhedsloven er at understøtte en mere effektiv og fleksibel opgavevaretagelse på træningsområdet. En samling vil medføre, at der vil gælde den samme lovgivningsmæssige ramme for en stor del af genoptræningen og den vedligeholdende træning efter nuværende sundheds- og serviceloven, og at de tilknyttede rettigheder vil blive samordnet.

Med modellens gennemførelse vil der således fremover gælde de samme tilknyttede rettigheder for borgeren, uanset om behovet for genoptræning i en tidsmæssig afgrænset

periode følger af en genoptræningsplan ved udskrivning fra sygehus eller er opstået i forbindelse med funktionsnedsættelser, der ikke er behandlet på et sygehus. Og uanset om behovet er midlertidig eller længerevarende vedligeholdelsestræning af personer med midlertidig eller varigt nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer enten som opfølgning på eller uafhængig af genoptræning. Det vil bl.a. betyde, at en borger, der fx overgår fra genoptræning efter udskrivning fra sygehus til vedligeholdende træning, ikke vil opleve et skift i tilknyttede rettigheder, herunder klageadgang, befordring og frit valg.

Nye snitflader mellem servicelov og sundhedslov

Med overførelsen af hele servicelovens § 86 til sundhedsloven følger en række nye snitflader mellem de to lovgivninger. Det er arbejdsgruppens vurdering, at en række af disse snitflader vil kunne medføre nye og u hensigtsmæssige snitfladeproblematikker for såvel målgrupperne som for den kommunale myndighed og det udførende personale i kommunerne. Den ene af disse snitflader er mellem den vedligeholdende træning, der i dag ydes efter servicelovens § 86, stk. 2, og den hjælp og støtte, der i øvrigt ydes efter serviceloven. Den snitflade behandles i dette afsnit, mens eventuelle snitflader mellem den genoptræning, der i dag gives efter servicelovens § 86, stk. 1, og de øvrige indsatser efter serviceloven behandles under model 2, som alene er rettet mod en overførelse af § 86, stk.1, til sundhedsloven.

For det første er det arbejdsgruppens vurdering, at denne samling af såvel genoptrænings- som vedligeholdelsestræningsbestemmelserne i sundhedsloven vil skabe en u hensigtsmæssig snitfladeproblematik mellem den til sundhedsloven overførte vedligeholdelsestræning (dvs. servicelovens nuværende § 86, stk. 2) og servicelovens øvrige regelsæt. Vedligeholdende træning gives i dag i tæt sammenhæng med andre former for støtte og hjælp efter serviceloven. Det gælder særligt snitflader til servicelovens træningsbestemmelser på børneområdet, bestemmelser om personlig og praktisk hjælp, socialpædagogisk bistand, (herunder udvikling og vedligeholdelse af personlige færdigheder bl.a. med henblik på at skabe og/eller opretholde sociale netværk, strukturer i dagligdagen mv.) samt hjælpemidler mv.

For det andet gør der sig en særlig problemstilling gældende i forhold til botilbud- og plejeboligområdet, hvor vedligeholdende træning ofte er en integreret del af den samlede indsats for den enkelte borger. Her vil en opdeling af de ydelser, der leveres efter serviceloven, og den vedligeholdende træning efter sundhedsloven ikke sikre færre eller mere hensigtsmæssige snitflader, men tværtimod skabe nye. Det vurderes endvidere ikke, at en samordning af reglerne om befordring, vil få stor betydning for netop denne målgruppe, idet ydelserne ofte leveres af personale, der er tilknyttet boformen.

For det tredje er målgruppen for vedligeholdelsestræning alle borgere uanset alder, der på grund af midlertidigt eller varigt nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for vedligeholdende træning af fysiske og psykiske færdigheder efter serviceloven. Vedligeholdelsestræning visiteres i dag af den kommunale visitator, der i øvrigt kender de evt. andre indsatser, der er igangsat over for en borger efter serviceloven. Det er et grundlæggende princip i sundhedsloven, at der henvises til genoptræning efter sundhedsloven på baggrund af en lægefaglig vurdering af behovet. En overførelse af den vedligeholdende træning vil for det første kunne betyde, at der skal indsættes et ekstra lægefagligt led i visitationen af borgere, der ellers har modtaget vedligeholdende træning i sammenhæng med andre ydelser efter serviceloven. For det andet kan servicelovens sigte mod afhjælpning af særlige sociale problemer svært

rummes inden for sundhedslovens formål, hvilket vil kunne få konsekvenser for den nuværende målgruppe for vedligeholdende træning. Det kan på sigt medføre, at servicelovens andre bestemmelser, der giver hjemmel til iværksættelse af en individuel træningsindsats af anden art, i praksis udvides med henblik på at imødekomme behovet for den del af målgruppen for servicelovens nuværende § 86, stk. 2, som efter sundhedslovens formål ikke vil kunne tilbydes vedligeholdende træning.

Tilknyttede rettigheder

Overførelsen af hele servicelovens nuværende § 86 vil betyde, at de tilknyttede rettigheder for både genoptræning og vedligeholdende træning samordnes. Under model 2 behandles dette for så vidt angår genoptræningsdelen i form af den nuværende § 86, stk. 1, i serviceloven.

I forhold til den vedligeholdende træning vil en overførelse til sundhedsloven betyde, at borgere, der i dag modtager træning efter serviceloven, nu vil få tildelt vedligeholdelsestræning efter de almindelige principper i sundhedsloven, dvs. hvor det er en autoriseret sundhedsperson, der vurderer behovet og indsatsen, fører journal og henviser, og hvor borgeren kan klage til patientklagenævnet. Dette vil betyde, at borgeren skal klage to forskellige steder i det tilfælde, at borgeren også modtager ydelser efter den sociale lovgivning, hvilket ofte vil være tilfældet for målgruppen for vedligeholdende træning.

Ved en overførelse af servicelovens § 86, stk. 2, vil der endvidere skulle tages stilling til, hvorvidt modtagere af vedligeholdende træning skal omfattes af sundhedslovens regler om frit valg og befordring. Omfattes vedligeholdende træning ikke af disse tilknyttede rettigheder, vil der fortsat være forskel på modtagernes rettigheder alt efter, hvilken form for træning der modtages. Omfattes målgruppen af de til sundhedsloven tilknyttede rettigheder, vil det betyde en udvidelse af persongruppen, der kan modtage befordringsgodtgørelse efter sundhedslovens bestemmelser og dermed betyde merudgifter for så vidt angår befordringsdelen.

Model 2: Servicelovens § 86, stk. 1, overføres til sundhedsloven § 140

Arbejdsgruppen har i forlængelse af model 1 drøftet muligheden for og hensigtsmæssigheden af alene at flytte servicelovens § 86, stk. 1, om genoptræning efter serviceloven over i sundhedsloven, så sundhedsloven dækker både kommunal genoptræning efter udskrivning fra sygehus og kommunal genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus.

Model 2: Genoptræning i én lovgivning



Forslaget om at flytte servicelovens § 86, stk. 1, om genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus, over i sundhedslovens § 140, vil indebære, at *alle* uanset alder og diagnose, der har et sundhedsfagligt begrundet behov for genoptræning efter en sygdomsperiode, vil være omfattet af samme bestemmelse.

Formålet

En samling af de to genoptræningsbestemmelser i sundhedsloven vil betyde, at alle patienter/borgere med et sundhedsfagligt begrundet behov for genoptræning efter sygdom eller ulykke får samme tilknyttede rettigheder, uanset om borgerens behov for genoptræning følger i forlængelse af udskrivning fra sygehus eller er opstået i forbindelse med sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus.

Modellens gennemførelse vil betyde, at kommunale sagsbehandlere, der i dag visiterer borgeren til genoptræning efter to forskellige lovgivninger, alt efter om de har en genoptræningsplan fra sygehus eller ej, fremover alene skal orientere sig i sundhedsloven for så vidt angår genoptræning. Det vil ligeledes være enklere for det udøvende træningspersonale at vejlede borgere i forhold til de tilknyttede rettigheder mv.

Det skal bemærkes, at en gennemførelse af modellen forudsætter, at den type genoptræning, der i dag gives til borgere efter servicelovens bestemmelse, herunder træning der sigter mod genoptræning af kognitive, emotionelle og sociale funktionsevne, fortsat kan gives i sundhedsloven efter en sundhedsfaglig vurdering.

Udvidelse af personkredsen for genoptræning efter serviceloven

I serviceloven er der i dag alene hjemmel til, at børn og unge under 18 år kan visiteres til vedligeholdelsestræning efter lovens § 86, stk. 2, jf. § 44, og således ikke til genoptræning efter § 86, stk. 1. For sundhedsloven gælder derimod, at alle uanset alder kan modtage genoptræning i forlængelse af sygehusbehandling efter § 140, hvis der er behov for det. Med en overførelse af servicelovens § 86, stk. 1, til sundhedsloven følger således en udvidelse af den personkreds, der i dag kan modtage genoptræning efter serviceloven. En udvidelse af personkredsen for genoptræning efter sygdom, hvor borgeren ikke har været indlagt på sygehus, vil dermed kunne medføre merudgifter.

Sundhedsfaglig vurdering af behovet for hjælp

Det er i dag ofte gennem en borgers kontakt til plejepersonalet på plejehjem, hjemmeplejen, pædagoger på botilbud, personale på sundhedscentre mv., at behovet for genoptræning efter servicelovens nuværende § 86, stk. 1, konstateres. Herefter foretager den kommunale visitation en konkret, individuel vurdering af borgerens behov for genoptræning og træffer afgørelse om, hvilken træning der skal iværksættes. Der er ikke i servicelovens nuværende bestemmelse krav om en lægefaglig vurdering af behovet.

Ved en overførelse af § 86, stk. 1, til sundhedslovens § 140 vil vurderingen af behovet for hjælp skulle ske via en lægefaglig vurdering af behovet. Dermed sikres, at adgangen til denne genoptræningsydelse sker på samme måde som til øvrige sundhedsydelser – nemlig via en lægefaglig vurdering af behovet.

Arbejdsgruppen vurderer, at det vil betyde et ekstra og tungt led i sagsgangen, hvis borgere, der ikke er behandlet på sygehus, men alene har behov for genoptræning efter fx en sygdomsperiode, skal have behovet for træning vurderet af sin praktiserende læge, der herefter eventuelt kan henvise til kommunal genoptræning. Der vil således opstå risiko for, at et ekstra led i sagsgangen også vil betyde længere sagsbehandlingstid, og at der vil gå længere tid, før genoptræningsindsatsen iværksættes, end det er tilfældet i dag.

Som alternativ hertil peger arbejdsgruppen på muligheden for at lade sundhedsfagligt personale vurdere behovet for genoptræning, dvs. lade fx kommunale sygeplejersker, fysioterapeuter samt ergoterapeuter overtage behovsvurderingen.

Henvisning/visitation til genoptræning uden forudgående sygehusbehandling vil, efter den foreslåede model om en sundhedsfaglig vurdering af borgerens behov for hjælp, således fortsat være et kommunalt myndighedsansvar, men med krav om involvering af det sundhedsfaglige personale i kommunerne. Praktiserende læger kan ikke henvise, men hvis egen læge konstaterer et genoptræningsbehov efter en sygdomsperiode vil denne, som det allerede er udbredt praksis efter servicelovens træningsbestemmelser, oplyse kommunen herom.

Nye snitflader mellem servicelov og sundhedslov

Samtidig med, at overførelsen af servicelovens § 86, stk. 1, til sundhedsloven vil medføre ensretning for så vidt gælder genoptræning, vil en sådan overførelse også – som det er gældende for model 1 – medføre en række nye og uhensigtsmæssige snitflader mellem serviceloven og sundhedsloven.

Udover, at genoptræning efter serviceloven ofte ydes i tæt sammenhæng med anden hjælp som fx personlig og praktisk hjælp og/eller socialpædagogisk bistand, vil der også med model 2 opstå en ny og uhensigtsmæssig snitflade mellem genoptræning efter sundhedsloven og vedligeholdende træning efter serviceloven. Nuværende genoptræning efter serviceloven § 86, stk. 1, forudsættes således, som det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, koordineret med tilbud om vedligeholdelsestræning samt eventuelle tilbud om personlig og praktisk hjælp og/eller socialpædagogisk bistand. I de tilfælde, hvor den vedligeholdende træning iværksættes i forlængelse af endt genoptræningsindsats efter såvel sundheds- som servicelov, skal den kommunale myndighed efter model 2 fortsat være opmærksom på de forskellige, ofte supplerende indsatser, der iværksættes efter andre lovgivninger.

Hvis indsatsen over for den målgruppe, der i dag sigtes mod med den nuværende § 86, stk. 1, fortsat skal ske i tæt sammenhæng med andre ydelser og indsatser efter serviceloven, vil det efter arbejdsgruppens vurdering være afgørende, at det fortsat på myndighedsniveau sikres, at indsatsen efter de to lovgivninger koordineres og sammentænkes i forhold til den enkelte borger. En gennemførelse af model 2 vil således ikke fjerne snitflader eller overgangsproblematikker mellem de to lovgivninger, men alene sikre, at der ikke er snitflader mellem de to deciderede genoptræningsbestemmelser.

En samling af de to bestemmelser vurderes derfor ikke at leve op til formålet om at sikre færre og færre uhensigtsmæssige snitflader mellem de to lovgivninger, da det efter arbejdsgruppens vurdering især er snitfladerne og overgangene mellem de forskellige ydelser, der leveres sideløbende med/supplerende til genoptræningsindsatsen, og ikke selve snitfladen mellem de to egentlige genoptræningsbestemmelser, der oftest udgør en udfordring for såvel medarbejdere som borgere.

Tilknyttede rettigheder

Som det fremgår af rapportens indledende afsnit, er det med kommunalreformen blevet et kommunalt myndighedsansvar at levere størstedelen af den genoptræning, der ikke foregår under sygehusindlæggelse, uanset hjemmelsgrundlaget. Der er knyttet forskellige

rettigheder til sundhedslovens § 140 og servicelovens § 86, stk. 1, i form af frit valg, befordring, klageadgang mv. (se bilag 3).

Med en overførsel af § 86, stk. 1, til sundhedsloven vil de tilknyttede patientrettigheder, herunder frit valg, klageadgang, befordring mv. for de patienter/borgere, der har behov for genoptræning, blive samordnet, jf. nedenfor.

Arbejdsgruppen bemærker i forlængelse af den nye snitflade mellem genoptræning og vedligeholdende træning, som vil opstå som følge af model 2, at der for så vidt angår de tilknyttede rettigheder også vil opstå en ny overgang mellem den nuværende § 86, stk. 1, i serviceloven om genoptræning og den nuværende § 86, stk. 2, om vedligeholdelsestræning ved en overførsel af førstnævnte til sundhedsloven.

Nedenfor følger en gennemgang af de tilknyttede regler samt en vurdering af konsekvenserne ved gennemførelsen af model 2 i forhold til de tilknyttede rettigheder.

Genoptræningsplan

Borgere med lægefagligt vurderet behov for genoptræning efter indlæggelse på sygehus har efter sundhedsloven krav på en genoptræningsplan. Dette gør sig ikke gældende for borgere, der får genoptræning efter serviceloven. En overførsel af § 86, stk.1, til sundhedsloven kan eventuelt medføre et pres på, at borgere, der ikke har været indlagt på sygehus, ligeledes får ret til en genoptræningsplan.

Befordring

En ny bestemmelse i sundhedsloven om genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet i tilknytning til sygehusindlæggelse, tilpasses efter model 2 de eksisterende befordringsregler for så vidt angår genoptræning efter udskrivning fra sygehus i medfør af sundhedslovens § 140.

Det indebærer, at personer, som i dag visiteres til genoptræning efter nuværende § 86, stk. 1, efter sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus, fremover vil have ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, hvis personer opfylder én af følgende betingelser:

- 1) Personen modtager pension efter de sociale pensionslove
- 2) Afstanden mellem personens bopæl og genoptræningsstedet overstiger 50 km.
- 3) Personens tilstand udelukker befordring med offentlige transportmidler, herunder bus, tog og færge.

For både pensionister og ikke-pensionister vil det desuden fremover blive en forudsætning for udbetaling af befordringsgodtgørelse, at udgiften med det efter forholdene billigste, forsvarlige befordringsmiddel overstiger et vist beløb. For pensionister er beløbet fastsat til 25 kr., for andre 60 kr.

Ovenstående indebærer således, at kommunalbestyrelsen fremover - ved en inkorporering af nuværende § 86, stk. 1, i sundhedsloven - vil skulle træffe afgørelse om befordring efter sundhedslovens regler.

Det bemærkes i den forbindelse, at genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus, i dag ofte foregår på kommunale træningscentre i tilknytning til pleje- og

dagscentre, ligesom træningen kan iværksættes i hjemmet eller på et eventuelt botilbud i forbindelse med andre kommunale hjælpeforanstaltninger, herunder personlig og praktisk hjælp eller socialpædagogisk bistand i medfør af servicelovens § 83 og, 85.

Konsekvensen i form af øgede udgifter til befordring er imidlertid vanskelig at forudse. Dels vil det afhænge af, i hvilket omfang målgruppen vil benytte mulighederne for frit valg efter sundhedslovens regler, jf. nedenfor, dels vil det afhænge af, i hvilket omfang udvidelsen af målgruppen til at inkludere børn vil øge brugen af bestemmelsen. En endelig vurdering vil endvidere være afhængig af resultatet af den igangværende analyse af befodringsreglerne på tværs af forskellige lovgivninger, som er sat i gang som led i regeringens afbureaukratiseringsindsats.

Frit valg

En ny bestemmelse i sundhedsloven om genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus, tilrettes efter model 2 til de eksisterende fritvalgsregler for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Borgere, der er visiteret til genoptræning efter § 86, stk. 1, har ikke efter de gældende bestemmelser krav på frit valg af leverandør. Fremover vil borgere, der henvises til genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus, få frit valg blandt alle kommunale genoptræningstilbud både inden for og uden for kommunegrænserne, ligesom de vil få mulighed for at vælge at modtage genoptræning hos evt. private udbydere, som bopælskommunen har indgået en leverandøraftale med.

Det bemærkes, at en kommunes genoptræningsinstitution af kapacitetsmæssige årsager kan afvise at modtage fritvalgspatienter, der har bopæl i en anden kommune, herunder hvis institutionen har væsentlig længere ventetider til genoptræning end andre kommunale genoptræningsinstitutioner, og hvis væsentlige hensyn til patienter fra egen kommune ellers vil blive tilsidesat.

Forslaget skønnes på fritvalgsdelen at være økonomisk neutralt. Omfanget af patienter, der fx vil krydse kommunegrænser for at modtage et kommunalt tilbud, må forventes at være begrænset set i lyset af, at målgruppen primært vil være ældre borgere. Endvidere har monitoreringsarbejdet kun vist et begrænset antal fritvalgspatienter i forhold til genoptræning efter udskrivning fra sygehus efter § 140.

Klageadgang

En ny bestemmelse i sundhedsloven om genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus, skal tilrettes den eksisterende klageadgang for så vidt angår genoptræning i medfør af sundhedslovens § 140.

Spørgsmålet om, hvorvidt en borger har krav på genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus, beror på, om der er et sundhedsfagligt begrundet behov herfor. En overførsel af nuværende § 86, stk. 1, til en ny bestemmelse i sundhedsloven vil således indebære, at en borger ikke længere vil have klageadgang til hverken kommunen i forbindelse med afgørelsen eller til Det Sociale Nævn. Fremover vil borgeren have adgang til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, hvortil der er adgang til at klage over sundhedspersoners faglige virksomhed, herunder vurderingen af patienters genoptræningsbehov.

Det bemærkes, at der allerede i dag efter de gældende regler er adgang til at klage til Patientklagenævnet over den faglige virksomhed i forbindelse med selve genoptræningen udført i medfør af servicelovens bestemmelser, herunder hvorvidt genoptræningsydelsen svarer til almindelig anerkendt faglig standard.

Fremover vil mangelfuld journalføring og manglende samtykke også skulle indbringes for Patientklagenævnet frem for Det Sociale Nævn.

Forslaget, hvad angår ensretning af klageadgang, skønnes økonomisk neutralt. Forslaget vil imidlertid indebære, at der som led i overførslen af genoptræningsbestemmelsen fra serviceloven til sundhedsloven vil skulle ske en overførsel af den økonomiske ramme, der i dag tilgår Det Sociale Nævn for så vidt angår behandling af klager i medfør af nuværende § 86, stk. 1, til Patientklagenævnet som økonomisk kompensation for den øgede aktivitet ved inkorporering af servicelovens § 86, stk. 1, som ny bestemmelse i sundhedsloven.

8.1.2. Arbejdsgruppens vurdering

Model 1

Det er arbejdsgruppens vurdering, at man ved en samling af bestemmelserne efter servicelovens § 86 i sundhedsloven vil skabe en ny u hensigtsmæssig snitfladeproblematik mellem den til sundhedsloven overførte vedligeholdelsestræning (dvs. servicelovens nuværende § 86, stk. 2) og servicelovens øvrige regelsæt, da særligt § 86, stk. 2, om vedligeholdelsestræning i dag visiteres i tæt sammenhæng med andre former for støtte og hjælp efter serviceloven. Det gælder særligt snitflader til servicelovens regler på børneområdet om træning i forbindelse med særlige dagtilbud og forældrenes udførelse af hjælpen i hjemmet, og bestemmelser på voksenområdet om personlig og praktisk hjælp, socialpædagogisk bistand, hjælpemidler mv.

En særlig problemstilling i forhold til § 86, stk. 2, gør sig endvidere gældende i forhold til botilbuds- og plejeboligområdet, hvor vedligeholdende træning ofte er en integreret del af den samlede indsats for den enkelte borger.

Arbejdsgruppens parter er således enige om, at det ikke er hensigtsmæssigt at samle den del af træningsgrundlaget, der er indeholdt i nuværende § 140 i sundhedsloven og hele nuværende § 86 i serviceloven i sundhedsloven, idet en sådan model ikke sikrer færre eller mere hensigtsmæssige snitflader mellem de to lovgivninger, sådan som det er formålet, jf. kommissoriet, med en overførelse/sammenlægning af træningsbestemmelserne.

Model 2

Samlet set indebærer forslaget, at genoptræning efter sygdom og ulykke samles i én lov, idet det præciseres, at genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet i tilknytning til sygehusindlæggelse, gælder alle uanset alder og diagnose, at det er et kommunalt ansvar, og at ydelsen tildeles efter en sundhedsfaglig vurdering.

Forslaget har en række afledte ensretninger for så vidt angår henvisning, befordring, frit valg og klageadgang, mens retten til genoptræningsplaner er uændret i og med, at det fastholdes, at det fortsat kun er i forbindelse med udskrivning fra sygehus, at patienten med et lægefagligt vurderet genoptræningsbehov skal tilbydes en skriftlig genoptræningsplan, jf. sundhedslovens § 84.

Forslaget indebærer, at det i praksis vil være de kommunale sundhedspersoner, der henviser borgere med et sundhedsfagligt begrundet behov for genoptræning efter en sygdomsperiode til genoptræning.

Forslaget indebærer endvidere, at der vil gælde de samme tilknyttede rettigheder, herunder frit valg, klageadgang og befordring for alle patienter/borgere, der har behov for genoptræning efter sygdom, uanset om det sker efter forudgående sygehusbehandling eller ej.

