

Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

24-02-2011
Sagsnr. 11/360
Annette Budtz-
Jørgensen
Tel.: 3529 8263
E-mail: abj@regioner.dk

Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 03-03-2011 kl. 11:00

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

Afbud: Flemming Stenild

Mødested: Danske Regioner,
Dampfærgevej 22,
2100 København Ø



Indholdsfortegnelse

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/360	1
2. Godkendelse af åbent referat af møde 27-01-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/360	3
Bilag: 1. Åbent referat af møde 27-01-2011 i Danske Regioners bestyrelse	
3. Danske Regioners regnskab for 2010, sagsnr. 11/336	5
Bilag: 1. Danske Regioners årsrapport 2010	
Bilag: 2. Danske Regioner - Afsluttende revisionsprotokollat 2010	
Bilag: 3. Budget og resultatoversigt 2010	
4. Kontingentfastsættelse på generalforsamling 2011, sagsnr. 11/336	9
5. Udpegning af medlem til Teknologisk Instituts repræsentantskab, sagsnr. 01/3498, j.nr. 100	11
6. Status for forhandlinger om praktikpladsaftale for 2011, sagsnr. 11/360	13
7. Direkte adgang til fysioterapi, sagsnr. 11/329, j.nr. RLTN5540	15
Bilag: 1. Sekretariatets vurdering af konsekvenser af direkte adgang til fysioterapeut	
8. Opfølgning på kvalitet på private sygehuse i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg, sagsnr. 10/17	17
9. Offentliggørelse af sundhedsprofiler i regionerne, sagsnr. 10/1820	21

10. Udmøntning af midler til sundheds- og akuthuse, lægehuse, udbygning af præhospitale akutberedskaber og særlige førstehjælpere, sagsnr. 10/908	27
Bilag: 1. Oversigt over projekter, som har fået tildelt midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet	
11. Lovforslag om videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, sagsnr. 10/2228	31
Bilag: 1. Høringssvar vedr. forslag om lov om videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter	
12. Rigsrevisionens beretning om elektroniske patientjournaler, sagsnr. 10/1251	35
Bilag: 1. Beretning om elektroniske patientjournaler	
13. Innovation i transportsektoren, sagsnr. 10/2421	37
14. EU-prioriteringer for Danske Regioner 2011, sagsnr. 10/2490	41
Bilag: 1. Samlet liste over Danske Regioners prioriterede EU-initiativer 2011	
15. EU på den regionale dagsorden, sagsnr. 10/1856	45
Bilag: 1. Analyse - EU på den regionale dagsorden	
16. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/360	47
17. næste møde, sagsnr. 11/360	51
18. Eventuelt, sagsnr. 11/360	53



1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/360

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.





2. Godkendelse af åbent referat af møde 27-01-2011 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 11/360

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at referatet godkendes.*

Sagsfremstilling

-

Bilag

1. Åbent referat af møde 27-01-2011 i Danske Regioners bestyrelse.pdf (943267).





3. Danske Regioners regnskab for 2010, sagsnr. 11/336

Søren Sørensen

Resumé

Danske Regioners regnskab aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens regler for klasse A virksomheder. Årsregnskabet er revideret af BDO Kommunernes Revision Godkendt Revisionsaktieselskab.

Årets samlede resultat er et underskud på 17,1 millioner kroner. Heri indgår blandt andet urealiserede kursgevinster på 11,3 millioner kroner. Ses der alene på den almindelige drift udgør resultatet uden kursgevinster et underskud på 24,4 millioner kroner, der kan sammenlignes med et oprindeligt budgetteret underskud på 35,4 mio. kr. Forbedringen skyldes især et mindre forbrug på en række driftsposter, samt en række ekstrairndtægter.

Det indstilles, at de uforbrugte midler på allerede besluttede projekter på bestyrelsespuljen for 2010 overføres til budgetrammen for 2011.

Danske Regioners balance pr. 31. december 2010 balancerer med 816,4 millioner kroner. Egenkapitalen udgør ultimo 2010 448,6 millioner kroner, hvilket er et fald på 13,6 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioners regnskab for 2010 godkendes og underskrives,

at Revisionsprotokollen underskrives, og

at uforbrugte midler på Bestyrelsespuljen (1,4 millioner kroner) overføres.

Sagsfremstilling

Danske Regioners regnskab for 2010 er revideret af BDO Kommunernes Revision Godkendt revisionsaktieselskab. Revisionen har ved afslutningen af revisionen af Danske Regioners årsregnskab afgivet en beretning (vedlægges).

Under forudsætning af, at regnskabet vedtages i sin nuværende udformning, og at der under bestyrelsens behandling og vedtagelse af regnskabet ikke fremkommer yderligere væsentlige oplysninger om regnskabet, vil revisionen underskrive revisionserklæringen. Hovedkonklusionen af revisionserklæringen er, "at årsregnskabet giver et retvisende billede af foreningens aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2010 samt af resultatet af foreningens aktiviteter for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2010 i overensstemmelse med årsregnskabsloven".

Revisionsprotokollen vedlægges.

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

Årsrapporten er vedlagt som bilag.

Regnskabet for 2010

Danske Regioners resultatopgørelse for 2010 udviser for den ordinære drift et underskud på 12,9 millioner kroner i forhold til det budgetterede underskud på 35,4 millioner kroner, hvilket er en budgetforbedring på 22,5 millioner kroner. Uden for den almindelige drift er der afholdt ekstraordinære udgifter på 4,1 millioner kroner til flerårige projektbevillinger, således at årets resultat for 2010 er et underskud på 17,1 millioner kroner.

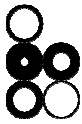
Driftsresultatet uden de finansielle poster udviser et underskud på 34,7 millioner kroner, hvilket er knap 8 millioner kroner bedre end det budgetterede underskud på 42,7 millioner kroner, jf. vedhæftede oversigt over budget og regnskab 2010.

De samlede personaleomkostninger er knap 600 tusinde kroner mindre end budgetteret. En stigning i hensættelserne til feriepengeforpligtigelsen modsvares af et fald i hensættelsen til tjenestemandspensionsforpligtigelsen.

I tabel 1 nedenfor vises de udmøntede bevillinger og forbrug for puljerne i 2009 og 2010. Det indstilles at de uforbrugte midler på allerede besluttede projekter på bestyrelsespuljen for 2010 overføres til budgetrammen for 2011.

Tabel 1: Puljeprojekter 2009 og 2010.

	2010			2009	
	Bevilling	Forbrug		Bevilling	Forbrug
Bestyrelsespulje			Bestyrelsespulje		
Praktikernetværk	350.000	0	Borgertopmøde	1.000.000	857.718
Internetbaserede Patientnetværk	647.000	647.000	Danmarks styrkeposition	250.000	250.000
Afstigmatisering af psykisk sygdom	600.000	600.000			
Udvalg om udvikling af retspsykiatri	300.000	0			
Topmøde om psykiatri	750.000	0			
Uddannelse af patientrepræsentanter	200.000	200.000			
Bestyrelsespulje i alt:	2.647.000	1.247.000	Bestyrelsespulje i alt:	1.250.000	1.107.718



Ikke anvendt af disponerede midler:		1.400.000			142.282
Direktionspulje				Direktionspulje	
Kommunikationsstrategi	1.900.000	1.887.398	Klimakampagne	400.000	387.105
Psykatrikontrakter DUF	350.000	381.250	DUF kontrakter	600.000	606.250
EPJ analyse	1.135.421	1.135.421	www.godtsygehusbyggeri.dk	25.000	25.031
Styr på sygehusvæsenet	102.238	102.238			
Kommunikation regionale vækstfora	150.690	150.690			
Regionsudbud.dk	200.000	185.509			
DSI projekter	1.160.000	1.162.486			
Direktionspulje i alt:	4.998.349	5.004.990	Direktionspulje i alt:	1.025.000	1.018.386

De samlede indtægter før finansielle poster endte godt 3,1 millioner kroner højere end budgetteret. Dette skyldtes primært opstart af Regionernes Sundheds IT organisation, der blev tilført 1,5 millioner kroner i 2010 og refusion af tidligere indbetalt moms med 1,3 millioner kroner.

De finansielle poster udviser samlet et overskud på 21,7 millioner kroner, hvoraf halvdelen skyldes urealiserede kursgevinster på aktier og obligationer. De finansielle indtægter er knap 3 millioner kroner højere end budgetteret. Dette skyldes væsentlig højere renteindtægter og udbytter end budgetteret.