Endeligt indebærer forslaget, at målgruppen for bestemmelsen udvides til at omfatte børn og unge under 18 år.

Der er enighed i arbejdsgruppen om, at området, hvis der ses isoleret på genoptræning, på den baggrund bliver lettere at administrere, ligesom rettighederne bliver mere gennemsigtige og ensartede for den enkelte patient/borger uanset indgangen til genoptræningsområdet. Det vil kunne lette administrationen på området, idet visitator/sagsbehandler alene skal forholde sig til et sæt regler, ligesom vejledning af borgere vil kunne tage afsæt i et sæt tilknyttede rettigheder.

Arbejdsgruppen vurderer dog, at der med en samling af genoptræningsbestemmelserne i sundhedsloven vil opstå nye overgangsproblematikker mellem den nuværende § 86, stk. 1, i serviceloven om genoptræning og andre ydelser efter serviceloven, fx § 85 om socialpædagogisk bistand eller § 83 om personlig og praktisk hjælp og den nuværende § 86, stk. 2, om vedligeholdelsestræning. Særligt hensynet til, at afgørelse om behov for genoptræning efter § 86, stk. 1, i dag skal ske på baggrund af en konkret og individuel helhedsvurdering, hvor alle muligheder for hjælp efter den sociale lovgivning skal inddrages, bør veje tungt i vurderingen af de nye snitflader. Dette hensyn skal ses i lyset af, at målgruppen for den nuværende genoptræningsbestemmelse i serviceloven langt overvejende er borgere, der får anden hjælp efter serviceloven.

Det vurderes på den baggrund, at en samling af genoptræningsbestemmelserne i sundhedsloven reelt ikke vil medføre hverken færre snitflader mellem ydelser eller en lettere administrativ sagsgang, men alene vil lette kommunikationen til borgerne vedrørende de til træningen tilknyttede rettigheder.

Endelig kan det være vanskeligt at vurdere de økonomiske konsekvenser ved en samling i sundhedsloven og den medfølgende ensretning af tilknyttede rettigheder. Det gælder særligt i forhold til øgede muligheder for vederlagsfri befordring og i forhold til, at der vil være en udvidelse af personkredsen. Det er endvidere vanskeligt at vurdere, om en overførelse af genoptræningsbestemmelsen fra serviceloven til sundhedsloven, med deraf følgende krav om sundhedsfaglig vurdering af behovet for træning, kan medføre en risiko for en udvidelse af praksis i forhold til visitation til andre af servicelovens bestemmelser, der giver mulighed for træning.

Arbejdsgruppen bemærker også, at reglerne om befordring på tværs af forskellige lovgivninger som led i regeringens afbureaukratiseringsindsats er ved at blive analyseret i en selvstændig arbejdsgruppe med det formål at samordne og forenkle dem. Resultaterne af dette arbejde vil have afgørende betydning for, hvilke økonomiske konsekvenser ensretningen af de tilknyttede rettigheder efter en overførelse af § 86, stk. 1, vil medføre.

Arbejdsgruppen er således enige om, at det ikke er hensigtsmæssigt at samle den del af træningsgrundlaget, der er indeholdt i nuværende § 140 i sundhedsloven og nuværende § 86, stk.1, i serviceloven i sundhedsloven, idet en sådan model ikke sikrer færre eller mere hensigtsmæssige snitflader mellem de to lovgivninger, sådan som det er formålet, jf. kommissoriet, med en overførelse/sammenlægning af træningsbestemmelserne. Det er endvidere vanskeligt at vurdere de økonomiske konsekvenser af en sådan overførelse, omend arbejdsgruppen vurderer, at det næppe vil være udgiftsneutralt.

8.1.3. Andre snitfladeproblematikker mellem serviceloven og sundhedsloven

I sit arbejde med at analysere bestemmelserne om genoptræning og vedligeholdelsestræning på træningsområdet, som ligger i henholdsvis servicelovens § 86 og sundhedslovens § 140, er arbejdsgruppen blevet opmærksom på to andre potentielle snitfladeproblematikker mellem de to lovgivninger.

Det drejer sig om snitfladerne mellem henholdsvis servicelovens § 86, stk. 1, om genoptræning og sundhedslovens § 67 om tilskud til behandling hos fysioterapeut efter lægehenvielse, henholdsvis servicelovens § 86, stk. 2, om vedligeholdelsestræning og sundhedslovens § 140 a om vederlagsfri fysioterapi til svært handicappede og personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der kan være tale om en potentielt overlappende målgruppe (for så vidt angår den fysiske rettede del af genoptræningsindsatsen efter servicelovens § 86, stk. 1), idet en borger, der opfylder kriterierne herfor, vil kunne modtage ydelser efter begge par af bestemmelser, alt efter hvilken indgang til træningsområdet borgeren benytter sig af; den praktiserende læge eller den kommunale forvaltning.

I det følgende vil de to sæt af bestemmelser i begge lovgivninger blive gennemgået herunder forhold, der efter arbejdsgruppens vurdering giver anledning til at se nærmere på overlappende målgrupper og dermed potentielle snitfladeproblematikker. Derefter følger arbejdsgruppen samlede vurdering af, hvordan de to problemstillinger kan imødegås.

Sundhedslovens § 67 og servicelovens § 86, stk. 1

Efter sundhedslovens § 67 kan regionsrådet yde tilskud til behandling hos fysioterapeut efter lægehenvielse. De nærmere vilkår for tilskud, herunder ydelsesbeskrivelser, til fysioterapi hos fysioterapeut efter lægehenvielse fremgår af overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter. Der ydes ligeledes tilskud i forbindelse med behandling i patientens hjem.

Efter § 86, stk.1, skal kommunalbestyrelsen tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Det fremgår af lovbemærkningerne, at tilbuddet om genoptræning efter § 86, stk.1, forslås givet til ældre, som på grund af sygdom, der ikke er behandlet på et sygehus, har fået reduceret funktionsevnen, og hvor kommunen vurderer, at funktionsevnen kan genvindes ved genoptræning. Det fremgår endvidere, at det ofte vil være den praktiserende læge eller hjemmeplejen, som konstaterer, at borgeren efter sygdom har en funktionsnedsættelse.

Den potentielle snitfladeproblematik, som arbejdsgruppen ser det, er, at borgere i nogle tilfælde, fx efter et fald, vil kunne modtage genoptræning efter begge bestemmelser. Hvis fx en borger falder og slår knæet, og derefter går til lægen, kan lægen efter en lægefaglig vurdering henvise til genoptræning ved fysioterapeut med tilskud efter § 67 i sundhedsloven. Hvis den samme borger imidlertid henvender sig til den kommunale forvaltning først, eller den kommunale myndighed på anden måde bliver bekendt med borgerens funktionsnedsættelse, fx ved besøg af hjemmeplejen, kan kommunen på baggrund af en konkret, individuel vurdering visiterer til genoptræning efter § 86, stk.1.

Arbejdsgruppens opfattelse er derfor, at en gruppe borgere i nogle tilfælde kan have et træningsbehov, der både kan opfyldes via fysioterapeutisk behandling efter § 67 i sundhedsloven og genoptræning efter § 86, stk.1, i serviceloven. Og at det for den gruppe er borgerens første kontakt – og kendskab til mulighederne i hhv. serviceloven hhv. sundhedsloven - der kan være afgørende for, hvilken bestemmelse borgeren får genoptræning efter.

Arbejdsgruppens vurdering er, at ovennævnte snitfladeproblematik hovedsageligt bunder i, at der ikke i servicelovens § 86, stk. 1 eller i bemærkningerne til lovforslaget er en klar afgrænsning af målgruppen for § 86, stk. 1.

Idet henvisningen til genoptræning efter § 67 indebærer delvis brugerbetaling for borgeren, mens et tilbud om genoptræning efter § 86, stk. 1, er vederlagsfrit, er det af stor betydning for borgeren, om vedkommende modtager genoptræning efter den ene eller anden bestemmelse. Ligesom det også har stor betydning for henholdsvis kommunen og regionen, idet § 67 tilskuddet er betalt af regionen, mens § 86, stk. 1, er kommunalt finansieret.

Såfremt, man vil undgå uhensigtsmæssigheder (gratis kommunal træning versus egenbetaling i privat praksis) eller dobbeltdækning (både tilbud om kommunal træning og tilskud til fysioterapi i privat praksis), er en mulig løsning, at målgruppen for § 86, stk.1, beskrives eller afgrænses nærmere. En mere præcis afgrænsning af § 86, stk.1. vil dog kræve en lovændring.

Sundhedslovens § 140 a og servicelovens § 86, stk. 2

Borgere, der er svært handicappede eller har en funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, kan efter sundhedslovens § 140 a modtage vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvvisning. Der er en række betingelser knyttet hertil, herunder omfang af det fysiske handicap og diagnosekrav, der skal være opfyldt, for at borgeren kan visiteres til ydelsen. Se bilag 2 for en nærmere beskrivelse heraf. Tilbuddet om vederlagsfri fysioterapi efter sundhedsloven gives på baggrund af en lægefaglig vurdering af borgerens behov.

Efter servicelovens § 86, stk. 2, kan borgere, der på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse har behov herfor, modtage vedligeholdende træning. Den vedligeholdende træning skal hjælpe borgeren med at vedligeholde fysiske og psykiske færdigheder. Der vil ofte være tale om en fysio- eller ergoterapeutisk indsats. Det er kommunalbestyrelsen, der visiterer borgeren til vedligeholdende træning, og der er ikke krav om en lægefaglig vurdering af behovet.

For så vidt angår de borgere, der får fysisk rettet træning via vedligeholdende træning efter serviceloven, kan der efter arbejdsgruppens opfattelse være tale om en potentiel

overlappende målgruppe i forhold til ydelserne efter sundhedslovens § 140 a. Hvorvidt målgruppen modtager træning efter den ene eller anden bestemmelse vil afhænge af borgerens indgang til visitationen. Det kan fx dreje sig om apopleksipatienter, der har brug for at vedligeholde fysiske færdigheder efter endt genoptræningsindsats. Nogle apopleksipatienter, som ikke tidligere har været i kontakt med fx den kommunale hjemmepleje, vil oftest være i kontakt med egen læge, mens andre apopleksipatienter, der fx bor i en plejebolig, vil være i kontakt med plejepersonalet og derigennem den kommunale myndighed. Afgørende for, hvorvidt borgeren modtager vedligeholdende træning efter sundhedsloven eller serviceloven vil altså, som gennemgået ovenfor, være afhængig af borgerens indgang til træningsområdet; enten via kontakt til egen læge eller via kontakt med den kommunale forvaltning.

Der er ikke brugerbetaling for nogen af ydelserne, så indgangen til en vedligeholdende træning vil ikke umiddelbart have betydning for borgeren. Det er også kommunen, der finansierer begge ydelser, men borgerens indgang vil have betydning for kommunens afregning for ydelsen. Det er ofte privatpraktiserende fysioterapeuter, der leverer vederlagsfri fysioterapi efter sundhedsloven, som er visiteret af praktiserende læge, mens tilbud om vedligeholdende træning efter serviceloven visiteret af kommunen ofte leveres i regi af fx det kommunale træningscenter, af personalet ved et plejecenter mv. Der kan således være forskel på prisen pr. ydelse. KL vurderer i den forbindelse, at de oprindelige faglige intentioner om, at tilbuddet om vederlagsfri fysioterapi langt overvejende bør gives på hold i højere grad bør afspejles i praksis.

Der kan også være patientgrupper, som kan have fordel af et tværfagligt tilbud efter servicelovens § 86, stk. 2, frem for alene at få fysioterapi efter sundhedslovens § 140a.

Det fremgår fx af Sundhedsstyrelsens vejledning om vederlagsfri fysioterapi, at, for så vidt angår børn, bør henvisende læge undersøge mulighederne for at henvise barnet og forældrene til et tilbud i kommunalt regi, som kan varetage barnets komplekse behov.

En mulig løsning på snitfladeproblematikken mellem sundhedslovens § 140a og servicelovens § 86, stk. 2, kunne være, at Sundhedsstyrelsen overvejer mulighederne for i vejledningen om vederlagsfri fysioterapi 1) at udvide formuleringerne på børneområdet, om at henvisende læge bør undersøge mulighederne for at henvise borgeren til et tilbud i kommunalt regi, til at omfatte andre områder og 2) at tilføje et afsnit i vejledningen, der opfordrer til tættere dialog og evt. anviser konkrete værktøjer til at styrke samarbejdet mellem kommune og henvisende læge om patienterne og deres behov for vedligeholdende træning.

8.1.4. Arbejdsgruppens vurdering

Arbejdsgruppen er af den opfattelse, at der på nuværende tidspunkt ikke er et tilstrækkelig grundlag for at opstille en egentlig løsningsmodel for snitfladen mellem sundhedslovens § 86, stk. 1 og sundhedslovens § 67, idet arbejdsgruppen ikke inden for rammerne af kommissoriet har kunnet afdække praksis efter sundhedsloven og serviceloven eller kunnet afgrænse størrelsen af målgrupperne for de to bestemmelser. Dette er afgørende for en endelig vurdering af mulige løsningsmodeller og deres konsekvenser. Det skal ses i lyset af, at nogle løsningsmodeller givet vil medføre ændringer i borgeres betaling for genoptræning, en ændret udgiftsfordeling mellem kommuner og regioner samt en potentiel indsnævring af målgruppen for § 86, stk.1, i forhold til i dag.

I forhold til snitfladeproblematikken mellem servicelovens § 86, stk. 2, og sundhedslovens § 140a vurderer arbejdsgruppen, at Sundhedsstyrelsen skal overveje mulighederne for, at princippet om, at henvisende læge bør undersøge mulighederne for at henvise borgeren til et tilbud i kommunalt regi, omfatter andre områder samt at tilføje et afsnit i vejledningen, der opfordrer til tættere dialog og evt. anviser konkrete værktøjer til at styrke samarbejdet mellem kommune og henvisende læge om patienterne.

8.2. Mindskelse af snitflader i tilknyttede rettigheder

8.2.1. Analyse af mulige løsningsmodeller

Af regelgennemgangen af de til træningsområdet tilknyttede rettigheder og regler (afsnit 7.3) fremgår det, at der er knyttet en række forskellige rettigheder til de respektive (genop)træningsbestemmelser i medfør af henholdsvis serviceloven og sundhedsloven. Det drejer sig om regler for, hvordan der træffes afgørelse om tilbud om træning, herunder forskellige grundlag for afgørelser i form af kvalitetsstandarder og lægefaglige vurderinger, og det drejer sig om befodringsregler, muligheden for frit valg af leverandør og klagegangen på de to lovgivningsområder.

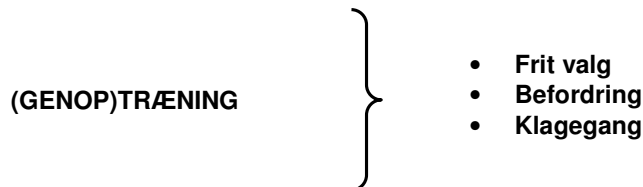
Borgere, der modtager tilbud om (genop)træning, vil således være forskelligt stillet i forhold til muligheden for frit valg af leverandør, muligheden for at modtage tilskud til befodrning og i forhold til klageadgang afhængigt af, hvilken lovgivning ydelsen er hjemlet i. Det kan ikke alene skabe uklarhed for den enkelte borger om, hvilke rettigheder der knytter sig til den form for træning, borgeren modtager, men også for den kommunale myndighed og de praktikere, borgeren er i kontakt med.

I afsnit 8.1 blev mulighederne for at mindske antallet af snitflader mellem sundhedsloven og serviceloven beskrevet. Opstillingen af model 1 og 2 sigtede mod at flytte servicelovens bestemmelser om genoptræning og vedligeholdelsestræning over i sundhedsloven med henblik på at samle hovedparten af genoptræning og vedligeholdelsestræning i én lovgivning. En samling af hjemmelsgrundlaget til eksempelvis genoptræning i sundhedsloven ville bevirke, at modtagere af genoptræning vil få de tilknyttede rettigheder og regler, der følger efter sundhedslovens bestemmelser, uanset om træningen er ydet i forlængelse af sygehusindlæggelse eller ej.

Det er imidlertid arbejdsgruppens vurdering, at ingen af de opstillede modeller sikrer færre snitfladeproblematikker. Det er derfor arbejdsgruppens vurdering, at der kan være behov for at se nærmere på mulighederne for en ensretning og/eller tydeliggørelse af de rettigheder, der knytter sig til de to lovgivninger.

For at illustrere muligheden for at sikre mere ensartethed for så vidt angår de tilknyttede regler og rettigheder på træningsområdet, koncentrerer model 3 sig alene om regelforenklning af de tilknyttede rettigheder på træningsområdet i form af frit leverandørvalg, befodrning og klagegang.

Model 3: Regelforenklning af tilknyttede bestemmelse/rettigheder



Der er i forbindelse med en række af regeringens udspil, herunder regeringsgrundlag, kvalitetsreform og regelforenklingsplanen "*Mere tid til velfærd*", allerede iværksat initiativer, der retter sig mod flere af de i denne sammenhæng relevante tilknyttede rettigheder. For så vidt angår frit leverandørvalg, har regeringen løbende, eksempelvis i regi af regeringens kvalitetsreform og et barriereudvalg på fritvalgsområdet, fokus på udviklingen. Samtidig er der i regeringens regelforenklingsplan allerede fremlagt en række forslag til regelforenklning på blandt andre det sociale og det sundhedsfaglige område, hvoraf enklere regler for befordring samt nem og hurtig klageadgang på sundhedsområdet er relevante at nævne her.

Hvad angår de tilknyttede rettigheder i form af frit leverandørvalg, befordring og klageadgang, har Indenrigs- og Sundhedsministeriet (det tidligere Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) og Socialministeriet i december 2009 udgivet en ny fælles vejledning om træning i kommuner og regioner. Formålet med vejledningen er at give et samlet overblik over reglerne for kommunernes og regionernes ydelser på træningsområdet.

Endvidere er Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet og Beskæftigelsesministeriet i gang med at udarbejde en tværministeriel vejledning om rehabilitering, hvor også ydelser på genoptræningsområdet indgår. Formålet er at understøtte kommunernes tværgående opgaveløsning inden for den gældende lovgivning på rehabiliteringsområdet.

8.2.2. Arbejdsgruppens vurdering

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en del af de uklarheder i praksis, der eksisterer på træningsområdet, og som kan give anledning til efterspørgsel efter regelforenklning og præcisering af gældende regler, ligger i de til træningsområdet tilknyttede bestemmelser og rettigheder.

Det er på den baggrund arbejdsgruppens samlede vurdering, at der med fordel kan ske en regelforenklning på træningsområdet for så vidt angår de tilknyttede rettigheder. Det er videre arbejdsgruppens vurdering, at der med de allerede igangsatte initiativer til regelforenklning og kvalitetsforbedrende tiltag netop i forhold til de til træningsområdet tilknyttede rettigheder, er taget hul på et arbejde, der sigter mod samme formål. Det er således arbejdsgruppens anbefaling, at der arbejdes videre med disse initiativer

8.3. Snitflader i sundhedsloven

8.3.1. Analyse af mulige løsningsmodeller

En person kan ikke modtage genoptræning efter udskrivning fra sygehus (§ 140), vederlagsfri fysioterapi efter § 140a eller tilskud til fysioterapi efter § 67 for samme lidelse.

Arbejdsgruppen er således enig om, at der ikke er deciderede snitflader internt i sundhedsloven

I Vejledning om træning i kommuner og regioner 2009 er det således præciseret, at vederlagsfri fysioterapi ikke kan anvendes til fysioterapi for eventuelle andre sygdomme og tilstande, som personen har, end dem, der er nævnt i Sundhedsstyrelsens vejledning om vederlagsfri fysioterapi. På samme måde berettiger funktionsnedsættelse, som følger af generel udviklingshæmning, alder eller smerter alene, ikke til vederlagsfri fysioterapi.

Det fremgår endvidere, at hvis en person, der er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi, har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus i forbindelse med behandling af en anden lidelse, skal personen således tilbydes genoptræning efter sundhedslovens § 140, og sygehuset skal udarbejde en genoptræningsplan i forbindelse med, at behandlingen på sygehuset afsluttes. En patients ret til at modtage vederlagsfri genoptræning efter udskrivning fra sygehus i medfør af sundhedslovens § 140 kan ikke erstattes af tilskud til behandling hos fysioterapeut eller til vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens § 140 a.

En patient, der efter sundhedslovens § 140 modtager genoptræning efter udskrivning fra sygehus, har ikke samtidig ret til at modtage tilskud til behandling hos fysioterapeut efter sundhedslovens § 67 eller til at modtage vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens § 140 a for samme lidelse.

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for regelforenklning i forhold til en samling af sundhedslovens træningsbestemmelser, henholdsvis § 67 om tilskud til fysioterapi, § 140 om genoptræning efter udskrivning fra sygehus samt § 140 a om vederlagsfri fysioterapi.

For så vidt angår tilskud til fysioterapi efter sundhedslovens § 67, yder regionen tilskud til behandling hos fysioterapeut efter lægehenvielse. De nærmere vilkår for ydelserne, herunder ydelsernes indhold og indikation for ydelserne, er fastlagt i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Danske Fysioterapeuter på tilsvarende vis som øvrige sundhedsydelser, der tilbydes i praksissektoren.

Der er således tale om velafgrænsede, sundhedsfaglige ydelser, som udføres af autoriserede sundhedspersoner (her fysioterapeuter) efter lægehenvielse og efter nærmere specificerede sundhedsfaglige indikationer. Da ydelser efter § 67 er praksissektorydelser, er bestemmelsen placeret i sundhedslovens kapitel V om praksissektorens ydelser som øvrige praksissektorydelser, hvor regionerne har finansierings- og forsyningsansvaret.

For så vidt angår vederlagsfri fysioterapi efter § 140a, tilbyder kommunen vederlagsfri behandling hos fysioterapeut efter lægehenvielse til personer med et svært fysisk handicap eller funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom. De nærmere vilkår for ydelserne er fastlagt i overenskomsten mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter og i en vejledning fra Sundhedsstyrelsen. I vejledningen er det bl.a. med en diagnoseliste præciseret, hvilke patienter der er omfattet af tilbuddet om vederlagsfri fysioterapi efter § 140a.

Kommunen skal tilbyde vederlagsfri behandling enten hos fysioterapeut i praksissektoren eller ved at etablere tilbud om fysioterapi på egne institutioner eller ved at indgå aftaler med andre kommuner eller private institutioner. De nærmere vilkår for vederlagsfri

fysioterapi ydet ved kommunale institutioner, herunder ydelsesbeskrivelser, skal være identiske med de vilkår, som fremgår af overenskomsten mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter om vederlagsfri fysioterapi.

Vederlagsfri fysioterapi omfatter altså ligeledes velafgrænsede sundhedsydelse til en præcist defineret patientgruppe. Ydelserne skal udføres (på ansvar) af autoriseret sundhedspersonale og kan kun tilbydes efter lægehenvielse. Da det er kommunerne, som har myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi, er bestemmelsen herom placeret i sundhedslovens afsnit IX om kommunale sundhedsydelser.