I bilag 3 er regnskabet for 2010 sammenlignet med det af bestyrelsen den 26. november 2009 vedtagne budget for 2010.

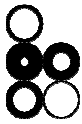
Status pr. 31. december 2010

Danske Regioners balance pr. 31. december 2010 balancerer med 816,4 millioner kroner Egenkapitalen udgør ultimo 2010 448,6 millioner kroner, hvilket er et fald på 13,6 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen.

Værdien af ejendommene og øvrige anlægsaktiver udgør 388,8 millioner kroner efter årets tilgange og afskrivninger.

De i forbindelse med hushandlerne optagne lån i danske kroner har ved udgangen af 2010 en restgæld på 186,5 millioner kroner.

Danske Regioner har indgået en kapitalforvaltningsaftale med Nordea Investment Management. Aftalens overordnede investeringspolitik medfører en maksimal aktieandel på 30 %. Ultimo 2010 udgjorde aktieandelen 20,5 % af den samlede portofølje på 371,5 millioner kroner. Obligationssportoføljen søges placeret under hensyn til højest muligt afkast med lavest muligt risiko for kurstab ved renteudsving samtidig med at det sikres, at der løbende frigives kapital til at dække det løbende driftsunderskud. Obligationernes restløbetid fordeler sig



med 34 % af beholdningen mellem 0-5 år, 14 % mellem 5-10 år, 52 % over 10 år.

Danske Regioner forvalter centrale overenskomstpuljer, der er opkrævet i amterne og regionerne siden 1993. Overenskomstparterne disponerer over puljerne, og der henstår 32,5 millioner kroner. Puljerne forrentes med diskontoen minus en procent – den lave rente gør at de har stået uforrentet i 2010, idet aftalen ville have givet en negativ forrentning.

Der er 2 erhvervsaktive tjenestemænd ansat i Danske Regioner, 1 har opsat pension og der udbetales 16 tjenestemandspensioner. Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til indskudsværdien ultimo 2010 af den manglende forsikringsmæssige dækning uden eventuel rådighedsløn. Der er hensat 41,5 millioner kroner.

Til dækning af Danske Regioners feriepengeforpligtelse er hensat 15,9 millioner kroner.

Bilag

Danske Regioners årsrapport 2010.pdf (942466).

Danske Regioner - Afsluttende revisionsprotokollat 2010.pdf (943894).

Budget og resultatoversigt 2010 (942465).



4. Kontingentsats på generalforsamling 2011, sagsnr. 11/336

Søren Sørensen

Resumé

Bestyrelsen besluttede i forbindelse med 2. behandlingen af Danske Regioners budget for 2011, at kontingentsatsen skulle fastholdes på 21 kroner pr. indbygger i regionerne pr. 1. januar 2011. Bestyrelsens indstilling til generalforsamlingen er dermed, at kontingentsatsen fastholdes på 21 kroner i 2011.

Indstilling

Det indstilles

at bestyrelsens indstilling til generalforsamlingen er en fastholdelse af kontingentsatsen på 21 kroner pr indbygger i 2011.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen besluttede i forbindelse med 2. behandlingen af Danske Regioners budget for 2011, at kontingentsatsen skulle fastholdes på 21 kroner pr. indbygger i regionerne pr. 1. januar 2011. Bestyrelsens indstilling til generalforsamlingen er dermed, at kontingentsatsen fastholdes på 21 kroner i 2011.

Bilag

Ingen.





**5. Udpegning af medlem til Teknologisk Instituts repræsentantskab,
sagsnr. 01/3498, j.nr. 100**

Bente Kragelund Jøn-
son***Resumé***

Danske Regioner skal udpege et medlem til repræsentantskabet for Teknologisk Institut.

Det nuværende medlem, regionsrådsmedlem Jørgen Rørbæk Henriksen, A, Region Nordjylland kan genvælges.

Indstilling

Det indstilles,
at regionsrådsmedlem Jørgen Rørbæk Henriksen, A, Region Nordjylland genvælges.

Sagsfremstilling

Ifølge vedtægterne for Teknologisk Institut (TI) skal Danske Regioner udpege et medlem til Institutets repræsentantskab.