8.3.2. Arbejdsgruppens vurdering

På baggrund af ovenstående er arbejdsgruppen enig om, at det ikke er meningsfuldt at samle træningsbestemmelserne i sundhedsloven i én træningsbestemmelse, ligesom der hverken er et forenklingspotentiale eller et behov for tydeliggørelse i forhold til sundhedslovens træningsbestemmelser.

8.4. Snitflader i serviceloven

8.4.1. Analyse af mulige løsningsmodeller

Analyse af træningsbestemmelser på børneområdet

Som det fremgår af regel- og målgruppeoversigten i bilag 1 og 2 kan børn og unge modtage genoptræning efter følgende paragraffer i serviceloven:

- § 11, stk. 3. Rådgivning, vejledning og behandling
- § 32 Særlige dag- og klubtilbud og forældres udførelse af hjælpen i hjemmet
- § 44 Vedligeholdelsestræning
- § 52, stk. 3, nr. 10. Rådgivning, behandling, praktisk og/eller pædagogisk støtte

Servicelovens bestemmelser om træning af børn skal ses i sammenhæng med bestemmelser om træning via sundhedsloven og træning via undervisningslovgivningen.

Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt et helt klart billede af, hvordan de eksisterende bestemmelser i serviceloven, som hjemler en kommunal forpligtelse til at tilbyde bl.a. træning til børn og unge, fungerer i praksis. Et klart billede kan fx tilvejebringes gennem en praksisundersøgelse.

Det er imidlertid fælles for de forskellige lovgivninger, der dækker området, at kommunalbestyrelsen har en forpligtelse til at sikre en koordinering af de støtteforanstaltninger, der måtte være iværksat i forhold til det enkelte barn, således at disse i videst muligt omfang understøtter og supplerer hinanden.

En eventuel regelforenkling på servicelovens område skulle have til formål at forenkle sagsbehandlerens arbejde med at bevillige den nødvendige træning. Der har fra flere sider har været efterlyst et klarere hjemmelsgrundlag i serviceloven på træningsområdet for børn og unge. Det sker bl.a. på baggrund af Ankestyrelsens principafgørelse 62-09 fra 2008, hvori Ankestyrelsen udtaler, at der i § 11, stk. 3, alene er hjemmel til at bevilge støtte til enkeltstående eller helt midlertidige og kortvarige behandlingsforløb. Der peges fra flere sider endvidere på, at det i mange tilfælde vurderes at være unødigt omstændigt at give træning efter servicelovens § 52, stk. 3, litra 10, da denne bestemmelse kræver en forudgående § 50 undersøgelse.

§ 11, stk. 3 - Rådgivning, vejledning og behandling:

§ 11, stk. 3, har karakter af at være en meget generel og bred bestemmelse, som retter sig mod en bredere målgruppe end børn og unge med behov for fysio- og ergoterapeutisk behandling eller anden træning. Formålet med bestemmelsen er dels at give rådgivning og afhjælpe de problemer og behov, der allerede eksisterer for det enkelte barn/den enkelte unge og deres familier, og som i nogle tilfælde kan have forbigående karakter, fx fordi de er opstået i forbindelse med en ulykke, dels at forebygge, at problemerne vokser sig større. I og med, at bestemmelsen har et bredt sigte, og at den alene omfatter den indledende behandling/undersøgelse, der fx er nødvendig for at kunne vurdere behovet for hjælp, eller enkeltstående midlertidige og kortvarige behandlingsforløb, er det vurderingen, at det ikke er hensigtsmæssigt eller vil forenkle sagsbehandlingen at udvide hjemmelen i servicelovens § 11.

§ 32 - Særlige dagtilbud og forældres udførelse af hjælpen i hjemmet

Bestemmelsen er målrettet børn og unge med varig og betydelig nedsat funktionsevne. Der er tale om en bestemmelse, der dels giver tilbud om særlig støtte og hjælp i særlige dag- eller klubtilbud til børn eller unge med handicap, og som giver mulighed for, at forældre kan udføre træning af deres barn i hjemmet. Bestemmelsen er således rettet mod en afgrænset personkreds, og bestemmelsen er derfor ikke egnet til at omfatte træning for andre målgrupper.

§ 44 - Vedligeholdelsestræning:

Bestemmelsen hjemler, at de regler, der gælder omkring vedligeholdelsestræning og personlig og praktisk hjælp på voksenområdet, finder tilsvarende anvendelse på børneområdet. Efter § 86, stk. 2, er der pligt til at tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder hos personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevnenedsættelse – og denne forpligtelse gælder således også i forhold til børn og unge.

Der er ikke en tilsvarende henvisning i § 44 til § 86, stk. 1, som omhandler genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, som ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

Et forslag kunne derfor være at tilvejebringe en hjemmel i § 44, hvorefter henvisningen til § 86 omfatter hele bestemmelsen og ikke kun § 86, stk. 2. Man ville således skabe en mere klar hjemmel til, at kommunerne kan give en eventuel genoptræning i en afgrænset periode, uden at der skal laves en foranstaltning efter § 52, stk. 3, og dermed en § 50-undersøgelse, jf. nedenfor.

Hvis der indføres en henvisning fra § 44 til § 86, stk. 1, bør der tages nøje stilling til, hvilken målgruppe en sådan bestemmelse er rettet mod, og hvilke konkrete ydelser bestemmelsen dækker over, for at sikre en klar afgrænsning til såvel sundheds- som undervisningsområdet, herunder også for at kunne identificere eventuelle økonomiske konsekvenser.

§ 52, stk. 3, nr. 10 – Rådgivning, behandling og støtte til børn og unge

Målgruppen for bestemmelsen er børn og unge, som er omfattet af de såkaldte foranstaltninger efter servicelovens § 52 i lovens kapitel 11 om særlig støtte til børn og unge, hvilket bl.a. også kan omfatte børn og unge med nedsat funktionsevne. Formålet med lovens kapitel 11 er at yde støtte til de børn og unge, der har særligt behov for hjælp, med henblik på at skabe de bedst mulige opvækstvilkår for disse børn og unge, så

de på trods af deres individuelle vanskeligheder kan opnå de samme muligheder for personlig udfoldelse, udvikling og sundhed som deres jævnaldrende.

Bestemmelsen giver hjemmel til, at kommunen kan tilbyde rådgivning, behandling, praktisk og/eller pædagogisk støtte til børn og unge, som har behov for særlig støtte, og som ikke er dækket af de øvrige foranstaltninger i § 52. Det kan fx være fysio- og ergoterapeutisk behandling som led i genoptræning af børn og unge i det omfang, genoptræningen ikke dækkes af anden lovgivning. Formålet med bestemmelsen i § 52, stk. 3, nr. 10, er at give kommunen vidde rammer i forhold til at målrette indsatsen efter barnets eller den unges særlige behov.

§ 52, stk. 3, nr. 10 har et meget bredt sigte og fungerer i praksis som en "opsamlingsbestemmelse" i forhold til målretning af den nødvendige hjælp til børn og unge med særlige behov. Bestemmelsen er af samme årsag knyttet til kravet om en § 50 undersøgelse af barnets eller den unges forhold.

Analyse af træningsbestemmelser på voksenområdet

Inden for servicelovens rammer er der som beskrevet fire bestemmelser, hvorefter voksne kan modtage en træningsindsats:

- § 85 Socialpædagogisk bistand
- § 86 stk. 1. Genoptræning
- § 86, stk. 2. Vedligeholdelsestræning
- § 102 Træning af behandlingsmæssig karakter

Arbejdsgruppen har overvejet, hvorvidt bestemmelserne ud fra et forenklingsspektiv med fordel kunne samles i en eller flere træningsbestemmelser i serviceloven.

§ 85 Træning i form af socialpædagogisk bistand

Som beskrevet i regel gennemgangen blev socialpædagogisk bistand indført i 1998, da serviceloven afløste bistanndsloven, og man ophævede institutionsbegrebet på voksenområdet. Hermed blev den bygningsmæssige ramme adskilt fra den hjælp, som den enkelte borger med behov herfor modtager. En visitation til hjælp, bl.a. i form af socialpædagogisk bistand, sker i dag uafhængigt af boform. § 85 giver hjemmel til, at kommunalbestyrelsen kan tilbyde borgere med betydelige funktionsnedsættelser eller særlige sociale problemer en vifte af forskellige indsatser i form af pædagogisk bistand, vejledning, ledsagelse, rådgivning og hjælp til selvhjælp mv. Som beskrevet i regel gennemgangen udgør træning kun én ud af en række mulige indsatser efter bestemmelsen, der netop giver mulighed for, at borgere med behov herfor kan modtage en samlet og helhedsorienteret indsats tilpasset deres behov og konkrete omstændigheder.

Der er således tale om en bestemmelse, hvor det vil være vanskeligt at adskille den mere træningsrelaterede del af støtten fra den pædagogiske indsats eller fra bestemmelsens mulighed for at yde anden form for støtte. Endvidere skal træning i form af socialpædagogisk bistand ses ikke alene i relation til andre træningsindsatser efter såvel servicelov, sundhedslov som specialundervisningsloven, men i vidt omfang også i sammenhæng med andre former for tilbud og støtte i servicelovens bestemmelser, som fx personlig og praktisk hjælp efter lovens § 83 og ledsagelse efter § 97. En ændring eller forenkling af bestemmelsen vurderes således at være i modstrid med bestemmelsens helhedsorienterede sigte, ligesom det vil kunne bevirke nye snitfladeproblematikker til andre bestemmelser.

§ 86 Genoptræning og vedligeholdelsestræning

Den eneste regulære træningsbestemmelse i serviceloven er § 86, stk. 1 og stk. 2. Genoptræning og vedligeholdelsestræning efter hhv. stk. 1 og stk. 2 er i dag adskilt ved formål og i et vist omfang personkreds. Forskellen i de to bestemmelser kan til dels forklares ved, at bestemmelsen om genoptræning blev indført i 2000 parallelt med sundhedslovens § 140 om borgerens ret til genoptræningsplaner, når der ved udskrivelse fra sygehus var lægefaglig vurdering af et genoptræningsbehov. Servicelovens bestemmelse om genoptræning skulle her sikre, at borgere, der ikke i forbindelse med sygehusindlæggelse modtog genoptræning, kunne modtage denne via den sociale lovgivning. Vedligeholdelsesbestemmelsen var derimod tidligere knyttet til servicelovens bestemmelse om personlig og praktisk hjælp, og blev først i 2002 knyttet til samme paragraf som genoptræningsbestemmelsen.

Det kan dog i praksis være svært at skelne mellem, hvornår en indsats går fra at være genoptræning til at være vedligeholdelsestræning, hvilket kunne tale for en samling af de to ydelser. Bestemmelserne har begge til formål at forhindre svækkelse og forebygge øget behov for hjælp, og de to træningsydelser forudsættes, som der fremgår af vejledningen til bestemmelserne, koordineret med hinanden.

Der er dog også væsentlig og begrundet forskel på de bestemmelser. For det første er formålet for genoptræning at opnå bedst mulige grad af funktionsevne og træningen er tidsbegrænset til den periode, hvor funktionsniveauet fortsat kan forbedres. Vedligeholdelsestræning derimod skal forhindre funktionstab og fastholde hidtidige funktionsniveau og har ingen tidsafgrænsning. For det andet er personkredsen for de to bestemmelser heller ikke den samme, idet genoptræning er afgrænset til personer med funktionsnedsættelse som følge af en sygdom, der ikke behandles i tilknytning til sygehusindlæggelse, mens vedligeholdelsestræning skal tilbydes alle, der på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, kroniske lidelser eller særlige sociale problemer har behov herfor. For det tredje er genoptræningsindsatsen rettet mod problemer i kroppens funktioner eller anatomi samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger, mens vedligeholdelsestræning omfatter fysiske og psykiske færdigheder.

En samling af genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86, stk. 1 og stk. 2, i én samlet træningsbestemmelse vil indebære en mulig udvidelse af personkredsen for så vidt angår tilbud om genoptræning, ligesom de overlap, der kan være mellem de to bestemmelser, ikke vurderes som værende en snitflade, der i praksis volder problemer, men mere som en overgang fra den ene til den anden ydelse.

Det vides ikke, i hvilket omfang træning i form af socialpædagogisk bistand i praksis overlapper enten genoptræning og/eller vedligeholdelsestræning. Umiddelbart vurderes det dog ikke, at det udgør et problem for kommunerne, da bl.a. formålet og personkredsen for de forskellige bestemmelser i serviceloven i vidt omfang er forskelligt, og da kommunen har det samlede ansvar for visitation, finansiering og levering af ydelserne, ligesom der ikke er forskel i de tilstødende bestemmelser om befordring, klageadgang mv.

Det vurderes således ikke at være en forenklingsgevinst hverken ved at lægge de to bestemmelser i servicelovens § 86 sammen eller ved at samle dem med andre af servicelovens bestemmelser.

§ 102 Træning af behandlingsmæssig karakter

§ 102 giver kommunerne hjemmel til at give tilbud om behandling, når denne behandling på baggrund af en borgers særlige behov og betydelige nedsatte funktionsevne ikke kan gives i det sædvanlige behandlingssystem. Der er dels tale om en opsamlingsbestemmelse, der bl.a. har til formål at sikre, at også borgere med vidtgående funktionsnedsættelser, herunder fx problemskabende adfærd eller kommunikationsvanskeligheder, kan modtage den nødvendige tandbehandling, fysioterapeutiske træning mv. i fx særligt indrettede behandlingstilbud. Dels er der tale om en bestemmelse, der ikke alene omfatter træning, men også behandling mere bredt.

Det vurderes derfor, at der ikke vil være nogen regelforenklende gevinst ved at lægge denne bestemmelse sammen med andre bestemmelser i serviceloven.

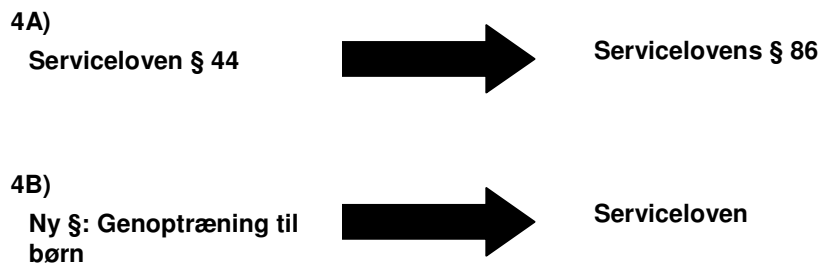
8.4.2. Arbejdsgruppens vurdering

Arbejdsgruppen er enig om, at der ikke, for så vidt angår de gældende træningsbestemmelser internt i serviceloven, er potentiale for egentlig regelforenklning/regelensretning.

Når det gælder spørgsmålet om klarere hjemmel til genoptræning på børneområdet, henviser arbejdsgruppen til, at en mulig model (model 4A) kunne være en udvidelse af henvisningsbestemmelsen i børnereglerne § 44 til vedligeholdelsestræning efter § 86, stk. 2, så den omfatter genoptræning efter § 86, stk. 1. Hermed ville den kommunale forpligtelse til at yde den nødvendige træningsindsats til børn og unge, som ikke omfattes af anden lovgivning på området, tydeliggøres, og sagsbehandlerne arbejde med at bevillige den nødvendige træning efter serviceloven vil blive forenklet.

Alternativt kunne et klarere hjemmelsgrundlag sikres ved en ny og selvstændig genoptræningsbestemmelse på børneområdet (model 4B.).

Model 4: Klarere hjemmel til genoptræning på børneområdet



I forbindelse med overvejelserne om at sikre en forenkling og et klarere hjemmelsgrundlag til træning for børn i servicelovens bestemmelser via enten model 4A eller 4B, bør der dog, uanset model, tages stilling til, hvilken målgruppe en sådan bestemmelse er rettet mod, og hvilke konkrete ydelser bestemmelsen dækker over. Dels for at sikre, at der er tale om klarere hjemmel til ydelser, der allerede gives under en eller anden form i kommunerne, dels at sikre en klar afgrænsning over til såvel sundheds- som undervisningsområdet.

En sådan ændring forudsætter således et større kendskab til praksis på børneområdet, end denne arbejdsgruppe inden for rammerne af kommissoriet kan imødekomme. Det

vurderes endvidere, at spørgsmålet om at tilvejebringe et klarere hjemmelsgrundlag ikke falder inden for formålet med se på regelforenkling/ensretning af gældende lov og inden for gældende økonomiske rammer, hvorfor der af arbejdsgruppen henvises til, at den påpegede problemstilling bør indgå i anden sammenhæng.

DEL V - INDSTILLINGER

9. INDSTILLING VEDRØRENDE REGELFORENKLING PÅ OMRÅDET FOR MEDICINHÅNDBTERING

Regler for medicin håndtering og lægens anvendelse af medhjælp hertil er udelukkende fastsat i sundhedslovgivningen. Serviceloven indeholder ikke regler for medicin håndteringen.

Det er således arbejdsgruppens vurdering, at der ingen lovgivningsmæssig snitfladeproblematik er mellem det sociale område og sundhedsområdet med hensyn til medicin håndtering.

Arbejdsgruppen har endvidere ikke fundet behov for at foreslå regelforenklinger på området for medicin håndtering. Af patientsikkerhedsmæssige hensyn og under hensyn til behovet for at sikre en grundig vejledning af bl.a. plejepersonalet er det arbejdsgruppens opfattelse, at reglerne i vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler ikke er unødigt detaljerede. Derudover er det arbejdsgruppens opfattelse, at der med bekendtgørelsen og vejledningen om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, der er udstedt i december 2009, er fastsat klare regler for bl.a. lægens henholdsvis ledelsens ansvar ved benyttelse af medhjælp.

Arbejdsgruppen er enige om, at regeringens initiativ vedrørende etablering af Det Fælles Medicinkort samt lovændringen i maj 2010, hvor der blev foretaget tilpasning af afgrænsningen af sundhedspersoner, der har adgang til de registrerede medicinoplysninger, understøtter en fleksibel tilrettelæggelse af arbejds gange i sundhedsvæsenet samtidig med, at reglerne imødegår det behov for at reducere risikoen for eventuel kontraindikation og overmedicinering ved samtidig anvendelse af forskellige lægemidler, som blev påpeget i scanningerne for mulige afbureaukratiseringsforslag.

Arbejdsgruppen er dog på baggrund af de tilbagemeldinger, kommunerne gav i forbindelse med scanningerne for mulige afbureaukratiseringsforslag, af den opfattelse, at der er et behov for initiativer, der kan understøtte og lette den praktiske anvendelse af reglerne om medicin håndtering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har af samme grund besluttet at udgive en let forståelig pjece til kommuner og regioner om korrekt medicin håndtering. Pjecen er – parallelt med Sundhedsstyrelsens vejledninger på området – tænkt som et værktøj for personalet i plejeboliger, botilbud mv. til at fremme kvaliteten i medicin håndteringen.

Arbejdsgruppen har herudover ikke fundet behov for at foreslå øvrige initiativer med henblik på at understøtte de gældende regler vedrørende medicin håndtering.

10. INDSTILLING VEDRØRENDE REGELFORENKLING PÅ TRÆNINGSSOMRÅDET

Arbejdsgruppen har på baggrund af en gennemgang af samtlige bestemmelser i såvel sundhedsloven som i serviceloven, der giver hjemmel til at iværksætte individuelle træningsindsatser for borgere med behov herfor, samt af alle til træningsområdet tilknyttede rettigheder opstillet i alt fire modeller for mulige regelforenklinger/ensretning af reglerne på området. Modellerne er præsenteret i en rækkefølge, der indikerer omfanget af regelforenklingen/ensretningen i den forstand, at modeller for en egentlig overførelse af bestemmelser mellem de to lovgivningsområder er blevet præsenteret først. For hver model har arbejdsgruppen analyseret fordele/ulemper samt holdt modellen op mod formålet med en eventuel regelforenkning, sådan som det fremgår af det kommissorium, som arbejdsgruppen har arbejdet ud fra.

Her gengives kort arbejdsgruppens konklusioner for hver af de fire modeller, hvorpå arbejdsgruppen bygger sin indstilling.

Model 1

Med model 1 foreslår arbejdsgruppen, at efterspørgsel efter regelforenkning på træningsområdet kan imødekommes ved at overføre servicelovens nuværende § 86 om genoptræning og vedligeholdelsestræning til sundhedslovens § 140. Det vil betyde, at størstedelen af al genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet i forbindelse med en sygehusindlæggelse, samt vedligeholdende træning skal leveres efter sundhedsloven. Arbejdsgruppen har i sin analyse af modellen alene forholdt sig til fordele og ulemper ved at overføre den vedligeholdende træning til sundhedsloven med overførelsen af hele servicelovens § 86, idet genoptræningsdelen behandles i model 2.

Fordele

Genoptræning og vedligeholdende træning efter de to lovgivninger samles i sundhedsloven, hvorefter alle modtagere af disse former for træning omfattes af de samme tilknyttede rettigheder i forhold til befordring, klageadgang, frit leverandørvalg mv. Ses der isoleret på træningsydelser, vil det kunne medføre et enklere hjemmelsgrundlag på området, ligesom den borgerrettede administration af reglerne vil lattes med hensyn til tilknyttede rettigheder.

Ulemper

Arbejdsgruppen lægger vægt på, at tilbud om vedligeholdende træning i dag gives i tæt sammenhæng med andre ydelser efter serviceloven, såsom personlig og praktisk hjælp, socialpædagogisk bistand mv., med henblik på at sikre borgeren en sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Arbejdsgruppen vurderer, at en overførelse af den vedligeholdende træning til sundhedsloven vil medføre nye og u hensigtsmæssige snitflader mellem en række ydelser på det sociale område og sundhedsområdet, både for borgeren og for kommunernes tilrettelæggelse af indsatserne.

En sådan overførelse af hele servicelovens § 86 til sundhedsloven vil dermed ikke være i tråd med kommissoriet for arbejdsgruppen. Arbejdsgruppen peger endvidere på, at en udvidelse af personkredsen, der i dag har adgang til befordring og frit leverandørvalg efter sundhedsloven, vil være udgiftsdrivende.

Arbejdsgruppen bemærker i øvrigt, at man ved at fjerne § 86 fra Serviceloven, gør det sværere for kommunerne at tænke træning sammen med levering af den øvrige pleje, som man f.eks. ser det i Fredericia, og dermed indhøste de forventelige økonomiske gevinster, der kan være ved at yde en pleje med et aktiverende sigte.

Model 2

Med model 2 foreslår arbejdsgruppen, at den genoptræning, der i dag tilbydes borgere efter servicelovens § 86, stk.1, der har behov for genoptræning efter sygdom, som ikke er behandlet på et sygehus, kan overføres til sundhedsloven i en ny paragraf.

Arbejdsgruppen forudsætter, at modellen indebærer, at der fremover vil kunne visiteres til samme træningsindsatser målrettet forbedringer af borgerens funktionsevne, såvel bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt som socialt.

Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være u hensigtsmæssigt, hvis modellen medfører, at behovet for genoptræning efter sygdom, der ikke er behandlet i forbindelse med en sygehusindlæggelse, skal underlægges en lægefaglig vurdering, sådan som det ellers er gældende for ydelser efter sundhedsloven. Det vil dels medføre et u hensigtsmæssigt led i visitationen af borgere til genoptræning, dels vil det styringsmæssigt udvide bestemmelsen fra alene at være kommunalt anliggende til at involvere andre sektorer (almen praksis). Arbejdsgruppen foreslår derfor, at modellen vil skulle indebære, at borgere, der har behov for genoptræning efter sygdom, visiteres hertil på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering af behovet.