Ved konstitueringen blev regionsrådsmedlem Jørgen Rørbæk Henriksen, A, Region Nordjylland udpeget som repræsentant.

TI har meddelt, at genvalg kan finde sted.

Bilag

Ingen.





**6. Status for forhandlinger om praktikpladsaftale for 2011, sagsnr.
11/360**

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

Der vil på mødet blive givet en status for drøftelserne med Undervisningsministeriet. Der henvises i øvrigt til materiale udleveret til bestyrelsesmøde 16-12-2010.

Indstilling

*Det indstilles,
at sagen drøftes.*

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.



7. Direkte adgang til fysioterapi, sagsnr. 11/329, j.nr. RLTN5540

Karin Wulff Larsen

Resumé

En ordning, hvor patienter har direkte adgang til fysioterapeutisk behandling uden henvisning fra deres praktiserende læge, vil være uhensigtsmæssig. For det første vil direkte adgang kunne føre til betydelige merudgifter, da en mulig, men usikker besparelse på antallet af konsultationer hos praktiserende læge hurtigt vil blive opvejet af øget tilgang til fysioterapi. For det andet er det usikkert, hvilken betydning direkte adgang til fysioterapi vil få for lægens rolle som gatekeeper. Lægens mulighed for at bevare det samlede overblik over patientens helbredstilstand bliver besværliggjort.

Indstilling

Det indstilles,
at sagen drøftes.

Sagsfremstilling

Poul Müller, regionsrådsmedlem i Region Midtjylland og medlem af Danske Regioners bestyrelse, har bedt bestyrelsen om at drøfte muligheden for at indføre direkte adgang til fysioterapeutisk behandling uden henvisning fra en praktiserende læge.

Danske Regioners sekretariat har foretaget en vurdering af mulige fordele og ulemper af en model med direkte adgang. Det sker blandt andet på baggrund af erfaringer fra Holland, hvor man i 2006 indførte direkte adgang til fysioterapi.

Sekretariatets samlede vurdering er, at direkte adgang til fysioterapi vil kunne føre til betydelige merudgifter. Det skyldes, at der ikke er sikkerhed for, at antallet af konsultationer hos de praktiserende læger vil falde. De eventuelle besparelser ved færre konsultationer i almen praksis vil blive opvejet af en stigning i antallet af behandlinger i fysioterapeutisk praksis.

Samtidigt vil en ordning med direkte adgang ikke vil give hurtigere adgang til behandling. Den vil derimod kunne underminere den praktiserende læges rolle som gatekeeper til sundhedsvæsenet og som den tovholder for patientens behandling, der har et samlet overblik over deres patienters helbredstilstand.

Færre konsultationer hos praktiserende læge

Besparelser på lægekonsultationer afhænger af, hvor mange patienter der vil benytte sig af den direkte adgang. Erfaringerne fra andre lande viser, at det



primært er de unge og veluddannede, der benytter sig af den direkte adgang. Det er den samme gruppe, som også er målgruppen for sundhedsforsikringer, og forsikringsselskaberne kræver i de fleste tilfælde en lægehenvielse, før der kan udbetales tilskud.

Stigning i antal af patienter

De hollandske erfaringer viser ingen øget tilgang af patienter hos fysioterapeuter efter et år. Erfaringerne fra Danmark er dog også, at det kan tage flere år, før man kan se konsekvenserne af ændringer i praksissektoren. Sekretariatet vurderer, at der på længere sigt er en betydelig risiko for, at antallet af patienter og antallet af behandlinger pr. patient vil stige, hvis der bliver direkte adgang til fysioterapeutisk behandling.

Hurtigere adgang til behandling

Ventetiden på en konsultation hos praktiserende læge må i Danmark maksimalt være på fem dage. Det er derfor ikke ventetiden hos lægen, der spiller en rolle for, hvor længe der går inden patienten kommer i behandling hos en fysioterapeut.

Praktiserende læge som gatekeeper

De hollandske forskere har undersøgt, hvilke konsekvenser direkte adgang har haft for den praktiserende læges rolle som gatekeeper. Det er derfor et åbent spørgsmål, om lægen stadig vil kunne bevare det samlede overblik over patientens helbredstilstand, hvis de får direkte adgang til fysioterapi.