Fordele

I dag modtager borgere, der har behov for genoptræning, ydelsen efter enten sundhedsloven eller serviceloven alt efter, om behovet opstår i forlængelse af sygehusbehandling eller sygdom, der ikke er behandlet i sygehusregi. Det er kommunalbestyrelsen, der uanset den lovgivningsmæssige hjemmel har ansvaret for at iværksætte genoptræningen, men der gælder forskellige regler for en række tilknyttede ydelser i form af fx befordring og frit valg. Dette kan for ansatte på myndighedsniveau, leverandører af træningsydelser og ikke mindst borgere virke ulogisk og forvirrende, og en sammenføring af de to bestemmelser vil kunne afhjælpe denne problemstilling.

Ulemper

Arbejdsgruppen peger på, at en samling af de to genoptræningsbestemmelser i sundhedsloven vil medføre nye snitfladeproblematikker. Det skyldes, at genoptræning efter sygdom, som ikke er behandlet ved en sygehusindlæggelse, i dag gives i tæt sammenhæng med andre ydelser efter serviceloven på samme måde som vedligeholdende træning, jf. ovenfor. Målgruppen for genoptræning efter serviceloven er især ældre borgere, der fx bor i en plejebolig eller modtager personlig og praktisk hjælp.

Derudover visiteres kommunal genoptræning efter serviceloven i dag i tæt sammenhæng med vedligeholdelsestræning, hvorfor en overførelse til sundhedsloven vil medføre en ny overgang mellem genoptræning og vedligeholdende træning. En overførelse af servicelovens genoptræningsparagraf vil således ikke sikre færre, men alene nye snitflader på træningsområdet.

Endvidere peger arbejdsgruppen på, at en overførsel af servicelovens § 86 stk. 1, til sundhedsloven vil kunne udvide personkredsen for bestemmelsen. Der er ikke i dag

hjemmel til, at børn og unge under 18 år kan modtage genoptræning efter servicelovens bestemmelser, idet genoptræningsdelen af § 86 i sin tid blev indført med henblik på at sikre målgruppen af specielt ældre, der ikke modtog den nødvendige genoptræning efter eksempelvis influenza eller anden sygdom, som ikke nødvendiggør sygehusindlæggelse. En udvidelse af personkredsen vurderes umiddelbart at kunne medføre merudgifter, men en endelig vurdering heraf afhænger af den kommunale praksis på området i dag.

Ligesom i model 1 gælder det endeligt, at en udvidelse af personkredsen, der i dag har adgang til befordring og frit leverandørvalg efter sundhedsloven, vil være udgiftsdrivende. Dette forstærkes yderligere af, at målgruppen for genoptræning ved overførelsen til sundhedsloven vil udvides til også at omfatte børn, jf. afsnit ovenfor.

Ved at fjerne § 86, stk. 1 fra Serviceloven, gør man det i øvrigt sværere for kommunerne at tænke træning sammen med levering af den øvrige pleje jf. også arbejdsgruppens bemærkning under model 1, og dermed indhøste de forventelige økonomiske gevinster, der kan være ved at yde en pleje med et aktiverende sigte.

Model 3

Model 3 sigter mod de til træning tilknyttede rettigheder, som er forskellige alt efter, hvilken form for træning borgeren har behov for, og dermed alt efter hvilken lovgivning borgeren tilbydes træning efter. Model 3 er en konsekvens af, at arbejdsgruppen peger på, at det især er de tilknyttede rettigheder, som er forskellige alt efter, hvilken lovgivning træningen tilbydes efter, der kan være medvirkende til, at træningsområdet opleves som værende administrativt svært. En model, hvorefter der sker en ensretning af de tilknyttede rettigheder, imødekommer således denne udfordring.

Som det fremgår af analysen af de tilknyttede rettigheder, er der allerede igangsat en række arbejder, der sigter mod flere af de til træningsområdet tilknyttede rettigheder. Det drejer sig blandt andet om en række initiativer i regeringens udspil, herunder i regeringsgrundlag, kvalitetsreform og regelforenklingsplanen "Mere tid til velfærd". Det er arbejdsgruppens vurdering, at eventuelle regelforenklingsforslag/forslag til regelsensretning bør afvente resultaterne heraf. En vurdering af eventuelle merudgifter ved en ensretning afhænger ligeledes heraf.

Udover de nævnte initiativer, der i forvejen er målrettet en regelforenklings/ensretning af reglerne, kan det overvejes at understøtte kommunernes vejledning af borgere, der modtager tilbud om genoptræning mv., yderligere.

Også her henviser arbejdsgruppen til Indenrigs- og Sundhedsministeriet (det tidligere Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) og Socialministeriets fælles vejledning fra 2009 om træning i kommuner og regioner. Formålet med vejledningen er at give et samlet overblik over reglerne for kommunernes og regionernes ansvar på træningsområdet.

Endvidere er Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet og Beskæftigelsesministeriets kommende tværministerielle vejledning om rehabilitering, hvor også ydelser på genoptræningsområdet indgår, endnu et middel til at understøtte kommunernes tværgående opgaveløsning inden for den gældende lovgivning på rehabiliteringsområdet, herunder træningsområdet.

Model 4

Model 4A og 4B er opstillet på baggrund af, at arbejdsgruppens analyse af træningsbestemmelserne i serviceloven og eventuelle snitfladeproblematikker internt i sociallovgivningen har peget på, at reglerne for træning af børn i serviceloven med fordel kan forenkles med et klarere hjemmelsgrundlag. Modellerne sigter mod en mere enkel og klar hjemmel til genoptræning på børneområdet, enten i form af en hjemmel til genoptræning til børn ved, at servicelovens henvisningsbestemmelse § 44 udvides til at omfatte lovens § 86, stk.1, eller i form af en selvstændig bestemmelse på børneområdet i serviceloven.

Det er dog arbejdsgruppens vurdering, at videre overvejelser eller eventuelle lovændringer på børneområdet kræver et større kendskab til praksis på børneområdet, end denne arbejdsgruppe inden for rammerne af kommissoriet kan imødekomme. Uden en praksisundersøgelse af børneområdets nuværende brug af bestemmelser, der giver mulighed for træning, kan det endvidere ikke vurderes, hvorvidt en eventuel tilvejebringelse af et klarere hjemmelsgrundlag falder inden for formålet med se på regelforenkling/ensretning af gældende lovgivning inden for gældende økonomiske rammer.

Indstillinger

Arbejdsgruppen indstiller:

På baggrund af kommissoriet for arbejdsgruppens rapport, hvorefter forslag til ændring af den nuværende lovgivningsmæssige ramme på træningsområdet skal 1) bidrage til færre eller mere hensigtsmæssige snitflader og 2) holdes inden for den gældende økonomiske ramme, indstiller arbejdsgruppen:

I) at der ikke sker en samling af (genop)træningsbestemmelserne i sundhedslovgivningen,

II) at eventuelle initiativer målrettet en ensretning af de til træningsområdet tilknyttede rettigheder afventer igangværende analyser og initiativer i andet regi, herunder analysen af befordringsområdet og regeringens tværgående undersøgelse af det frie valg, som vil have betydning for området,

III) at problemstillingen omkring tilvejebringelse af et klarere hjemmelsgrundlag for genoptræning på børneområdet analyseres nærmere via en praksisundersøgelse.

IV) at der for så vidt angår snitfladeproblematikken vedrørende en overlappende målgruppe for servicelovens § 86, stk. 1, og sundhedslovens § 67 igangsættes en undersøgelse af de træningsydelse, der leveres i de to forskellige sektorer. Undersøgelsen skal danne grundlag for løsningsforslag på snitfladeproblemet, herunder en eventuel præcisering af personkredsen for servicelovens § 86, stk. 1.

V) at snitfladeproblematikken mellem servicelovens § 86, stk. 2, om vedligeholdende træning og sundhedslovens § 140a om vederlagsfri fysioterapi søges løst ved, at Sundhedsstyrelsen undersøger mulighederne for at ændre og præcisere i vejledningen om § 140a om vederlagsfri fysioterapi, herunder at

henvisende læge bør undersøge mulighederne for at henvise borgeren til et tilbud i kommunalt regi.

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at der er en række snitflader på træningsområdet, herunder i forhold til de tilknyttede rettigheder, der kan medvirke til, at praktikere og modtagere af træningsydelser finder området administrativt tungt. Arbejdsgruppen peger på, at det især er spørgsmålet om den borgerrettede administration af regelsættene, der kan medføre en efterspørgsel efter regelforenkling/regelensretning. Det er dog arbejdsgruppens opfattelse, at der med tiden efter kommunalreformen er opnået et bedre overblik over området i de kommunale forvaltninger og blandt udøvende praktikere, omend der fortsat er behov for at understøtte den borgerrettede vejledning på området.

Der er i arbejdsgruppen derfor enighed om, at træningsområdet fortsat bør være genstand for opmærksomhed og for løbende tiltag, der kan sikre en fortsat udvikling på området. Det anbefales derfor også, at der i de igangværende arbejder, blandt andet på befordringsområdet, er fokus på træningsområdet og de forskellige rettigheder, der knytter sig til de lovgivninger, hvorefter der visiteres til træning.

I forlængelse heraf anbefaler arbejdsgruppen endvidere, at et eventuelt videre arbejde med træningsområdet tænkes bredt, idet der også er hjemmel til træningsydelser efter anden lovgivning end de to, der er gennemgået i denne rapport, særligt på undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

BILAG 1: UDDYBET MÅLGRUPPE-OVERSIGT

Målgruppeoversigt

Bestemmelse	Målgruppe
Sundhedsloven § 67	<ul style="list-style-type: none">Læger kan i henhold til overenskomst om almindelig fysioterapi henvise en patient til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren, hvis patienten har behov for en af følgende ydelser:<ul style="list-style-type: none">fysioterapeutisk undersøgelsebiomekanisk bevægelsesterapineurofysioterapipsykomotorisk bevægelsesterapiADL-funktionstræningkompenserende behandlinglungefysioterapiødembehandlingmanuel behandlingapparatbehandlinginformation og vejledning
§ 140	<ul style="list-style-type: none">Sundhedslovens genoptræningsbestemmelser omfatter alle patienter uanset alder og diagnose, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Det er således ikke muligt at lave en udtømmende beskrivelse på fx diagnoseniveau af, hvem der modtager genoptræning i medfør af sundhedslovens § 140.Nedenfor angives imidlertid eksempler på diagnoser/interventioner, der - bl.a. ud fra sygdommens sværhedsgrad og eventuelle komplikationer - vil kunne medføre et konkret lægefagligt begrundet behov for genoptræning og dermed henvisning til genoptræning efter udskrivning fra sygehus. <p><i>Diagnose:</i></p> <p>Sygdomme i nervesystemet, inkl. apopleksi Hjertesygdomme (indeholder iskæmiske hjertesygdomme, hjerteklapsygdomme og hjertesvigt) Kroniske obstruktive lungesygdomme (KOL) Læsion af skulder og overarm Læsion af albue og underarm Læsion af håndled og hånd Læsion af hofte og lår Læsion af knæ og underben Læsion af ankel og fod</p> <p><i>Operationer</i></p> <p>Operation på kranium og intrakranielle strukturer</p>

<p>§ 140 a</p>	<p>Operationer på rygmarv og nerverødder (inkluderer discusoperationer både i lænd og hals)</p> <p>Operationer på bryst (omfatter cancerdiagnoser)</p> <p>Operationer på ryg og hals</p> <p>Operationer på skulder og overarm (alloplastikker og amputation)</p> <p>Operationer på albue og underarm (alloplastikker og amputation)</p> <p>Operationer på håndled og hånd (alloplastikker og amputation)</p> <p>Operationer på bækken</p> <p>Operationer på hofte og lår (alloplastikker og amputation)</p> <p>Operationer på knæ og underben (alloplastikker og amputation)</p> <p>Operationer på ankel og fod (alloplastikker og amputation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordningen omfatter to målgrupper: <ul style="list-style-type: none"> 1. <i>Vederlagsfri fysioterapi til personer med svært fysisk handicap:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1) Personen skal have et svært fysisk handicap. Begrebet defineres negativt, således at en person, der kan klare sig selv indendørs i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, ikke har et svært, fysisk handicap. 2) Tilstanden skal være varig. En tilstand defineres som værende varig, når der er udsigt til, at den vil vare mindst 5 år. Ved følger efter ulykkestilfælde kan personer ikke opfylde varighedskriteriet før tidligst et år efter ulykken. 3) Personen skal have en diagnose, der er omfattet af den diagnoseliste, som er en del af Sundhedsstyrelsens vejledning. <p>Tilbuddet omfatter fysioterapi både individuelt og på hold eller som en kombination af begge former. Tilbuddet omfatter også ridefysioterapi på hold for personer, som efter en konkret lægelig vurdering har gavn heraf.</p> 2. <i>Personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom</i> <p>Personen skal opfylde alle nedenstående henvisningskriterier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Personen skal have en funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom. Funktionsnedsættelse er defineret som problemer i kroppens funktioner eller kroppens strukturer, som en væsentlig afvigelse eller mangel fra normal funktion. 2) Tilstanden skal være varig. En tilstand defineres som værende varig, når der er udsigt til, at den vil vare mindst 5 år. 3) Personen skal have en diagnose, som på diagnoselisten er klassificeret som en progressiv sygdom. Diagnosen skal være stillet af en sygehusafdeling eller en speciallæge i neurologi, reumatologi eller andet relevant speciale. <p>Tilbuddet omfatter fysioterapi på hold. Individuel fysioterapi er ikke udelukket, men skal være undtagelsen. Tilbuddet omfatter ikke ridefysioterapi.</p> <p>Børn og unge er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi på samme vilkår som voksne.</p>
----------------	---

<p>Serviceoven § 11, stk. 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Målgruppen for servicelovens § 11, stk. 3, er børn og unge bl.a. med nedsat funktionsevne, som ikke har behov for den form for særlig støtte, som er omfattet af de såkaldte foranstaltninger efter SEL § 52, men for andre former for støtte. • Kommunalbestyrelsens forpligtigelse efter servicelovens § 11, stk. 3, er således et supplement til forpligtigelsen til at foretage en undersøgelse efter servicelovens § 50 og eventuelt iværksætte særlig støtte efter § 52. • Socialministeriet har vejledende udtalt, at det ikke umiddelbart ligger inden for anvendelsesområdet for § 11, stk. 3, hvis bestemmelsen bruges som hjemmel til at dække et barns behov for behandling gennem hele barndommen eller ungdommen. Ud fra formålet med bestemmelsen vurderes den alene at kunne anvendes til behandlingsforløb af kortere varighed.
<p>§ 32</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Et barn eller en ung med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har behov for hjælp eller særlig støtte. • Afgrænsning af målgruppen baserer sig ikke på bestemte diagnoser eller på karakteren af funktionsnedsættelsen, men på en fagkyndig vurdering af barnets behov for et særligt støtte- og behandlingstilbud, herunder et træningstilbud.
<p>§ 44</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bestemmelsen henviser til ordlyden i § 86, stk. 2. Bestemmelsen udvider således alene § 86, stk. 2, til også at omfatte børn (under 18 år). • Målgruppen er børn under 18 år, som har behov for hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlig problemer.
<p>§ 52</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Målgruppen for bestemmelsen er børn og unge, som har behov for særlig støtte, og som er omfattet de såkaldte foranstaltninger efter SEL § 52 i lovens kapitel 11 om særlig støtte til børn og unge, hvilket bl.a. også kan omfatte børn og unge med nedsat funktionsevne. • Formålet med lovens kapitel 11 er at yde støtte til de børn og unge, der har særligt behov for hjælp, med henblik på at skabe de bedst mulige opvækstvilkår for disse børn og unge, så de på trods af deres individuelle vanskeligheder kan opnå de samme muligheder for personlig udfoldelse, udvikling og sundhed som deres jævnaldrende.
<p>§ 85</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Socialpædagogisk bistand skal ydes til personer, der på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor. • Servicelovens § 85 retter sig således især mod voksne med

<p>§ 86, stk. 1</p>	<p>en betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Bestemmelsen kan dog være relevant for personer, der fx som følge af en sygdom eller en ulykke har behov for et rehabiliteringsforløb af længere varighed.</p> <ul style="list-style-type: none"> • § 85 er målrettet personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Målgruppen er således primært mennesker med handicap, sindslidelse eller misbrugsproblemer. Det er fx en ydelse, som de fleste, der bor i botilbud mv., modtager. • En af de målgrupper, der må forventes - bl.a. - at modtage socialpædagogisk bistand efter § 85 i forbindelse med trænings/rehabiliteringsforløb, er fx mennesker, der har fået en hjerneskade og skal have optrænet forskellige sociale, kognitive og praktiske færdigheder, og handicappede, der pga. funktionsniveau, fordrer særlige pædagogiske tilgange. • Målgruppen er voksne over 18 år, typisk ældre borgere, der efter sygdom, som ikke er behandlet i sygehusregi, er midlertidigt svækket. Herudover omfatter målgruppen også andre voksne, som i begrænset omfang vil kunne omfattes af kommunal genoptræning efter § 86, stk. 1. • Målgruppen defineres bredt og begrænses ikke af særlige sygdomme, forhold m.v., men af individuelle og konkrete behov for den enkelte.
<p>§ 86, stk. 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Målgruppen for vedligeholdelsestræning er alle personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer vurderes at have behov herfor. • Tilbuddet om vedligeholdelsestræning omfatter også træning af personer med kroniske lidelser, i det omfang disse personer har brug for en individuel træningsindsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske, psykiske og sociale færdigheder. • Tilbuddet om vedligeholdelsestræning skal ses i sammenhæng med tilbud om genoptræning efter § 86, stk. 1. Dette betyder, at der i forlængelse af et afsluttet genoptræningsforløb kan være behov for vedligeholdende træning for at fastholde den erhvervede funktionsevne. • Servicelovens § 44 er en henvisning til vedligeholdelsestræning (§ 86, stk. 2) og bestemmelsen omfatter således også børn under 18 år, som har behov herfor.
<p>§ 102</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsindsatsen efter servicelovens § 102 retter sig mod personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, som ikke kan få denne behandling, herunder træning i form af fysioterapi mv., i det sædvanlige behandlingssystem.

BILAG 2: UDDYBET REGELGENNEM- GANG PÅ TRÆNINGSSOMRÅDET

(GENOP)TRÆNING EFTER SUNDHEDSLOVEN

§ 67 i sundhedsloven

§ 67. Regionsrådet yder tilskud til behandling hos fysioterapeut efter lægehenvi-
sning.

Beskrivelse af indhold

Regionsrådet yder et tilskud til behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren. Regionsrådet yder desuden tilskud til fysioterapi hos ridefysioterapeut, jf. § 10 i bekendtgørelsen om tilskud til fysioterapi.

Tilskuddet ydes med samme beløb og til samme ydelser til gruppe 1-sikrede og gruppe 2-sikrede personer.

Tilskud til behandling hos fysioterapeut forudsætter en lægehenvi-
sning.

Læger kan i henhold til overenskomst om almindelig fysioterapi henvise en patient til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren, hvis patienten har behov herfor

§ 140 i sundhedsloven

§ 140. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.
Stk. 2. Kommunalbestyrelsens indsats efter stk. 1 tilrettelægges i sammenhæng med de kommunale træningstilbud m.v. i henhold til anden lovgivning.
Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbud om genoptræning i henhold til stk. 1 ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.
Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud.

Beskrivelse af indhold

Ansvarsfordeling

Når patienter udskrives fra sygehus med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, er al genoptræning et kommunalt myndighedsansvar i henhold til sundhedslovens § 140 og et kommunalt finansieringsansvar i henhold til sundhedslovens § 251.

Det er et kommunalt driftsansvar at tilbyde almindelig genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Kommunerne kan enten levere almindelig genoptræning selv eller indgå leverandøraftaler om genoptræningstilbud med andre kommuner, det regionale sygehusvæsen eller private institutioner.

Genoptræningen retter sig mod patientens funktionsniveau. Kommunen er forpligtet til at tilbyde genoptræning vederlagsfrit på grundlag af den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet, som er indeholdt i genoptræningsplanen.

Det er et regionalt driftsansvar at tilbyde såkaldt specialiseret genoptræning, der skal ydes på et sygehus.

Udskrivning fra sygehus

Udskrivningstidspunktet fastlægger det tidspunkt, hvor der senest skal være taget lægelig stilling til, om en patient har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, og derfor har ret til en genoptræningsplan efter sundhedslovens § 84. Udskrivningstidspunktet fastlægger samtidig tidspunktet for kommunens myndighedsansvar for at tilbyde genoptræning i henhold til sundhedslovens § 140.

Udskrivning i relation til sundhedslovens genoptræningsbestemmelser forekommer, når patienter afslutter (ophører med) en patientkontakt på sygehus i en af følgende situationer:

1. Afslutning ved færdigbehandling (afslutning af en patientkontakt, der skyldes, at en patient er færdigudredt eller færdigbehandlet)
2. Afslutning ved viderevisitering (afslutning af patientkontakt, der skyldes, at en patient sendes videre til udredning, behandling eller kontrol m.v., der ikke foregår under videre indlæggelse på sygehusafsnit).

En patient er således ikke udskrevet i situationer, hvor patienten bliver viderevisiteret til indlæggelse (normeret seng) på en anden afdeling i sygehusvæsenet.

Genoptræningsplan efter udskrivning fra sygehus

Sundhedslovens § 84 forpligter regionsrådet til at tilbyde en individuel, skriftlig genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, herunder også efter kontakt til skadestue eller sygehusambulatorium.

I praksis er det læger på det regionale sygehus, der har ansvaret for og kompetencen til at afgøre, om der skal udarbejdes en genoptræningsplan, herunder om patienten skal henvises til specialiseret eller almindelig ambulant genoptræning. Vurderingen af, om patienten har behov for specialiseret, ambulant genoptræning skal ske ud fra fastlagte kriterier for specialiseret, ambulant genoptræning, jf. nedenfor.

Genoptræningsplanen fungerer som en lægelig henvisning.

Specialiseret, ambulant genoptræning

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, at genoptræningsydelse skal leveres af det regionale sygehusvæsen, hvis en patient har behov for specialiseret, ambulant genoptræning, der forudsætter sygehusekspertise, udstyr mv.

Der er i bekendtgørelsen fastlagt kriterier for, hvornår der er tale om specialiseret, ambulante genoptræning, som skal ydes på et sygehus. Det fremgår således af bekendtgørelsens § 2, stk. 4, at genoptræning skal ydes på et sygehus i en af følgende situationer:

1. Hvis patienten har behov for genoptræning, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
2. Hvis patienten har behov for genoptræning, der af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Kriterierne for specialiseret, ambulante genoptræning retter sig til det regionale sygehusvæsen og vil i praksis blive anvendt af læger og andet sundhedsfagligt personale (fx fysioterapeuter eller ergoterapeuter), som i forbindelse med udskrivelse af en patient vurderer, at patienten har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Lægen m.fl. skal da ud fra kriterierne afgøre, om patienten har behov for specialiseret, ambulante genoptræning, der skal ydes i sygehusvæsenet.

Kriterierne har til formål at understøtte en meget snæver faglig afgrænsning af de ambulante genoptræningsforløb, der efter reglerne skal ydes i det regionale sygehusvæsen. Heri ligger, at genoptræning efter udskrivning fra sygehus er en kommunal myndighedsopgave, der i udgangspunktet skal foregå i kommunalt regi.

Lovbemærkninger

I bemærkningerne til sundhedsloven står bl.a.: *"Med bestemmelsen får kommunerne pligt til at yde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Dermed får kommunerne en ny opgave på sundhedsområdet. ... Med det udvidede kommunale ansvar for genoptræning samles ansvaret for indsatsen overfor borgere med et rehabiliteringsbehov i kommunerne. Rehabilitering omfatter indsatser efter flere lovgivninger fx på specialundervisningsområdet, på beskæftigelsesområdet og ikke mindst på det sociale område. Således har kommunerne i medfør af lov om social service i dag pligt til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Hertil kommer kommunernes forpligtelse til at tilbyde træning med henblik på at vedligeholde fysiske og psykiske (herunder kognitive) færdigheder. Det udvidede kommunale ansvar på genoptræningsområdet supplerer de eksisterende træningsbestemmelser i den sociale lovgivning og skaber grundlag for, at genoptræning og vedligeholdelsestræning fremover vil kunne tilrettelægges i sammenhæng og i sammenhæng med kommunernes rehabiliteringsindsats efter anden lovgivning i øvrigt."*

Hertil bemærkes, at der med de nye regler på genoptræningsområdet efter §§ 84 og 140 i sundhedsloven hverken er tiltænkt en udvidelse eller indskrænkning i den genoptræningsydelse, som borgeren var berettiget til efter sundhedsloven før kommunalreformen.

Afgrænsning af vederlagsfri genoptræning i forhold til andre ydelser i sundhedsloven

En patient, der efter sundhedslovens § 140 modtager vederlagsfri genoptræning efter udskrivning fra sygehus, har ikke samtidig ret til at modtage tilskud til behandling for samme lidelse hos fysioterapeut eller i kommunen efter sundhedslovens § 140 a. En

persons ret til at modtage vederlagsfri genoptræning i medfør af sundhedslovens § 140 kan endvidere ikke erstattes af tilbud til behandling hos fysioterapeut efter lægehenvi sning (§ 67). Dvs., at hverken patienten eller kommunen kan vælge andre ydelser end den vederlagsfri genoptræning, der er henvist til for den pågældende lidelse.

§ 140 a i sundhedsloven

§ 140 a. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvi sning.
Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan herudover tilbyde vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut efter lægehenvi sning ved at etablere tilbud om fysioterapi på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner.
Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1 og 2 og om patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud.

Beskrivelse af indhold:

Kommunerne skal tilbyde vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvi sning, jf. sundhedsloven § 140a, stk. 1.

Herudover kan kommunerne tilbyde vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut efter lægehenvi sning ved at etablere tilbud om fysioterapi på egne institutioner eller ved at indgå aftaler med andre kommuner eller private institutioner, jf. sundhedslovens § 140a, stk. 2.

Vederlagsfri fysioterapi forudsætter en lægehenvi sning.

Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi (2008) præciserer afgrænsningen af, hvilke personer der er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi. Ordningen omfatter to målgrupper:

1. Vederlagsfri fysioterapi til personer med svært fysisk handicap

Personen skal opfylde alle nedenstående henvisningskriterier:

- 1) Personen skal have et svært fysisk handicap. Begrebet defineres negativt, således at en person, der kan klare sig selv indendørs i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, ikke har et svært, fysisk handicap.
- 2) Tilstanden skal være varig. En tilstand defineres som værende varig, når der er udsigt til, at den vil vare mindst 5 år. Ved følger efter ulykkestilfælde kan personer ikke opfylde varighedskriteriet før tidligst et år efter ulykken.
- 3) Personen skal have en diagnose, der er omfattet af den diagnoseliste, som er en del af Sundhedsstyrelsens vejledning.

Tilbuddet omfatter fysioterapi både individuelt og på hold eller som en kombination af begge former. Tilbuddet omfatter også ridefysioterapi på hold for personer, som efter en konkret lægelig vurdering har gavn heraf.

2. Personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom

Personen skal opfylde alle nedenstående henvisningskriterier:

- 1) Personen skal have en funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom. Funktionsnedsættelse er defineret som problemer i kroppens funktioner eller kroppens strukturer, som en væsentlig afvigelse eller mangel fra normal funktion.
- 2) Tilstanden skal være varig. En tilstand defineres som værende varig, når der er udsigt til, at den vil vare mindst 5 år.

3) Personen skal have en diagnose, som på diagnoselisten er klassificeret som en progressiv sygdom. Diagnosen skal være stillet af en sygehusafdeling eller en speciallæge i neurologi, reumatologi eller andet relevant speciale. Tilbuddet omfatter fysioterapi på hold. Individuel fysioterapi er ikke udelukket, men skal være undtagelsen. Tilbuddet omfatter ikke ridefysioterapi.

Børn og unge

Børn og unge er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi på samme vilkår som voksne.

Børn med fysisk handicap har imidlertid ofte behov for indsatser, der tager særligt hensyn til funktionsevnen generelt, men især hensynet til barnets alder og udviklingsmuligheder i øvrigt. Børn med svære fysiske handicap og progressive sygdomme har ofte behov for flere samtidige, koordinerede indsatser, som tilsammen har til formål at udvikle barnets kompetencer inden for leg, læring, fysiske funktioner, færdigheder og sociale relationer. Løsning af disse opgaver stiller krav om en tværfaglig, koordineret indsats af høj kvalitet. Monofaglige tilbud i form af fysioterapi alene er ofte et utilstrækkeligt tilbud til disse børn. Henvise læge b r drøfte og undersøge mulighederne for at henvise barnet og forældrene til et tilbud i kommunalt regi, som kan varetage barnets komplekse behov.

Afgrænsning af vederlagsfri fysioterapi i forhold til andre lidelser, ydelser og lovgivning

Vederlagsfri fysioterapi kan ikke anvendes til fysioterapi for eventuelle andre sygdomme og tilstande, som personen har, end dem, der er nævnt i Sundhedsstyrelsens vejledning. På samme måde berettiger funktionsnedsættelse, som følger af generel udviklingshæmning, alder eller smerter alene, ikke til vederlagsfri fysioterapi.

Hvis en person, der er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi, har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus i forbindelse med behandling af en anden lidelse, skal personen således tilbydes vederlagsfri genoptræning efter sundhedslovens § 140, og sygehuset skal udarbejde en genoptræningsplan i forbindelse med, at behandlingen på sygehuset afsluttes. En patients ret til at modtage vederlagsfri genoptræning efter udskrivning fra sygehus i medfør af sundhedslovens § 140 kan ikke erstattes af tilskud til behandling hos fysioterapeut, herunder vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens § 140 a.

En patient, der efter sundhedslovens § 140 modtager genoptræning efter udskrivning fra sygehus, har ikke samtidig ret til at modtage tilskud til behandling hos fysioterapeut, herunder vederlagsfri fysioterapi, efter sundhedslovens § 140 a for samme lidelse.

Ovenstående indebærer, at der ikke kan henvises til vederlagsfri fysioterapi, hvis der alene er tale om en dublering af eksisterende tilbud, som personen modtager efter andre bestemmelser. Eksempelvis kan en person, som modtager træningstilbud i kommunalt regi efter servicelovens bestemmelser eller vederlagsfri genoptræning efter sundhedslovens § 140, ikke henvises til et tilsvarende tilbud efter ordningen om vederlagsfri fysioterapi.

Personer kan imidlertid godt modtage forskellige tilbud efter ordningen om vederlagsfri fysioterapi. Eksempelvis kan personer med et svært fysisk handicap, som har behov for en kombination af holdtræning og individuel manuel fysioterapi, godt modtage holdtræning ved et kommunalt tilbud og den individuelle fysioterapi hos en praktiserende fysioterapeut.

TRÆNINGSBESTEMMELSER I SERVICELOVEN

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for al træning efter serviceloven. En afgørelse om kommunalt træningstilbud efter servicelovens regler sker på baggrund af en konkret, individuel vurdering af borgerens behov og giver borgeren ret til et vederlagsfrit tilbud om træning. Efter serviceloven er der ikke krav om en lægefaglig vurdering af behovet for træning. Inddragelse heraf vil afhænge af den konkrete sag.

Træning efter serviceloven kan ske efter forskellige bestemmelser alt efter målgruppe og afhængig af, om der er tale om genoptræning, vedligeholdelsestræning eller træning i form af behandling. Bestemmelsen om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at tilbyde vedligeholdelsestræning gælder for både børn, unge og voksne, jf. servicelovens § 44 og § 86, stk.2, mens der i forhold til genoptræning og anden træning i form af behandling mv. gælder forskellige bestemmelser for børn og unge samt voksne.

§ 11, stk. 3, i serviceloven

§ 11. (...)

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier. Opgaverne kan varetages i samarbejde med andre kommuner.

Beskrivelse af indhold

Kommunalbestyrelsen har efter servicelovens § 11, stk. 3, en forpligtelse til at yde gratis rådgivning til børn og unge bl.a. med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne og deres familier. Udover rådgivning har kommunen en forpligtelse til at tilbyde undersøgelse og behandling.

Den behandling, der kan være tale om, kan fx være psykologsamtaler, fysio- eller ergoterapi, herunder genoptræning til børn og unge, hvis genoptræningen ikke kan ydes efter anden lovgivning.

Formålet med rådgivning, undersøgelse og behandling efter § 11, stk. 3, er dels at afhjælpe de problemer og behov, der allerede eksisterer, og som i nogle tilfælde kan have forbigående karakter, fx fordi de er opstået i forbindelse med en ulykke, dels at forebygge, at problemerne vokser sig større.

Målgruppen for servicelovens § 11, stk. 3, er børn og unge bl.a. med nedsat funktionsevne, som ikke har behov for den form for særlig støtte, som er omfattet af de såkaldte foranstaltninger efter SEL § 52, men for andre former for støtte. Kommunalbestyrelsens forpligtelse efter servicelovens § 11, stk. 3, er således et supplement til forpligtelsen til at foretage en undersøgelse efter servicelovens § 50 og eventuelt iværksætte særlig støtte efter § 52.

Socialministeriet har vejledende udtalt, at det ikke umiddelbart ligger inden for anvendelsesområdet for § 11, stk. 3, hvis bestemmelsen bruges som hjemmel til at dække et barns behov for behandling gennem hele barndommen eller ungdommen. Ud fra formålet med bestemmelsen vurderes den alene at kunne anvendes til behandlingsforløb af kortere varighed.

Ankestyrelsen har i principafgørelse nr. 62-09 udtalt, at den type behandling, der kan ydes efter § 11, stk. 3, er den indledende behandling/undersøgelse, der fx er nødvendig for at kunne vurdere behovet for hjælp, eller enkeltstående midlertidige og kortvarige behandlingsforløb.

§ 32 i serviceloven

§ 32. Kommunalbestyrelsen træffer afgørelse om hjælp til børn, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for hjælp eller særlig støtte. Hjælpen kan tilrettelægges i særlige dagtilbud, jf. stk. 3, i særlige klubtilbud, jf. § 36, eller i forbindelse med andre tilbud efter denne lov eller efter dagtilbudsloven. Hjælpen kan også udføres helt eller delvis af forældrene i hjemmet, jf. stk. 6-8.

Stk. 2. Indenrigs- og socialministeren fastsætter nærmere regler om samarbejdet med forældre, om inddragelse af barnet eller den unge, om udredning af barnets eller den unges behov og om fremgangsmåden ved kommunens behandling, herunder om en etablering af kommunale team, som skal udrede barnets nedsatte funktionsevne, og udvalg, som skal visitere barnet til et tilbud.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at der er det nødvendige antal pladser i særlige dagtilbud til børn, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har et særligt behov for støtte, behandling m.v., der ikke kan dækkes gennem ophold i et af de almindelige dagtilbud eller fritidshjem efter dagtilbudsloven.

Stk. 4. Indenrigs- og socialministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler om forældrebestyrelser i særlige dagtilbud.

Stk. 5. Indenrigs- og socialministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler om beregning af tilskud og egenbetaling for ophold i de særlige dagtilbud.

Stk. 6. Efter anmodning fra indehaveren af forældremyndigheden godkender kommunalbestyrelsen under de betingelser, der er nævnt i 2. og 3. pkt., at forældrene helt eller delvis udfører hjælpen efter stk. 1 i hjemmet. Hjælp udført i hjemmet skal imødekomme barnets eller den unges behov, og forældrene skal være i stand til at udføre opgaverne. Træning af barnet i hjemmet skal ske efter dokumenterbare træningsmetoder. Kommunalbestyrelsen fører løbende tilsyn med indsatsen over for barnet.

Stk. 7. Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste efter §§ 42 og 43 til forældre, der forsørger og træner et barn eller en ung under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne i hjemmet.

Stk. 8. Kommunalbestyrelsen sørger for træningsredskaber, kurser, hjælpere m.v., når forældrene træner et barn eller en ung i hjemmet. Kommunalbestyrelsens udgifter til træningsredskaber, kurser, hjælpere, m.v. til det enkelte barn eller den enkelte unge må ikke overstige 500.000 kr. årligt.

Stk. 9. Indenrigs- og socialministeren fastsætter nærmere regler om særlig støtte i hjemmet, herunder regler om dokumenterbare metoder, om løbende tilsyn med indsatsen og om træningsredskaber, kurser, hjælpere m.v.

Beskrivelse af indhold

Børn og unge under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har mulighed for at modtage træning, behandling m.v. i særlige dagtilbud og ved forældrenes træning af barnet eller den unge i hjemmet, hvis de har et sådant behov for støtte og behandling, at der skal iværksættes et særligt tilbud til barnet eller den unge.

Sigtet med bestemmelsen er at tilgodese målgruppens behov for særlig støtte, behandling og træning, således, at de får gode muligheder for udvikling og trivsel.

Bestemmelserne skal desuden sikre, at forældrene og deres børn bliver inddraget mere aktivt i udredningen af barnets behov og i indsatsen for børnene.

Udgangspunktet for hjælpen er, at den kan tilrettelægges i særlige dagtilbud, i særlige klubtilbud eller andre tilbud efter serviceloven eller efter dagtilbudsloven. Kommunalbestyrelsen skal i den sammenhæng sørge for, at der er det nødvendige antal pladser i særlige dagtilbud til de børn, hvis behov for støtte og behandling ikke kan tilgodeses i de almindelige dagtilbud.

Bestemmelsen giver også mulighed for, at hjælpen under visse betingelser kan udføres helt eller delvist af forældrene i hjemmet, og at forældrene modtager en særlig støtte til træningen af barnet eller den unge i hjemmet.

§ 44 i serviceloven

§ 44. Bestemmelserne i § 83 og § 86, stk. 2, om henholdsvis personlig hjælp og pleje og vedligeholdelsestræning m.v. finder tilsvarende anvendelse vedrørende børn, når der er behov herfor.

Beskrivelse af indhold

Bestemmelsen henviser til ordlyden i § 86, stk. 2. Bestemmelsen udvider således alene § 86, stk. 2, til også at omfatte børn (under 18 år).

Der gives således hjemmel til tilbud om vedligeholdelsestræning for børn. For yderligere gennemgang henvises til afsnittet om § 86, stk. 2.

§ 52 i serviceloven

§ 52: "Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om foranstaltninger efter stk. 3, når det anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barns eller en ungs særlige behov for støtte. Afgørelsen træffes med samtykke af forældremyndighedsindehaveren, jf. dog § 56.

.....

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan iværksætte hjælp indenfor følgende typer af tilbud:

.....

10) Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte.

Beskrivelse af indhold

Hvis en person under 18 år har behov for genoptræning, vil der kunne ydes støtte efter servicelovens § 52, stk. 3, nr. 10, jf. lovens kapitel 11 om særlig støtte til børn og unge. Bestemmelsen giver hjemmel til, at kommunen kan tilbyde rådgivning, behandling, praktisk og/eller pædagogisk støtte. Det kan fx være fysio- og ergoterapeutisk behandling som led i genoptræning af børn og unge i det omfang, genoptræningen ikke kan dækkes af anden lovgivning.

Formålet med bestemmelsen i § 52, stk. 3, nr. 10, er at give kommunen vide rammer i forhold til at målrette indsatsen efter barnets eller den unges særlige behov og tilrettelægge indsatsen, så det er muligt at tilbyde anden hjælp end den, der er omfattet af de foregående bestemmelser i § 52, stk. 3 nr. 1- 9, hvis barnets eller den unges særlige behov for støtte ikke dækkes af disse bestemmelser.

Støtte efter denne bestemmelse forudsætter en forudgående undersøgelse af barnets eller den unges forhold, jf. § 50, og at der udarbejdes en handleplan efter § 140. Det er i øvrigt en forudsætning for at anvende § 52, stk. 3, nr. 10, at betingelserne for at iværksætte foranstaltninger efter § 52, stk. 1, er opfyldt, og at den pågældende indsats er egnet til at løse de problemstillinger, som er afdækket i undersøgelsen efter § 50 og i handleplanen efter § 140.

§ 85 i serviceloven

§ 85. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Beskrivelse af indhold

SEL § 85 er en bred bestemmelse med mange typer af støtte under den samlede betegnelse socialpædagogisk bistand. Bestemmelsen blev indført i forbindelse med oprettelsen af serviceloven i 1998, hvor man lovgivningsmæssigt afskaffede institutionsbegrebet og adskilte boligen fra tildelte støtte og ydelser.

Bestemmelsen omfatter de mange typer af pædagogisk støtte/træning/ omsorg/rådgivning, som mennesker med betydelig fysisk og psykisk funktionsnedsættelse eller særlige sociale problemer modtager.

Formålet med indsatsen er at bidrage til at skabe en tilværelse for den enkelte på egne præmisser. Indsatsen tager bl.a. sigte på, at brugeren kan bevare eller forbedre sine psykiske, fysiske eller sociale funktioner. Støtten skal styrke den enkeltes funktionsmuligheder eller kompensere for nedsat funktionsevne, som betyder, at den enkelte ikke kan fungere optimalt i dagligdagen eller i relation til omgivelserne.

Formålet med støtten kan endvidere være udvikling og vedligeholdelse af personlige færdigheder, bl.a. med henblik på at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen mv., således at personen bliver bedre i stand til at gøre brug af samfundets almindelige tilbud.

Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, omsorg eller støtte til, at den pågældende så vidt mulig kan leve et liv på egne præmisser. Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring eller genoptræning i en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv, som muligt.

Hjælpen efter SEL § 85 er således en bestemmelse, der består af et bredt spektrum af særligt socialpædagogiske men også andre støtteforanstaltninger som fx vejledning, rådgivning og hjælp til selvhjælp til at udføre dagligdagens gøremål mv. Optræningsdelen udgør således en af mange mulige indsatser, og vil oftest indebære store elementer af forskellig kognitiv og indlæringsmæssig optræning evt. kombineret med fysisk træning. Der vil være en glidende overgang fra servicelovens § 85 til lovens § 86 om træning, lige som der kan være en sammenhæng til servicelovens § 102 om behandling og til ydelser i det almindelige sundhedssystem. Træning, behandling og rådgivning kan have form af et tværfagligt samarbejde mellem fx pædagoger og fysio- og ergoterapeuter.

For personer med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne vil hjælpen udover egentlig optræning og behandling kunne omfatte oplæring/genoplæring i daglige færdigheder, omsorg, støtte til udvikling af egne ressourcer, herunder muligheder for at kommunikere og indgå i samvær med andre.

Det socialpædagogiske arbejde med personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne kan bestå i at støtte den enkelte til selv at træffe valg og til at få indflydelse på sin egen situation. For personer, der på grund af betydelig nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne reelt ikke har mulighed for at tage vare på egne interesser, kan der være behov for en særlig hjælp til at opnå og fastholde egen identitet samt opnå en mere aktiv livsudfoldelse. Dette kan opnås gennem ledsagelse som socialpædagogisk bistand, både når der er tale om individuelle og fælles aktiviteter, fx i forbindelse med fritids- og kulturtilbud.

Til nogle udviklingshæmmede kan der fx være behov for støtte med henblik på de pågældendes muligheder for selv at klare dagligdagen, fx træning i at klæde sig på, spisetræning, hjælp til indkøb mv.

Hjælpen tager sigte på hjælp til selvhjælp både på det praktiske og det personlige plan. Hjælpen skal tage udgangspunkt i pågældendes egne behov og forudsætninger og gives med respekt for den enkeltes integritet og værdighed. En vigtig faktor i socialpædagogisk bistand er rådgivnings-indsatsen, der både kan have en forebyggende og en støttende effekt. Rådgivningen kan bidrage til at hjælpe den enkelte over øjeblikkelige vanskeligheder og på længere sigt gøre den enkelte bedre i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp.

§ 86, stk. 1, i serviceloven

§ 86. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.
--

Beskrivelse af indhold

§ 86, stk. 1, giver en generel forpligtigelse til at yde genoptræning efter en konkret og individuel vurdering af træningsbehovet. Tilbud om kommunal genoptræning skal ses på lige fod med tilbud om personlig og praktisk hjælp efter § 83. Tilbuddet om genoptræning skal indgå sammen med kommunens øvrige tilbud i en samlet indsats for at bringe borgeren tilbage til eller så tæt på det funktionsniveau, som borgeren havde inden sygdommen opstod. Tilbuddet om genoptræning skal ses i sammenhæng med tilbud om vedligeholdelsestræning (§ 86, stk. 2).

Bestemmelsen blev indført i forbindelse med en ændring af serviceloven (bistandsloven) i 2000, hvori indsattes en bestemmelse (§ 73 a) som er enslydende med den nuværende § 86, stk. 1. Af lovbemærkningerne til lovforslaget er anført, at *"den nuværende lovgivning fastlægger ikke klart, hvem der har ansvaret for genoptræningsindsatsen over for denne gruppe ("gruppen af ældre, der som følge af sygdom er svækket midlertidigt, og som ikke behandles i sygehusregi")."* Bestemmelsen om kommunal genoptræning af funktionsnedsættelser blev fremsat parallelt med bestemmelsen om genoptræningsplaner i sundhedsloven.

Det nævnes yderligere i bemærkningerne, at *"med nærværende forslag får kommunerne, som noget nyt, ansvaret for at give tilbud om genoptræning til midlertidigt svækkede ældre med funktionsnedsættelse som følge af sygdom, som ikke har involveret sygehusbehandling."*

Det bemærkes videre i de særlige bemærkninger til lovforslaget, at *"forslaget omfatter ikke ældre, der har ret til genoptræning som led i en sygehusbehandling"*, samt at *"tilbuddet gives for at undgå vedvarende eller yderligere svækkelse og vil desuden kunne medvirke til at forebygge, at der opstår behov for øget hjælp i form af tilbud efter serviceloven, fx efter § 71 (nuværende § 83) eller i form af sygehusindlæggelse. Tilbuddet om genoptræning kan fx være relevant for en ældre person, som er svækket efter et sengeleje i hjemmet på grund af en influenza eller efter et fald. Her vi der være behov for at kunne genvinde mistet eller reduceret funktionsevne."*

Kommunerne skal fastsætte en kvalitetsstandard for kommunens tilbud om genoptræning. Kvalitetsstandarden skal offentliggøres og fastlægges én gang årligt.

Det skal bemærkes, at der i serviceloven ikke er krav om en lægefaglig vurdering af behovet for genoptræning efter servicelovens § 86, stk. 1.

Genoptræning omfatter målrettet træning, som har til formål, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne - såvel bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt som socialt. Genoptræning omfatter også de færdigheder, som borgeren har brug for i sine daglige gøremål. Genoptræning efter § 86, stk. 1, er tidsmæssigt begrænset til den periode, hvor funktionsniveauet fortsat kan forbedres gennem yderligere træning. Genoptræning skal tilbydes og tilrettelægges på en sådan måde, at træningen dels forebygger, at problemerne for borgeren forværres, dels sigter på at vedligeholde det erhvervede funktionsniveau samt, hvis der er fortsat udsigt til at funktionsevnen kan forbedres gennem en målrettet genoptræningsindsats.

Tilbud om genoptræning gives for at undgå vedvarende eller yderligere svækkelse samt sigter mod at forebygge sygehusindlæggelse.

Genoptræning vil typisk omfatte en fysio- eller ergoterapeutisk indsats, men kan også omfatte andre indsatser med henblik på en forbedret funktionsevne, fx i forbindelse med tilrettelæggelsen af personlig og praktisk hjælp. Indsatsen kan have meget varieret karakter og varierende længde alt efter behov hos den enkelte borger. Det er væsentligt, at tilbuddet ses i sammenhæng med andre ydelser efter serviceloven.

Hjælpen efter § 86, stk. 1, kan bl.a. ses i sammenhæng med fx indsatsen efter § 85 socialpædagogisk bistand eller fx efter § 79 om anden forebyggende indsats.

Genoptræning kan leveres i eget hjem, på særlige genoptræningscentre eller på anden vis. Der er ikke i lovgivningen stillet krav til organiseringen af genoptræning ud over at det er et kommunalt ansvar, samt at genoptræningen skal ses i sammenhæng med tilbud om andre ydelser efter serviceloven.

Afgørelse om behov for genoptræning efter § 86, stk. 1, gives på baggrund af en konkret og individuel helhedsvurdering, hvor alle muligheder for hjælp efter den sociale lovgivning skal inddrages, herunder om der kan søges om hjælp hos anden myndighed eller efter anden lovgivning.

Afgørelsen om genoptræning skal meddeles borgeren skriftligt og være ledsaget af en skriftlig begrundelse. Afgørelsen skal tage afsæt i servicelovens krav om, at formålet med hjælpen er at yde en helhedsorienteret indsats med tilbud afpasset efter den enkelte borgers særlige behov, jf. servicelovens § 81.

Afgørelsen skal endvidere forholde sig konkret til, hvad formålet med træningsindsatsen er, samt hvad omfanget og indholdet af træningsindsatsen mere konkret skal være.

Afgørelse om genoptræning efter § 86, stk. 1, gives uafhængigt af, om borgeren er bosiddende i egen bolig, plejebolig eller anden bolig.

§ 86, stk. 2, i serviceloven

§ 86. (...)

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

Beskrivelse af indhold:

§ 86, stk. 2, giver en generel forpligtigelse til at yde vedligeholdelsestræning efter en konkret og individuel vurdering af behovet. Tilbud om kommunal vedligeholdelsestræning skal ses på lige fod med tilbud om personlig og praktisk hjælp efter § 83. Tilbuddet om vedligeholdelsestræning skal indgå sammen med kommunens øvrige tilbud i en samlet indsats for at vedligeholde fysiske og psykiske færdigheder. Tilbuddet om vedligeholdelsestræning skal ses i sammenhæng med tilbud om genoptræning (§ 86, stk. 1).

Bestemmelsen har tidligere været en del servicelovens § 71, jf. LBK 581 af 6. august 1998:

”§ 71. Kommunen sørger for tilbud om

3) hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder.

Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Bestemmelsen har ændret ordlyd i forbindelse med de løbende ændringer af serviceloven. I forbindelse med en lovændring i 2002 (LBK 755 af 9. september 2002) er ordlyden:

”Stk. 2. Kommunen sørger for tilbud om hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.”

Kommunerne skal fastsætte en kvalitetsstandard for kommunens tilbud om vedligeholdelsestræning. Kvalitetsstandarden skal offentliggøres og fastlægges én gang årligt.

Det skal bemærkes, at der i serviceloven ikke er krav om en lægefaglig vurdering af behovet for vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86, stk. 2.

Vedligeholdelsestræning skal afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk og psykisk funktionsevne.

Tilbuddet skal gives til personer, som har brug for en individuel træningsindsats med henblik på at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, jf. servicelovens § 88, stk. 3.

Vedligeholdelsestræning vil typisk omfatte en fysio- eller ergoterapeutisk indsats, men kan også omfatte andre indsatser med henblik på en forbedret funktionsevne, fx i forbindelse med tilrettelæggelsen af personlig og praktisk hjælp. Indsatsen kan have meget varierende karakter og varierende længde alt efter behov hos den enkelte borger. Det er væsentligt, at tilbuddet ses i sammenhæng med andre ydelser efter serviceloven og er koordineret hermed.

Hjælpen efter § 86, stk. 2, kan bl.a. ses i sammenhæng med fx indsatsen efter § 85 socialpædagogisk bistand eller fx efter § 79 om anden forebyggende indsats.

Vedligeholdelsestræning kan leveres i eget hjem, i dagcentre, i plejecentre m.v.

Afgørelse om behov for vedligeholdelsestræning efter § 86, stk. 2, gives på baggrund af en konkret og individuel helhedsvurdering, hvor alle muligheder for hjælp efter den sociale lovgivning skal inddrages, herunder om der kan søges om hjælp hos anden myndighed eller efter anden lovgivning.

Afgørelsen om vedligeholdelsestræning skal meddeles borgeren skriftligt og være ledsaget af en skriftlig begrundelse. Afgørelsen skal tage afsæt i servicelovens krav om, at formålet med hjælpen er at yde en helhedsorienteret indsats med tilbud afpasset efter den enkelte borgers særlige behov, jf. servicelovens § 81.

Afgørelsen skal endvidere forholde sig konkret til, hvad formålet med træningsindsatsen er, samt hvad omfanget og indholdet af træningsindsatsen mere konkret skal være.

Afgørelse om vedligeholdelsestræning efter § 86, stk. 1, gives uafhængigt af om borgeren er bosiddende i egen bolig, plejebolig eller anden bolig.

§ 102 i serviceloven

§ 102. Kommunalbestyrelsen kan ud over tilbud efter § 85 give tilbud af behandlingsmæssig karakter til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.

Beskrivelse af indhold

Kommunalbestyrelsen kan give tilbud efter § 102 af behandlingsmæssig karakter til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Tilbuddet kan gives, når det er nødvendigt for at bevare eller forbedre den pågældendes fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der tilbydes efter anden lovgivning.

Tilbuddene efter § 102 omfatter en mere behandlingsmæssig indsats i form af eksempelvis fysio- og ergoterapeutisk behandling eller tandbehandling. Det omfatter ifølge bemærkningerne til serviceloven fra 1997: "*særlig (om) speciel behandlingsmæssig bistand på grund af særlige behov herfor. Der kan for eksempel være tale om sygeplejemæssig, fysioterapeutisk, special-psykiatrisk, psykologisk, specialterapeutisk, tandplejemæssig eller anden behandling.*"

Behandling kan gives efter § 102, hvis behandlingen ikke kan gives i det sædvanlige behandlingssystem, fx fordi der er behov for en særlig indsats eller en særlig indretning af behandlingen. Behandlingsydelser ydes som udgangspunkt efter de almindelige regler herom i sundhedsloven mv., men da sådanne ydelser ikke i alle tilfælde kan imødekomme faktiske behov af særlig karakter, er der i serviceloven åbnet mulighed for i særlige situationer, at kunne give visse behandlingsydelser som ydelser efter serviceloven, så de indgår i en samlet (be)handlingsplan.

Bestemmelsen giver således kommunerne hjemmel til at give tilbud om behandling, og blev indført med serviceloven i 1998 for at sikre behandlingsmæssige tilbud, der dels ligger ud over socialpædagogisk bistand, og som er rettet mod voksne, der på grund af et vidtgående fysisk eller psykisk handicap har et særligt behov for pleje, behandling m.v., som ikke kan dækkes i sygehusvæsen mv. (jf. bistanndslovens § 112).

BILAG 3: TILKNYTTETE RETTIGHEDER

For hver af de gennemgåede regler, der giver adgang til tilbud om træning, gælder en række tilknyttede regler og rettigheder. Det drejer sig om både den måde, hvorpå der træffes afgørelsen om hjælp og om fx frit valg, befordring, klageadgang mv., der er rettigheder, der knytter sig til afgørelsen om hjælp. Sådanne tilknyttede regler og rettigheder må nødvendigvis indgå i arbejdet med at kortlægge mulighederne for regelforenklning og regelensretning. Følgende gennemgang skal således ligesom den egentlige regel gennemgang udgøre grundlaget for rapportens videre analyse af mulighederne for at mindske snitfladeproblematikker mellem sundhedsloven og serviceloven samt internt i den enkelte lovgivning.

Afgørelser

Som det fremgår af de indledende afsnit, er der forskel på henvisningspraksisser og afgørelser afhængigt af lovgivning.

En patient har ret til genoptræning efter udskrivning fra sygehus, hvis der på udskrivningstidspunktet foreligger et lægefagligt begrundet behov herfor. Regionsrådet er forpligtet til at tilbyde en genoptræningsplan til patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

For så vidt angår vederlagsfri fysioterapi og tilskud til behandling hos fysioterapi, gælder det, at borgeren får adgang hertil via lægehenvielse .

Opstår der behov for genoptræning hos en borger på grund af sygdom og anden svækkelse, som ikke er behandlet på sygehus, træffer kommunalbestyrelsen afgørelse om genoptræning på baggrund af en konkret, individuel vurdering af borgerens behov for genoptræning. Vurderingen sker dels på baggrund af borgerens samlede situation, herunder behov for personlig og praktisk hjælp mv., samt muligheder for at opnå det samme eller tæt på samme funktionsniveau, som før svækkelsen, og dels med udgangspunkt i de kvalitetsstandarder for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86, som den enkelte kommunalbestyrelse skal træffe beslutning om.

Tildeling af andre former for træning efter serviceloven følger ligeledes reglerne om, at borgeren visiteres til ydelser på baggrund af en konkret, individuel vurdering af borgerens behov.

Afgørelser om hjælp efter serviceloven skal meddeles borgeren ved en skriftlig afgørelse, som skal være ledsaget af en skriftlig begrundelse.

Genoptræningsplaner og handleplaner

Krav til indholdet af genoptræningsplanen efter sundhedsloven

Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus fastlægger minimumsindholdet af den genoptræningsplan, der skal tilbydes patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Bekendtgørelsen opstiller følgende form- og procedurekrav til genoptræningsplanen:

- Genoptræningsplanen skal være skriftlig
- Genoptræningsplanen skal udarbejdes i samarbejde med patienten og med patientens informerede samtykke
- Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet, og den skal samtidig efter aftale med patienten sendes til patientens bopælskommune samt til patientens alment praktiserende læge
- I tilfælde, hvor patienten efter udskrivning fra sygehus har behov for specialiseret genoptræning på et sygehus, skal genoptræningsplanen efter aftale med patienten også sendes til det valgte sygehus.

Bekendtgørelsen opstiller følgende krav til genoptræningsplanens indhold:

- Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne umiddelbart forud for den hændelse/sygdom, der førte til den aktuelle sygehusbehandling, herunder beskrivelse af patientens vanlige funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse.
- Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet, herunder af patientens aktuelle funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse, der inddrager såvel patientens ressourcer som begrænsninger.
- Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet. Beskrivelsen skal indeholde en præcisering af, hvilke begrænsninger i patientens funktionsevne, herunder hvilke(n) funktionsnedsættelse(r) samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsning, som genoptræningen skal rette sig imod.
- Genoptræningsplanen skal angive, hvorvidt patienten efter udskrivning fra sygehus har behov for genoptræning, som skal ydes på et sygehus.
- Genoptræningsplanen skal angive det seneste tidspunkt for bopælskommunens første kontakt til patienten med henblik på tilrettelæggelse af det fortsatte genoptræningsforløb, herunder rådgivning om patientens mulighed for at vælge imellem genoptræningstilbud. I tilfælde, hvor en patient efter udskrivning fra sygehus har behov for specialiseret genoptræning på et sygehus, skal genoptræningsplanen dog angive det seneste tidspunkt for det valgte regionssygehus' første kontakt til patienten.
- Genoptræningsplanen skal indeholde oplysninger om, hvordan bopælsregionen og bopælskommunen kan kontaktes.

Krav til handleplaner efter serviceloven

Serviceloven fastsætter følgende:

§ 141. Når der ydes hjælp til personer under 65 år efter afsnit V, skal kommunalbestyrelsen som led i indsatsen skønne, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde at udarbejde en handleplan for indsatsen, jf. dog stk. 2. Ved denne vurdering skal der tages hensyn til borgerens ønske om

en handleplan samt karakteren og omfanget af indsatsen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde at udarbejde en handleplan, når hjælpen ydes til

- 1) personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller
- 2) personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder

Stk. 3. Handleplanen skal angive

- 1) formålet med indsatsen,
- 2) hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet,
- 3) den forventede varighed af indsatsen og
- 4) andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v.

Stk. 4. Handleplanen bør udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

Baggrunden for kravet til kommunalbestyrelsen om at tilbyde at udarbejde en handleplan for indsatsen er at klargøre målet med indsatsen, at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats og at tydeliggøre forpligtelsen for alle involverede personer, instanser og forvaltningsgrene. Samtidig bidrager udarbejdelse af en handleplan til at styrke borgerens indflydelse på sagsbehandlingen, idet handlingsplanen er en fælles plan for borgeren og kommunen om indsatsen over for den enkelte.

At arbejde med handleplaner indebærer endvidere, at der skabes et grundlag for en systematisk evaluering af indsatsen og et udgangspunkt for en kvalitetssikring af indsatserne.

Kommunalbestyrelsen skal altid skønne, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde udarbejdelse af en plan for ydelser efter serviceloven. Bestemmelsen omfatter voksne under 65 år, dog ikke 18-22-årige, der modtager hjælp efter servicelovens afsnit II.

I skønnet skal borgerens eventuelle ønsker om at få en handleplan indgå med vægt, og det er derfor vigtigt, at borgeren er orienteret om muligheden for at få en handleplan.

Ved vurderingen af behovet for en handleplan skal der tages hensyn til borgerens samlede funktionsevne og behov samt karakteren, omfanget, sværhedsgraden og tidshorizonten for den indsats, der er brug for. Det skal af sagen fremgå, at kommunen har vurderet spørgsmålet om udarbejdelse af en konkret handleplan, herunder om borgeren har udtrykt ønske om, at der bliver udarbejdet en handleplan.

Målgruppen for obligatorisk tilbud om handleplaner

Efter servicelovens § 141, stk. 2, litra 2, har kommunalbestyrelsen pligt til at tilbyde at udarbejde en handleplan til

- personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller
- personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.

Uden for målgruppen for obligatoriske tilbud om handleplaner falder borgere, der er i stand til at tage vare på egne interesser, som er i besiddelse af en højere grad af social kompetence, og som fx udelukkende har behov for hjælp til at strukturere dagligdagen.

Frit valg af leverandør

Sundhedsloven fastsætter følgende:

§ 140, stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud.

§ 140 a, stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1 og 2 og om patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud.

Frit valg mellem genoptræningstilbud i kommunalt regi

Efter sundhedsloven § 140, stk. 4, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Bestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Efter bekendtgørelsens § 4 har patienter, der har et lægefagligt behov for almindelig genoptræning efter udskrivning fra et sygehus, ret til at vælge mellem de genoptræningstilbud, som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner, eller som bopælskommunen yder via en eller flere leverandører på grundlag af særlig aftale herom.

Patienter, der har et lægefagligt behov for genoptræning efter udskrivning fra et sygehus, har desuden ret til at vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner. Patienter har derimod ikke mulighed for at vælge genoptræningstilbud, som andre kommuner tilbyder egne borgere via en eller flere leverandører på grundlag af særlig aftale herom.

En kommunes genoptræningsinstitution kan af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage fritvalgspatienter, der har bopæl i en anden kommune, herunder hvis institutionen har væsentlig længere ventetider til genoptræning end andre kommunale genoptræningsinstitutioner, og hvis væsentlige hensyn til patienter fra egen kommune ellers vil blive tilsidesat.

Bopælskommunen skal ved den første kontakt til patienten informere patienten om muligheden for at vælge mellem fagligt relevante genoptræningstilbud i bopælskommunen og i andre kommuner.

Frit valg til vederlagsfri fysioterapi

Personer, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi, kan frit vælge mellem at modtage fysioterapien hos en praktiserende fysioterapeut, eller ved tilbud om vederlagsfri fysioterapi, som bopælskommunen evt. har etableret ved egne institutioner eller som bopælskommunen har indgået aftale med private institutioner om.

Personen kan som udgangspunkt også vælge tilbud om vederlagsfri fysioterapi ved andre kommuners institutioner. Disse andre kommuner kan dog af kapacitetsmæssige

årsager afvise at modtage personer, der ikke har bopæl i kommunen, fx hvis institutionen har væsentlig længere ventetid til vederlagsfri fysioterapi end andre kommunale institutioner, og hvis væsentlig hensyn til personer fra egen kommune ellers ville blive tilsidesat.

Personer, der er henvist til vederlagsfri ridefysioterapi har samme valgmuligheder, som oven for beskrevet.

Mulighed for frit valg ved kommunale træningsopgaver efter serviceloven

Fælles for de kommunale træningsforpligtelser på servicelovens område er, at den kommunale myndighed kan vælge at lade andre end den kommunale leverandør stå for udførelsen af træningsopgaven, eksempelvis privatpraktiserende fysioterapeuter. Det gælder uanset om der er tale om genoptræning eller vedligeholdelsestræning. Uanset hvem der udfører træningsopgaven, er det den kommunale myndighed, der har ansvaret for den hjælp, der gives, herunder løbende at følge op på, at hjælpen fortsat opfylder sit formål.

Befordring

Befordring ved genoptræning efter sundhedsloven

Efter sundhedslovens §§ 171-172 fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere regler om, i hvilket omfang personer har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning efter endt behandling på sygehus.

De nærmere regler om befordring eller befordringsgodtgørelse i forbindelse med genoptræning fremgår af kap. 3 og 4 i bekendtgørelse nr. 867 af 26. august 2008 om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

Det fremgår bl.a. af bekendtgørelsen, at en pensionist har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse ved genoptræningsforløb, der foregår efter udskrivning fra sygehus, når vedkommende har fået en genoptræningsplan med fra sygehuset efter endt behandling dér.

En person, som ikke er pensionist, har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, hvis vedkommendes tilstand udelukker befordring med offentlige transportmidler, eller hvis afstanden mellem personens bopæl og genoptræningsstedet overstiger 50 km. Det er desuden en betingelse, at personen i forbindelse med udskrivning fra sygehus, har fået en genoptræningsplan med fra sygehuset efter endt behandling dér.

For både pensionister og ikke-pensionister er det desuden en forudsætning for udbetaling af befordringsgodtgørelse, at udgiften med det efter forholdene billigste, forsvarlige befordringsmiddel overstiger et vist beløb. For pensionister er beløbet fastsat til 25 kr., og for andre er beløbet fastsat til 60 kr.

Hvis en patient, der opfylder ovenstående betingelser, er henvist til genoptræningsstedet efter kommunens eller regionens (specialiseret, ambulante genoptræning) visitationskriterier, har patienten ret til befordring eller fuld befordringsgodtgørelse med det billigste forsvarlige befordringsmiddel. Dette gælder uanset, om genoptræningsstedet ligger i eller uden for kommunen /regionen.

Hvis genoptræningsstedet derimod er valgt efter reglerne om patienternes frie valg på genoptræningsområdet, er der en begrænset ret til befordringsgodtgørelse.

Bopælskommunen er da alene forpligtet til at yde befordringsgodtgørelse svarende til det, patienten ville have været berettiget til, hvis vedkommende var behandlet på det behandlingssted, som kommunen eller regionen (specialiseret, ambulante genoptræning) ville have henvist til efter sine visitationskriterier. Dette gælder uanset, om det valgte behandlingssted ligger i eller uden for kommunen/regionen.

Hvis en patient, der modtager befordring eller befordringsgodtgørelse efter bekendtgørelsens regler, har behov for ledsagelse på grund af sin alder eller helbredstilstand, har ledsageren ligeledes ret til befordring eller befordringsgodtgørelse.

Det er kommunalbestyrelsen i patientens bopælskommune, der er forpligtet til at yde befordring eller befordringsgodtgørelse i forbindelse med genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Bopælskommunen kan aftale med regionen, at befordring til specialiseret genoptræning, der efter udskrivningen skal finde sted på sygehus, varetages af regionen for bopælskommunens regning.

Befordring til fysioterapi efter sundhedsloven

Der ydes ikke efter sundhedsloven befordring til tilskudsberettiget behandling hos fysioterapeut efter lægehenvielse (§ 67) eller til vederlagsfri behandling hos fysioterapeut (§ 140a).

Baggrunden herfor er, at sundhedsloven alene indeholder regler om befordring eller befordringsgodtgørelse til behandling hos alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge, sygehusbehandling samt til genoptræning efter udskrivning fra sygehus, når der i forbindelse med udskrivningen er udarbejdet en genoptræningsplan. Reglerne om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven er udtømmende.

Befordring til træning efter serviceloven

Serviceloven fastsætter følgende:

§ 117. Kommunalbestyrelsen kan yde tilskud til personer, som på grund af varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for befordring med individuelle transportmidler.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsens afgørelser om hjælp efter denne bestemmelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

En afgørelse om kommunalt træningstilbud efter servicelovens regler giver borgeren ret til et vederlagsfrit tilbud om træning. Der er ikke i serviceloven hjemmel til at forpligte kommunalbestyrelsen til at sørge for vederlagsfri befordring til og fra træningstilbuddet. Hvis kommunen tilbyder transport til og fra træningstilbuddet, kan kommunen opkræve betaling for de faktiske omkostninger forbundet med transporten.

Efter servicelovens § 117 kan kommunerne yde tilskud til personer, som på grund af varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for befordring med individuelle transportmidler. Der er således mulighed for at yde befordringstilskud til alle personer, der på grund af en varigt nedsat funktionsevne ikke kan benytte offentlige transportmuligheder. Det er kommunalbestyrelsen, der efter en konkret, individuel behovsvurdering, træffer afgørelse om, hvorvidt der skal ydes tilskud til befordring, fx til og fra et træningstilbud.

Kommunalbestyrelsen i hver kommune tilrettelægger selv, efter hvilke retningslinjer og i hvilket omfang tilskud bør ydes. Den træffer desuden beslutning om, hvordan hjælpen til den enkelte skal gives, herunder om der skal træffes aftale med et transportselskab eller lignende, eller om den pågældende selv skal kunne vælge. Der kan derfor være forskel på den hjælp, den pågældende modtager fra kommune til kommune.

Tilskud efter § 117 kan bl.a. ydes i de tilfælde, hvor befordringsomkostningerne for den enkelte borger er så store, at det kan forhindre den pågældende i at tage imod et tilbud om fx træning efter servicelovens bestemmelser.

Kommunalbestyrelsens afgørelse om hjælp efter denne bestemmelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed, jf. § 117, stk. 2.

Herudover giver servicelovens §§ 41 og 100 om dækning af nødvendige merudgifter mulighed for, at kommunen efter en konkret individuel vurdering kan yde tilskud til dækning af befordringsudgifter og lignende, som er nødvendige for, at personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne kan komme til behandling som følge af nedsat funktionsevne.

Der kan ydes hjælp til betaling af såvel den pågældendes som en eventuel ledsagers udgifter til befordring. Reglerne om dækning af merudgifter finder kun anvendelse i det omfang, udgifterne ikke kan dækkes af andre bestemmelser eller ordninger, fx gennem udnyttelse af trafikselskabernes individuelle kørselsordninger for svært bevægelseshæmmede.

Folkepensionister og førtidspensionister, der modtager pension efter lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v. eller lov om social pension, har mulighed for at søge om personligt tillæg efter de sociale pensionslove.

Klageadgang

Vedrørende ydelser efter sundhedsloven

Det er i § 2, i lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang fastsat, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn behandler klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet. Dette gælder dog ikke for klager, for hvilke der i lovgivningen er foreskrevet en særlig klageadgang, fx klager over tvang i psykiatrien, der i første instans behandles af de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne.

Patientklagenævnet behandler klager over den sundhedsfaglige virksomhed, der udøves af autoriserede sundhedspersoner, jf. § 2 i den såkaldte persongruppebekendtgørelse (bekendtgørelse nr. 544 af 24. juni 2005). Derudover behandles klager over en række persongrupper, som ikke har autorisation efter særlig lovgivning, og som umiddelbart deltager i behandling og/eller pleje af patienter inden for sundhedsvæsenet, jf. § 3 i den nævnte bekendtgørelse. Klager over sundhedspersoners faglige vurderinger vedrørende patienters genoptræningsbehov, uanset om genoptræningen er leveret i kommunalt eller regionalt regi, kan således indbringes for Patientklagenævnet, ligesom mangelfuld journalføring og manglende samtykke også kan indbringes for nævnet.

En patient kan fx klage til Patientklagenævnet over den lægefaglige vurdering og afgørelse af patientens genoptræningsbehov, som anført i patientens individuelle

genoptræningsplan. En patient kan også klage over den lægefaglige vurdering af patientens genoptræningsbehov i situationer, hvor en læge ikke finder, at patienten har et genoptræningsbehov efter udskrivning fra et sygehus – og dermed heller ikke har behov for en genoptræningsplan. En patient kan desuden klage over sundhedspersoners faglige virksomhed i forbindelse med genoptræningen, herunder klage over hvorvidt genoptræningsydelsen svarer til almindelig anerkendt faglig standard.

Der er ikke adgang til at indbringe klager på genoptræningsområdet for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Ministeriet udtaler sig imidlertid vejledende i konkrete sager om fortolkningen af sundhedslovens genoptræningsbestemmelser m.v.

Klager over serviceniveauet, herunder ventetider og organiseringen af genoptræning, der ydes under indlæggelse på et sygehus, kan indbringes for regionen. Klager over serviceniveauet, herunder ventetider og organiseringen af genoptræning i forhold til ambulante, specialiseret genoptræning, der skal ydes i det regionale sygehusvæsen, indbringes ligeledes for regionen.

Klager over serviceniveauet, herunder ventetider og organiseringen af genoptræning, i forhold til genoptræning, der ydes af kommunen efter udskrivning fra sygehus, skal rettes til den kommune, der yder genoptræningen.

Det overordnede tilsyn med, om kommunerne overholder lovgivningen, varetages af statsforvaltningen i den region, hvori kommunen er beliggende.

Hvis en patient har modtaget tilskud vederlagsfri fysioterapi eller vederlagsfri genoptræning uden for sygehusregi, der er købt eller leveret i et andet EU-/EØS-land, så er det klage- og eventuelt erstatningsreglerne i det land, hvor patienten har modtaget ydelsen, der er gældende. Patienten skal således rette eventuelle klager til det land, hvor patienten har modtaget ydelsen.

Dog kan en afgørelse truffet af bopælskommunen om, hvorvidt en sikret kan få tilskud til vederlagsfri genoptræning, der er købt eller leveret i et andet EU-/EØS-land, inden 4 uger efter, at sikrede har fået meddelelse om afgørelsen, indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. §§ 6 og 10 i lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Klagen sendes til bopælskommunen, der har truffet afgørelsen. Kommunen skal herefter vurdere, om der er grundlag for at give klageren helt eller delvist medhold. Kan kommunen ikke give klageren medhold, skal kommunen sende klagen med begrundelse for afgørelsen og genvurderingen videre til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kan tage stilling til, om sikrede i henhold til bekendtgørelsen har ret til tilskud til en vare eller tjenesteydelse, der er købt eller leveret i et andet EU-/EØS-land. Patientklagenævnet kan ikke tage stilling til andre spørgsmål, som alene hører under kommunalbestyrelsens kompetence, herunder fx kommunalbestyrelsens skønsmæssige vurdering af behovet for omfanget af en ydelse og det på grundlag heraf beregnede tilskud til genoptræning søgt i et andet EU-/EØS-land.

Vedrørende ydelser efter serviceloven

Efter den sociale lovgivning er det kommunen, som træffer afgørelse i sociale sager efter en konkret individuel vurdering. Det er kommunalbestyrelsen, der fastlægger kommunens

serviceniveau og således beslutter indholdet og omfanget af hjælpen inden for lovgivningens rammer.

Når kommunen har truffet afgørelse i en sag, kan borgeren klage over kommunens afgørelse, hvis pågældende er utilfreds med afgørelsen. Borgeren skal klage inden fire uger efter, at kommunens afgørelse er modtaget, og klagen skal sendes til kommunen. Når der klages over kommunens afgørelse, har kommunen fire uger til at vurdere sagen igen. Kommunen skal sende klagen videre til Det Sociale Nævn, hvis kommunen ikke giver borgeren medhold i klagen.

En borger kan også klage til det sociale nævn, hvis kommunerne ikke har overholdt de regler, der gælder for behandling af sociale sager. Efter reglerne om behandling af sociale sager har borgeren ret til at se akterne i sin sag og ret til at udtale sig om alle nye oplysninger, som kommunen har indhentet for at kunne behandle pågældende sag. Borgeren har også ret til at få en fyldestgørende begrundelse for kommunens afgørelse, hvis pågældende ikke får den ydelse, som der er søgt om.

Klager over kommunens afgørelser om genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens bestemmelser kan således indbringes for det sociale nævn. Det sociale nævn kan behandle klager over den måde, en sag er blevet behandlet på og over konkrete afgørelses indhold, herunder over omfanget og indholdet af den tildelte hjælp. Det sociale nævn kan ikke tage stilling til de kommunalpolitiske beslutninger om serviceniveau m.v. og til kommunens tilrettelæggelse af opgaverne, herunder til hvordan opgaverne udføres.

Klager over kommunens serviceniveau eller sagsbehandlingen (sagsbehandlingstiden, personalet m.v.) skal rettes til kommunens borgmester som den øverst ansvarlige for kommunens virksomhed.

Klager over sundhedsfaglig virksomhed udført i medfør af servicelovens bestemmelser om træning kan, ligesom klager over sundhedsfaglig virksomhed i medfør af sundhedslovens bestemmelser, indbringes for Patientklagenævnet.



09-01-2011

Sag nr. 10/2492

Dokumentnr.

Martin Thor Hansen

Tel. 3529 8294

E-mail: mth@regioner.dk

Fællesregional investeringsplan for sundheds-it 2011

Regeringen og Danske Regioner har i forbindelse med økonomiaftalen for 2011 indgået en separat aftale om sundheds-it. I aftalen fastlægges en klare og mere forpligtende kurs for udviklingen i de kommende år. Det slås fast, at regionerne har ansvaret for sundheds-it på sygehusene, og der opstilles en række ambitiøse mål for regionernes arbejde– fx at hver region inden udgangen af 2013 har en fuldt konsolideret elektronisk patientjournal (EPJ).

Til at understøtte dette arbejde har Regeringen og Danske Regioner aftalt at etablere en årlig central pulje til fællesregionale investeringer i sundheds-it på 50 mio. kr. i 2011, 150 mio. kr. i 2012, stigende til 200 mio. kr. i 2013. Puljens midler finansieres indenfor rammerne af regionernes anlægsbudgetter fordelt efter bloktilskudsnøglen.

Regionerne har i regi af Regionernes Sundheds-it (RSI) etableret et tæt og forpligtende samarbejde om at udvikle og investere i sundheds-it på sygehusene. RSI har udarbejdet en strategi for regionernes fælles indsats i perioden 2010-2013, og har i den forbindelse opstillet 24 pejlemærker for sundheds-it i regionerne, jf. vedlagte bilag om regionernes pejlemærker. Flere af disse pejlemærker er efterfølgende blevet indskrevet som mål i aftalen om sundheds-it mellem staten og regionerne.

RSI har i efteråret 2010 udarbejdet en forretningsmodel for, hvordan regionerne styrer, organiserer og finansierer fællesregionale sundheds-it projekter, jf. vedlagte bilag om RSIs forretningsmodel. Forretningsmodellen indebærer bl.a., at alle fællesregionale projekter skal være underbygget af en business case, og at igangsatte projekters fremdrift løbende overvåges via RSIs porteføljestyring. Derudover skal projekterne tage afsæt i nationale standarder, hvor disse findes og meningsfyldt kan anvendes.

Regionernes fælles indsats for realisering af de 24 pejlemærker i 2011

Regionerne vil i løbet af 2011 fortsætte den fælles og koordinerede indsats for at realisere de 24 pejlemærker for sundheds-it. Dette gælder alle pejlemærkerne, hvad enten de skal realiseres i 2011, 2012 og 2013. Således er det allerede nu nødvendigt at arbejde målrettet med flere af de pejlemærker, som først skal nås i 2012 og 2013.

Regionernes fælles investeringer i realiseringen af pejlemærkerne vil i 2011 overstige de 50 mio. kr., som er afsat i den centrale pulje. Puljen udgør dog en væsentlig finansieringskilde for regionernes investeringer i sundheds-it, idet den er hentet indenfor rammerne af regionernes egne anlægsbudgetter. Adgang til puljemidlerne er derfor en grundlæggende forudsætning for at realisere de ambitiøse mål, som er beskrevet i hhv. pejlemærkerne og sundheds-it aftalen. Regionerne ønsker at indfri disse mål og har til det formål udarbejdet en fællesregional investeringsplan for sundheds-it. Planen er godkendt af RSIs styregruppe og af Danske Regioners bestyrelse.

Regionernes investeringer vedr. pejlemærkeaktiviteterne vil i 2011 overordnet falde indenfor ti områder, som beskrives nedenfor:

- Fortsat konsolidering af regionernes EPJ-landskaber, herunder udbygning af EPJ til en sammenhængende klinisk it-arbejdsplads
- Nem og hurtig adgang til den kliniske it-arbejdsplads
- Etablering af et interregionalt billedindeks, som kan dele billeddiagnostisk materiale (fx røntgenbilleder, CT- og MR-scanninger, EKG'er mm.)
- Regional implementering af Det Fælles Medicinkort (FMK)
- Telemedicin
- It-understøttelse af kronikerindsatsen
- Patient empowerment
- It-understøttelse af det præhospitalt område
- Opsætning af og ibrugtagning af elektroniske tavler på fælles akutmodtagelser
- Tværregional erfaringsudveksling i relation til at indtænke it i de nye sygehusbyggerier

Konsolidering af EPJ og udbygning af den kliniske it-arbejdsplads

Alle regioner vil i 2011 fortsætte arbejdet med at konsolidere EPJ (dvs. notat, medicin, rekvisition/svar, booking og PAS), herunder udbygge EPJ til en sammenhængende klinisk it-arbejdsplads.

Hver enkelt region har lagt en plan for konsolidering af EPJ, som er beskrevet i rapporten ”Udviklingen i regionale EPJ-landskaber 2007-2010” (se vedlagte bilag). Denne plan er blevet konfirmeret i forbindelse med sundheds-it aftalen. Regionernes udgifter til konsolidering af EPJ vil i 2011 være betragtelige – formentlig et trecifret millionbeløb.

Konkret har regionerne på EPJ-området besluttet at gennemføre et fælles udbud af et nyt bookingmodul. I 2011 vil regionerne forberede den fælles udbudsforretning. Selve anskaffelsen og implementeringen kommer først i 2012. Derudover vil regionerne sikre, at alle sygehuse i løbet af 2011 får mulighed for at bruge digital diktering som en del af den kliniske it-arbejdsplads.

Parallelt med konsolideringen af EPJ har regionerne i 2010 udrullet e-journalen til alle sygehuse. E-journal er et eksisterende fællesregionalt samarbejdsprojekt, som muliggør deling af patientoplysninger fra EPJ på tværs af sygehuse og sektorer ved at stille disse data til rådighed for sundhedspersonale og borgere. Regionerne vil i 2011 bl.a. forbedre løsningens nuværende brugergrænsefalde.

Effektiv adgang til kliniske it-systemer

Regionerne vil i 2011 gennemføre projekter vedr. effektiv adgang til kliniske it-systemer. Projekterne omfatter bl.a. etablering af single sign-on (et fælles log in til flere systemer). Regionerne har forud for investeringerne gennemført afprøvning af fire løsninger til effektiv systemadgang. Afprøvningsresultaterne har mundet ud i konkrete fælles anbefalinger, der danner grundlag for regionernes videre arbejde. Regionerne forventer i 2011 at skulle investere ca. 150 mio. kr. i løsninger til effektiv systemadgang.

Interregionalt billedindeks

Regionerne har i 2010 påbegyndt et projekt, som har til formål at realisere pejlemærket om, at regionernes sygehuse skal kunne udveksle billeddiagnostiske materiale inden udgangen af 2012. Billedindekset kan i princippet udveksle alle former for billeder, herunder videoer. Det indebærer, at alt fra røntgenbilleder til CT og MR-scanninger vil kunne udveksles via indekset.

Projektet etablerer et fællesregionalt billedindeks, som regionernes lokale RIS/PACS (dvs. systemer hvori billeder og billedbeskrivelser lagres) skal kunne kommunikere med. Projektet har derfor både et centralt og et decentralt element. Centralt skal der etableres et billedindeks, og decentralt skal der etableres en snitflade fra de lokale RIS/PACS til det centrale indeks.

Regional implementering af Det Fælles Medicinkort (FMK)

Regionerne vil i løbet af 2011 fortsætte og færdiggøre implementeringen af FMK i regionernes lokale medicinsystemer. FMK er et nationalt samarbejdsprojekt, som skal sikre, at relevant sundhedspersonale i regioner, kommuner og hos de praktiserende læger får adgang til et opdateret overblik over en patients ordinerede medicin – dvs. den medicin som aktuelt gives til patienten. FMK-projektet er delvist finansieret af ABT-fonden.

Den regionale implementering af FMK er afhængig af, at staten får klargjort den centrale del af FMK-løsningen, som de regionale medicinsystemer skal kommunikere med.

Telemedicin

Regionerne vil i 2011 udarbejde en fælles strategi for, hvordan telemedicinske løsninger skal medvirke til at optimere hospitalsdriften. Telemedicin er et strategisk vigtigt indsatsområde for regionerne. Telemedicin er bl.a. et redskab til at imødegå fremtidens udfordringer, hvor stadig flere kronisk syge patienter skal behandles for færre penge. Den telemedicinske strategi skal udstikke kursen for, hvordan regionerne på en koordineret måde vil tage telemedicinske værktøjer i brug.

I 2011 vil flere regioner endvidere indgå i et telemedicinsk projekt finansieret af ABT-fonden, som har til formål at gennemføre en storskala afprøvning af en telemedicinsk løsning. Derudover vil regionerne i 2011 arbejde frem mod, at teletolkning stilles til rådighed for alle relevante sygehusafdelinger inden udgangen af 2012.

It-understøttelse af kronikerindsatsen

Regionerne har i 2010 gennemført en kortlægning af regionernes it-understøttelse af kronikerindsatsen. Regionerne vil i 2011 bruge kortlægningen til at samordne og koordinere indsatsen på området. Derudover vil kortlægningen danne baggrund for at kunne påbegynde et projekt i stor skala vedr. it-understøttelse af udvalgt kronikergruppe.

Patient empowerment

Regionerne vil i 2011 udarbejde en fælles strategi for it-understøttelse af patient empowerment med fokus på fælles indsatser. Strategien skal udstikke kursen for, hvordan regionerne vil bruge it til at gøre patienten til en aktiv part i eget sygdomsforløb. Derudover vil regionerne i 2011 via Patient-

håndbogen på sundhed.dk stille 2.500 dansksprogede artikler om sundhed, sygdom og behandling til rådighed for borgere og patienter.

Side 5

It-understøttelse af den præhospitale indsats

Regionerne vil i 2011 udarbejde en plan for it-understøttelse af den præhospitale indsats. Den kommende nye sygehusstruktur vil stille store krav til akutområdet og den præhospitale indsats. Planen skal redegøre for, hvordan regionerne vil bruge it til at understøtte den rolle og de opgaver, som det præhospitale område er tiltænkt i den nye struktur.

Regionerne har allerede etableret et samarbejde omkring fællesregionalt udbud af it-løsning til vagtcentralerne, herunder en fælles ambulancejournal. I 2011 vil regionerne forberede dette udbud. Udbuddet og dets afledte effekter vil blive indarbejdet i planen.

Elektroniske tavler på fælles akutmodtagelser

Regionerne vil i 2011 fortsætte arbejdet med at etablere elektroniske tavler på alle større fælles akutmodtagelser. De elektroniske tavler skal understøtte logistikstyringen på de fælles akutmodtagelser, herunder bidrage til at personalet får et bedre overblik til at prioritere behandlingen af de akutte patienter.

Nyt sygehusbyggeri og it

Regionerne ønsker at indtænke it og automatisering i forbindelse med projekteringen af de nye sygehusbyggerier, herunder sikre erfaringsudveksling.

Regionerne beskrev i 2010 en struktur for erfaringsudveksling i relation til it og de nye sygehusbyggerier. I 2011 vil regionerne etablere denne struktur for erfaringsudveksling. Strukturen skal sikre, at regionerne videndeler om konkrete emner i relation til it og de nye sygehusbyggerier.

Bidrag fra central pulje til regionernes investeringsplan for 2011

Regionernes fælles indsats for at realisere pejlemærkerne for sundheds-it, herunder de mål der er beskrevet i sundheds-it aftalen, vil i 2011 langt overstige de 50 mio. kr., som centralt er afsat til fællesregionale investeringer. Den centrale pulje, som er etableret indenfor rammerne af regionernes egne anlægsbudgetter, udgør således kun en del af den samlede fællesregionale indsats.

Regionerne har med afsæt i de ovenfor prioriterede indsatsområder udarbejdet en plan for, hvordan puljemidlerne til fællesregionale investeringer i

sundheds-it kan yde et bidrag til at understøtte regionernes samlede arbejde med at realisere pejlemærkerne for sundheds-it, jf. tabel 1. Jævnfør statens praksis på området er der vedlagt business case for projekter, der overstiger 10 mio. kr.

Tabel 1: Plan for udmøntning af pulje med henblik på at yde bidrag til fællesregionale investeringer i 2011

	Beløb i 2011
Interregionalt billedindeks	15.000.000 kr.
Regional implementering af billedindeks *	30.500.000 kr.
Fælles udbud af bookingmodul	1.300.000 kr.
E-journal	2.200.000 kr.
Plan for it-understøttelse af præhospital indsats	1.000.000 kr.
I alt	50.000.000 kr.

* Regionerne forventer at bruge ca. 82 mio. kr. på at tilvejebringe de lokale forudsætninger for, at billedindekset kan kommunikere med de lokale systemer – jf. afsnittet nedenfor vedr. billedindekset. Hele denne aktivitet kan ikke rummes indenfor puljens ramme, hvilket indebærer, at kun lidt mere end 1/3 af aktiviteten finansieres via puljen. Regionerne finansierer den resterende del via sine anlægsbudgetter. De 30,5 mio. kr. er fremkommet ved at summere de øvrige poster i tabellen og fratække puljens ramme.

Der er i planen taget højde for, at puljemidlerne skal kunne udbetales i henhold til bloktilskudsnøglen. Alle fem regioner estimerer derfor at have udgifter, som enten svarer til eller er større end deres bloktilskudsmæssige andel af de ovenfor nævnte beløb.

I det følgende uddybes de nævnte aktiviteter i tabel 1.

Interregionalt billedindeks, herunder regional implementering

Løsningen til det centrale billedindeks er baseret på internationale anerkendte standarder for udveksling af billeder. Dette vil medvirke til national standardisering af det billeddiagnostiske område, herunder sikre at dette sker i henhold til internationale standarder.

Regionerne har udarbejdet et udkast til en business case for projektet, jf. vedlagte bilag. Projektets samlede gevinster er søgt kvantificeret ud fra gennemsnitsbetragtninger og er beregnet til ca. 58 mio. kr. pr. år. De væsentligste gevinster vedrører en reduktion i antallet af unødige gentagelser af eksisterende undersøgelser, og at personalet vil spare tid i forbindelse med at fremfinde undersøgelser.

Sættes alle faktorerne i business casens beregningsmodel til et minimum udgør den årlige gevinst knap 6 mio. kr. Det skal understeges, at beregnin-

gen af investeringens gevinster ikke er at betragte som effektiviseringsgevinster, der kan indhøstes i fuldt omfang. Fx vil sparet arbejdstid næppe kunne indhøstes fuldt ud – men det vil give mulighed for mindre tidspres og bedre kvalitet og omsorg.

Business casens udgiftsside opgøres for det fællesregionale billedindeks til at andrage ca. 15 mio. kr. Dertil kommer regionernes omkostninger ved at koble op til det fællesregionale billedindeks. De enkelte regioners omkostninger hertil er meget forskellige og afhænger af, hvor velkonsolideret regionen i forvejen er på RIS/PACS området. En velkonsolideret region, som fx Region Nordjylland, har allerede skabt mulighed for interregional udveksling af billeder, og regionen kan derfor nøjes med at koble et enkelt lokalt RIS/PACS op til billedindekset. En region, som har flere RIS/PACS som fx Region Hovedstaden, står enten overfor at skulle konsolidere disse systemer til et RIS/PACS eller at etablere flere opkoblinger til indekset.

Alle regioner – på nær Region Nordjylland, som er velkonsolideret på billedområdet – planlægger i 2011 at bruge mere end 10 mio. kr. til den regionale implementering af billedindekset. Region Hovedstanden forventer i 2011 at bruge ca. 30,6 mio. kr. til anskaffelse af et nyt RIS/PACS, som skal erstatte de systemer, regionen har på nuværende tidspunkt. Region Sjælland forventer at bruge ca. 19,9 mio. kr. i forbindelse med deres interne konsolidering, mens Region Syddanmark og Midtjylland forventer at bruge hhv. 13 og 14 mio. kr. Det vurderes, at en velkonsolideret region som minimum skal afsætte ca. 4,5 mio. kr. til at koble op til indekset. Samlet forventer regionerne at bruge ca. 82 mio. kr. på at konsolidere det billeddiagnostiske område, herunder at opkoble de lokale RIS/PACS til billedindekset. Dette er vist i tabel 2 nedenfor:

Tabel 2: Regionernes planlagte udgifter til opkobling af egne systemer samt lokal implementering af billedindekset

Region Hovedstaden	30.600.000 kr.
Region Sjælland	19.900.000 kr.
Region Syddanmark	13.000.000 kr.
Region Midtjylland	14.000.000 kr.
Region Nordjylland *	4.500.000 kr.
I alt	82.000.000 kr.

* Region Nordjylland er, som nævnt, allerede velkonsolideret på billedområdet. Regionen har derfor allerede afholdt en del af de udgifter, der er nævnt ovenfor.

Fælles udbud af bookingmodul

Regionerne står overfor at skulle gennemføre et fælles udbud af et nyt bookingmodul. I 2011 vil regionerne i fællesskab afsætte ca. 1,3 mio. kr. til at forberede den fælles udbudsforretning. Selve anskaffelsen og implementeringen kommer først i 2012. Aktuelt har Region Nordjylland og Region Sjælland udarbejdet en business case på at anskaffe et nyt bookingsystem. De øvrige regioner, som skal deltage i udbuddet, vil ligeledes udarbejde en business cases før anskaffelsen.

E-journal

I 2011 vil e-journalen være et fuldt landsdækkende system. Alle borgere, praktiserende læger og relevant sundhedspersonale på sygehusene vil have adgang til systemet. Regionerne vil i 2011 forbedre løsningens nuværende brugergrænseflade. Derudover vil regionerne udbygge e-journalen, så den kommer til at rumme et fuldt landdækkende udtræk af cave-oplysninger (dvs. oplysninger vedr. allergier/overfølsomheder). Det vurderes, at udgifterne til disse aktiviteter samlet løber op i ca. 2,2 mio. kr.

E-journalen bruger MedComs standarder for udtræk og udveksling af patientdata.

Plan for it-understøttelse af præhospital indsats

I 2011 skal regionerne udarbejde en plan for it-understøttelse af den præ-hospital indsats. Planen skal koordinere og målrette regionernes indsats på området, herunder det forestående udbud af it-løsning til vagtcentralerne, som omfatter en fælles ambulancejournal.

Det vurderes, at der skal bruges ca. 1,0 mio. kr. på at udarbejde planen. Midlerne skal bl.a. anvendes til projektledelse, eksterne konsulenter og workshops/seminar.

Opfølgning

Regionerne vil ultimo 2011 udarbejde en samlet status på de i investeringsplanen nævnte indsatsområder. Denne status vil blive fremsendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet.



05-01-2011

Kenneth Hirsch Sørensen/Anne

Mette Bæk Jespersen

Tel. 3529 8206

E-mail: Khs@regioner.dk

Status og nye initiativer vedrørende sundhedsinnovation og erhvervs-samarbejde

Udvalgets kommissorium fastlægger, at udvalget skal rådgive bestyrelsen om regionernes vilkår og muligheder for sundhedsinnovation og erhvervs-samarbejde inden for følgende temaer:

- Kommercialisering af sygehusforskning, herunder støttesystemer herfor.
- Vilkår og muligheder for offentligt-privat samarbejde om sundhedsinnovation.
- Sundhedsinnovation gennem strategiske indkøb og i forbindelse med hospitalsbyggeri.
- Behovet for og effekterne af innovationsstøttesystemer og -kompetencer, der kan understøtte innovation på sundhedsområdet.
- Vilkår for finansiering af sundhedsinnovation, såvel offentlige ordninger som det private kapital- og venturemarked.
- Innovation som parameter for at skabe attraktive arbejdspladser fx i form af brugerdreven innovation og uddannelser i innovation.
- Vilkår og udviklingsmuligheder såvel som eventuelle barrierer for sundhedsinnovation og erhvervs-samarbejde.
- Formidling af resultater og effekter af samarbejde mellem sundhedsinnovation og erhverv.

Sundhedsinnovationsudvalget har siden oprettelsen afholdt fire møder med forskellige temaer, og det foreløbige arbejde har vist, at Danmark har en række styrkepositioner både erhvervsmæssigt og forskningsmæssigt. Området prioriteres endvidere af regionerne og de regionale vækstfora.

Udvalget har peget på en række udfordringer i forhold til at øge indsatsen for sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde, herunder manglende viden og overblik over området, manglende ledelsesmæssigt og økonomisk fokus, mangel på tålmodig og risikovillig kapital, komplicerede samarbejdsformer vedrørende offentlig-privat innovationssamarbejde (OPI), langsom udbredelse af nye løsninger samt udfordringerne ved innovation i offentlige indkøb.

Sideløbende med udvalgets arbejde er der sat en række initiativer i værk fra forskellig side, der skal bidrage til at fremme sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde. Danske Regioner er inviteret med til en række af de konkrete initiativer. Der er tale om initiativer, der understøtter udvalgets arbejde.

Udvalgets arbejde og rækken af nye initiativer betyder, at der er sat nye større initiativer i gang inden for 7 af udvalgets otte tema-områder. Under temaet formidling af resultater og effekter har udvalget indtil videre udgivet en pjece, ligesom formanden har deltaget som oplægsholder på nogle konferencer.

Nedenfor skitseres de otte temaer for udvalgets arbejde med hensyn til status for området, nye initiativer samt eksterne aktører i forhold til de nye initiativer. De konkrete initiativer gennemgås i nedenstående skema:

Tema	Status (gennemførte initiativer)	Nye initiativer (tallene i parentes henviser til noterne nedenfor)	Aktører
Kommercialisering, herunder støttesystemer	Forsknings- og innovationsstyrelsen (FI) udarbejder en årlig kommercialiseringsstatistik FI har gennemført en kortlægning af dansk lægemiddelforskning. FI udarbejder udredning af status for forskningsinfrastruktur inden for bl.a. sundhedsområdet m.h.p. fremlæggelse af forslag/roadmap	Nedsættelse af Task Force vedr. Sund Vækst med Sundhedsministeriet (SUM), herunder forskningsstatistik. (1) Patent- og varemærkestyrelsen har iværksat et panelarbejde for modelaftaler for handel med intellektuelle ejendomsrettigheder (IPR) (der blev orienteret herom på seneste møde i udvalget)	SUM, Økonomi- og Erhvervsministeriet (ØEM), Videnskabsministeriet (VTU), Danske Regioner Regionerne repræsenteret i arbejdet ved medarbejder fra Reg. H.
Offentlig-privat	Erhvervs- og Byg-	4-årigt OPI udred-	Regionerne, Er-

<p>innovation (OPI)</p>	<p>gestyrelsen (EBST) har lavet analyse af innovationspartnerskaber</p> <p>Analyse om sundhedsinnovation i de nordiske lande – offentlig-privat samarbejde fra Nordisk Ministerråd.</p> <p>Samarbejde med Rådet for Teknologi og Innovation (RTI) og de regionale vækstfora om styrket offentligt-privat samspil inden for velfærdsteknologi</p>	<p>ningsprojekt inkl. demonstrationsprojekter i alle regioner. (2)</p> <p>Etablering af innovationskonsortier: Innovative samfundsløsninger i strategiske partnerskaber (UNIK og Lev Vel) (3)</p> <p>RTI er interesseret i at undersøge mulighederne for at igangsætte en større fælles strategisk satsning indenfor velfærdsteknologi i perioden 2011-2013. Desuden overvejer RTI om ordningen innovationsagenter kan fokuseres yderligere på innovation inden for velfærdsteknologi</p> <p>Et styrket samarbejde med RTI kommer muligvis til at indgå i de kommende samarbejdsaftaler mellem RTI, VTU og de regionale vækstfora.</p>	<p>Side 3</p> <p>hvervsorganisationer</p> <p>regionerne VTU, videninstitutioner, erhvervsorganisationer</p> <p>Regionale vækstfora RTI Videnskabsministeriet</p>
<p>Strategisk indkøb og byggeri</p>	<p>Regionerne har vedtaget en fælles indkøbsstrategi.</p> <p>Regionerne har etableret en videndelingsportal vedr. fremtidens sygehuse</p>	<p>EBST initiativ vedr. problemudbud under Fornyelsesfonden (4)</p> <p>Nye initiativer søsat i Regeringens Vækstforum vedr. udbudsregler. (5)</p> <p>Videndelingsportal vedr. fremtidens sy-</p>	<p>ØEM</p> <p>Regeringens Vækstforum</p> <p>Regionerne Danske Regioner</p>

		gehuse (6) Task-force vedrørende Sund vækst (1)	Side 4 SUM Danske Regioner
Innovationsstøttesystemer	De regionale systemer og initiativer er beskrevet i Danske Regioners pjece om sundhedsinnovation og erhvervs-samarbejde, og de regionale aktører inden for sundhedsinnovation har ned-sat netværksgruppe.	Task-force vedrørende Sund vækst (1)	SUM og evt. ØEM, VTU (FI), Det nationale samarbejdsforum for sundhedsforskning (NNS)
Finansiering	Regional indsats og initiativer er beskrevet i pjecen. Offentlige finansieringsmuligheder: ABT-fonden, Højteknologifonden, Vækstfonden og Fornylsesfonden	Task-force vedrørende Sund vækst (1) Fonden til global markedsføring af Danmark - konsortium til markedsføring af danske sundheds- og velfærdsløsninger. (7)	ØEM, SUM og FM EBST/ØEM Danske Regioner, regionerne, virksomheder, erhvervsorganisationer
Innovation i.f.t. attraktive arbejdspladser	Regionale initiativer er beskrevet i pjecen	Videndelingsportal vedr. fremtidens sygehuse (6)	
Vilkår, muligheder og evt. barrierer	Beskrevet i pjecen	Task-force vedrørende Sund vækst (1)	Danske Regioner, regionerne, SUM, ØEM, VTU og evt. erhvervsorganisationer.
Formidling af resultater og effekter	Pjecen, debatindlæg og oplæg.		Danske Regioner, regionerne, SUM, ØEM, VTU, erhvervsorganisationer.

Lidt uddybende om de oven for nævnte initiativer:

1. *Task Force om Sund Vækst* er nedsat af Sundhedsministeriet med henblik på at fremme rammevilkårene for sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde. Initiativet er beskrevet uddybende i et andet dagsordenspunkt.

2. *OPI-udredningsprojekt*: "Laboratorium for offentlig-privat innovation og velfærdsteknologi" under Den Konkurrenceudsatte Pulje.

Fra januar 2011 starter projektet "Laboratorium for offentlig-privat innovation og velfærdsteknologi", som skal styrke OPI (Offentlig-Privat Innovation). Region Syddanmark fungerer som tovholder for projektet, som består af de fem danske regioner, Servicestyrelsen samt en række kommuner og private virksomheder.

Formålet med projektet er at øge samarbejdet mellem det offentlige og det private indenfor udarbejdelsen af velfærdsteknologiske løsninger, som danske virksomheder kan sælge i såvel Danmark som udlandet – f.eks. indenfor ældre- og handicapområdet. Center for brugerfokuseret innovation i Odense vil fungere som laboratorium for innovation. Her vil det være muligt at inddrage brugerne i arbejdet med at skabe nye fysiske rammer, processer, ny teknologi og måder at organisere sig på. Centeret inddrager desuden tæt samarbejde med bl.a. læger og sygeplejersker og sørger for at inddrage såvel patienter som pårørende for at sikre brugerdrevet innovation.

For at demonstrere hvorledes mulige barrierer for OPI-samarbejdet kan overkommes, er der som udgangspunkt opstillet fem demonstrationsprojekter (et i hver region):

- Udvikling af nye teknologier og servicekoncepter i forbindelse med nyt sygehusbyggeri (Syddanmark)
- Nye løsningskoncepter inden for tværsektorielle patientforløb (Midtjylland)
- OPI samarbejder om udvikling af Living Lab, botilbud for senhjerneskadede (Nordjylland)
- Patienternes hus (Region Hovedstaden)
- Brugerdreven sundhedsinnovation – fra idé til værdiskabelse (Sjælland)

Der nedsættes også en task-force, der skal udvikle og gennemføre "OPI/OPS-eftersyn". Eftersynet skal afdække, om den offentlige opgaveløsning kan udvikles og styrkes gennem OPI eller OPS. Formålet er at hjælpe kommuner og regioner med at identificere områder, hvor opgaverne kan løses bedre og billigere gennem samarbejde med private virksomheder.

Den økonomiske ramme for projektet er på 48,8 mio. kr., hvoraf de 19,3 mio. kr. kommer fra EU's Regionalfond/Den konkurrenceudsatte pulje, 9,7 mio. kr. fra statslig medfinansiering, 11,3 mio. kr. fra de regionale vækstforas erhvervsudviklingsmidler. Det resterende beløb er finansieret af de involverede projektpartnere.

Som en del af projektet gennemføres også en række formidlings- og kommunikationsaktiviteter, der skal sikre information om projektets resultater og om de koncepter, metoder og guidelines, der udvikles som led i projektet.

3. Innovative samfundsløsninger i strategiske partnerskaber (UNIK og Lev Vel): Alle regioner deltager i to større innovationskonsortier - UNIK og Lev Vel.

UNIK er et partnerskab blandt universiteter, virksomheder, kommuner, hospitaler og erhvervsorganisationer. UNIK skal afdække brugerbehov hos en række kronikergrupper med henblik på at skabe nye velfærdsteknologiske koncepter, nye forretningsmodeller og nye behandlingskoncepter samt afprøve disse i kliniske miljøer. Der er to perspektiver i UNIK. Det ene handler om at skabe vækst og innovation inden for velfærdsteknologi. Det andet om at forbedre livskvalitet for borgere med kroniske sygdomme som hjerte-kar sygdomme, diabetes, muskel- og skeletlidelser og KOL.

Det strategiske partnerskab Lev Vel udvikler innovative samfundsløsninger inden for sundhed og velfærd. Fokus er at bevare ældre borgere aktive og selvhjulpne i længere tid - for at give de ældre større livskvalitet, få frigjort offentlige ressourcer til andre behov og for at skabe vækstmuligheder på velfærdsområdet for private virksomheder. Lev Vel vil i løbet af de kommende 4 år virkeliggøre seks innovationsprojekter, hvor hvert projekt drives og udvikles i et tæt samarbejde mellem offentlige og private parter. Partnerskabet er forankret i en række udviklingsprojekter om tjenesteydelser, teknologi og organisation og i LEV VEL klubben, hvor kommuner, virksomheder, hospitaler, forskere, organisationer og andre interessenter kan mødes, inspireres og indgå nye alliancer. Lev Vel har foreløbig iværksat tre innovationsprojekter (Add ons til medicinkortet, Mødestedet om ældre og social computing og forebyggende selvmonitorering).

4. Funktionsudbud: EBST/ØEM vil undersøge muligheden for øget anvendelse af funktions-/problemudbud

I Regeringens oplæg til det seneste møde i Vækstforum "Vækst og fornyelse gennem øget konkurrence" nævnes en række nye initiativer vedrørende udbudsområdet og offentlig-privat samarbejde, herunder: *Ny udbudslov og*

smidigere udbudsregler, der skal skabe større fleksibilitet og smidighed i brugen af udbudsreglerne gennem en to-faset model.

Side 7

Dels skal en ny dansk udbudslov sikre, at Folketinget kan fastlægge en autoritativ fortolkning af udbudsreglerne, der rummer den størst mulige fleksibilitet, dels skal udbudsbekendtgørelsen ved årsskiftet 2010-11 gøres smidigere. Endvidere skal klagereglerne ændres, så Klagenævnet for Udbud skal fokusere sin indsats på grove og principielle overtrædelser af udbudsreglerne. Samtidig ændres principperne for fordeling af sagsomkostninger, så både klager og ordregiver skal kunne idømmes at betale sagsomkostninger. Regeringen vil også arbejde for at smidiggøre EU's udbudsregler, herunder forhøje tærskelværdierne og udvide adgangen til at benytte "konkurrencepræget dialog", samt udvide adgangen til dialog med tilbudsgivere og gøre det lettere at indgå og anvende rammekontrakter.

5. I initiativet *Styrket indsats for offentligprivat partnerskab (OPP)* skal oprettes et OPP-kontaktpunkt, som kan bistå myndigheder og virksomheder med at afklare tvivlsspørgsmål om OPP. Desuden udvikles en OPP-standardmodel, som skal gøre det lettere at etablere OPP'er. Endvidere skal der udvikles en række værktøjer, som skal gøre offentlig-privat samarbejde lettere, fx interaktive udbudsredskaber, trin-for-trin vejledninger for specifikke områder, vejledning til oprettelse af fælles offentlig-private selskaber, vejledning for god proces for medarbejderne ved virksomhedsoverdragelse, værktøjer til funktionsudbud, værktøjer til at understøtte regionerne i at udbyde sundhedsopgaver samt vejledning til offentlig-private innovationspartnerskaber (OPI). Regeringen vil inddrage KL og Danske Regioner i den videre proces omkring forslagene.

6. *Videndelingsprojekt vedrørende fremtidens sygehuse*: Etableringen af den sygehusstruktur udgør en helt unik chance for at skabe nytækning i forhold til organisering, arbejdstilrettelæggelse samt rationel teknologianvendelse, der understøtter sammenhængende patientforløb, hensigtsmæssige arbejdsgange og fleksibilitet. Elementer der er afgørende for det effektiviseringspotentiale, der skal realiseres, og for skabelsen af et kvalitetsløft i behandlingen af patienterne. Regionerne har af samme grund derfor også i arbejdet med sygehusinvesteringerne på forskellig vis, fokuseret på disse elementer.

Det vil være til stor gavn for regionerne, hvis regionerne i højere grad kunne gøre brug af hinandens idéer, viden og erfaringer på området. Det er derfor besluttet at systematisere den videndeling, der finder sted mellem regionerne og der iværksættes et treårigt projekt, med fokus på følgende elementer:

1. Systematisk vidensopsamling og vidensindhentning i forhold til de skitserede elementer
2. Intensiveret vidensspredning og erfaringsudveksling
3. Løbende strategisk kommunikation
4. Understøtning og udbygning af netværk

7. *Fonden til global markedsføring af Danmark:* Der er indgået en ny politisk aftale om markedsføring af Danmark i udlandet. Fonden vil fremadrettet fokusere på etableringen og deltagelsen i offentlig-private markedsføringskonsortier. Fonden vil i perioden 2011-2012 etablere et konsortium til markedsføring af danske sundheds- og velfærds løsninger med henblik på at fremme innovation og øge eksporten af dansk velfærdsteknologi. Det fremhæves, at et stærkere kendskab til Danmark som grønt velfærdsland samlet set skal medvirke til at øge henholdsvis afsætningen af produkter og tjenesteydelser og tiltrækningen af investeringer inden for velfærdsteknologi og grønne løsninger samt til at tiltrække talenter og turister. Det understreges endvidere, at satsningen skal ses i sammenhæng med Fornylsesfonden.

Øvrige relevante initiativer vedrørende sundhedsinnovation

Som led i EU2020 initiativet "*Innovation Union*" har Europa-kommissionen lanceret et nyt initiativ om europæiske innovationspartnerskaber.

De europæiske innovationspartnerskaber skal fokusere på store samfundsmæssige udfordringer, der samtidig indeholder et væsentligt markedspotentiale. Endemålet er at øge Europas konkurrenceevne inden for disse udvalgte områder ved at koordinere aktiviteter fra grundforskning, til anvendt forskning, til innovation og hele vejen til slutbrugerne.

Det er endnu ikke konkretiseret, hvordan innovationspartnerskaberne skal fungere i praksis, men Kommissionen påpeger, at tanken er, at udpege og overvinde hindringer for innovation og nedbringe den tid, det tager at udvikle og markedsføre produkter, der bygger på nye idéer.

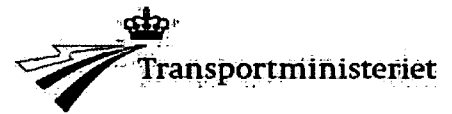
Et af fokusområderne bliver 'Sund og Aktiv Aldring' og Kommissionen har igangsat en høring, hvor interessenter kan komme med indspil til, hvad indholdet af forsknings- og innovationsaktiviteterne skal være. Kommissionen spørger derudover også til hindringer for innovation og kortlægning af eksisterende nationale programmer. Kommissionen har allerede identificeret følgende indsatsområder for pilotinnovationspartnerskabet.

- forebyggelse og sundhedsfremme - medicinsk teknologi, medicin for og behandling af aldersrelaterede kroniske sygdomme og andre lidelser
- integrerede sundhedsydelser og sociale tjenester for ældre, som forbedrer hjemmepleje og selvpleje og nye omfattende innovative løsninger til langsigtet pleje af de ældre
- uafhængig, aktiv livsførelse for ældre mennesker, hjulpet af innovative produkter, anordninger og tjenesteydelser

Nordisk Ministerråd har i 2010 udgivet rapporten *Health Innovation in the Nordic Countries*, hvor de ser på sundhedsinnovation og erhvervssamarbejde i alle de nordiske lande – samt hvad der er af nordisk samarbejde på området.

Rapporten er første skridt i et treårigt nordisk globaliseringsprojekt om innovation og entreprenørskab i sundhedssektoren, som er ét af syv delprojekter inden for et hovedprojekt om sundhed og velfærd. Der vil i løbet af 2011 blive igangsat et nordiske projekt om innovation gennem offentligt indkøb.

SKANNET
- 9 DEC. 2010



MINISTEREN

Dato
J. nr. 2010-1907

- 8 DEC. 2010

Frederiksholms Kanal 27 F
1220 København K

Telefon 33 92 33 55

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

Invitation til dialogforum om tilgængelighed

I forlængelse af Transportministeriets publikation om tilgængelighedspolitik, som blev offentliggjort tidligere på året, skal der nedsættes et dialogforum om tilgængelighed. Forummet vil have medlemmer fra relevante myndigheder, handicaporganisationer og transportudbydere og vil mødes én gang årligt.

Det er hensigten, at forummet skal fremme samarbejde og udveksling af viden på handicapområdet samt gennem dialog yderligere målrette Transportministeriets tilgængelighedspolitik.

Jeg skal derfor anmode Danske Regioner om at udpege et medlem til dette forum og give meddelelse herom til ctt@trm.dk

Det første møde i forummet afholdes

tirsdag den 22. februar 2011 kl. 14-15.30

Mødet finder sted i Det færøske Pakhus ved Transportministeriet og adressen er **Frederiksholms Kanal 27 F, 1220 København K.**

Jeg modtager gerne forslag til emner, der kan drøftes på mødet. Eventuelle forslag hertil samt øvrige spørgsmål bedes sendt til ctt@trm.dk. En endelig dagsorden vil blive udsendt umiddelbart forud for mødet til de udpegede medlemmer

Jeg deltager selv i mødet og ser frem til en konstruktiv dialog, som kan medvirke til at sikre bedst mulig tilgængelighed på transportområdet.

Med venlig hilsen

Hans Chr. Schmidt