Bilag

Sekretariatets vurdering af konsekvenser af direkte adgang til fysioterapeut (941874).

8. Opfølgning på kvalitet på private sygehuse i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg, sagsnr. 10/17

Pernille Christensen

Resumé

Danske Regioner har sammen med regionerne udarbejdet en model for opfølgning af kvalitet på private sygehuse og klinikker. Modellen indebærer, at alle leverandører, som har en aftale under det udvidede frie sygehusvalg, skal akkrediteres i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel. Derudover skal der foretages udadgående opfølgning på stikprøvebasis samtidigt med, at regionerne og Danske Regionerne løbende følger op på kvaliteten.

Indstilling

Det indstilles,
at den foreslåede model tiltrædes.

Sagsfremstilling

Sundhedsdirektørerne har på mødet den 28. januar 2011 drøftet og tiltrådt følgende model for opfølgning på kvaliteten på private sygehuse og klinikker.

Modellen indebærer, at alle leverandører skal akkrediteres gennem Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), at der foretages løbende stikprøver på kvaliteten samt at der sker en systematisk opfølgning på kvalitetsbrist i regi af regionerne og Danske Regioner. Modellen vedrører sager, som kan have konsekvenser for det private sygehus eller kliniks indgåelse og opretholdelse af kontrakt under det udvidede frie sygehusvalg.

Det gælder fortsat, at hvis en sundhedsperson, ledelse mv. i en region bliver opmærksom på forhold på et privat sygehus eller klinik, som har væsentlige konsekvenser for patienternes sikkerhed, skal regionen kontakte Sundhedsstyrelsens tilsynsenhed og/eller embedslægen om forholdet og samtidigt meddele Danske Regioner, at dette er gjort.

Akkreditering gennem Den Danske Kvalitetsmodel

DDKM skal fremover gælde for alle private leverandører, som har en aftale under det udvidede frie sygehusvalg – uanset om de er større klinikker/sygehuse eller speciallægeklinikker.

I dag gælder det for alle sygehuse, der har en aftale under det udvidede frie sygehusvalg, at de skal omfattes af DDKM. Opnår et sygehus ikke at blive akkrediteret, ophæves aftalen med pågældende leverandør. Men en række special-

lægeklinikker, som har aftaler under det udvidede frie sygehuse, er ikke endnu omfattet af DDKM.

Danske Regioner vil derfor rette henvendelse til Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), for at der hurtigst muligt aftales en løsning, hvor IKAS akkrediterer alle de speciallægeklinikker, som har en aftale under det udvidede frie sygehusvalg. Det er uvist, hvorvidt IKAS har midler til opgaven. Det kan derfor betyde, at der i regionerne skal afsættes ekstra midler.

Løbende stikprøver

I forlængelse af Rigsrevisionens kritik af manglende opfølgning på kvalitet, skal der foretages udadgående opfølgning ved stikprøver. Der tilstræbes stikprøver to gange årligt på et til to sygehuse og to til fire klinikker. Beslutning om hvilke sygehuse og klinikker, og hvilket fokus stikprøver skal have, besluttes i fællesskab i regi af henholdsvis sundhedsdirektørerne og psykiatridirektørerne.

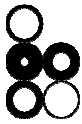
De udførte stikprøver kan bestå af journalaudits, fremvisning eller indsendelse af dokumentation og besøg med interviews på stedet. Hvilken dokumentation og form, der vælges for disse stikprøver, afhænger af fokus for stikprøven. Stikprøverne skal foretages af lægefaglige konsulenter, som tilknyttes Danske Regioners sekretariatet.

Hvis konsulenterne i deres stikprøvekontrol vurderer, at der er tale om et mislighold af kontrakten med leverandøren, meddeles dette til Danske Regioner, som tager kontakt til pågældende private klinik og sygehus for en videre udredning af forholdet. På den baggrund kan Danske Regioner vurdere, hvorvidt forholdet skal give anledning til en ophævelse af kontrakten.

Såfremt afrapporteringen afstedkommer tvivl om en bestemt leverandørs sundhedsfaglige kvalitet, indkaldes et ad hoc-udvalg bestående af relevante klinikere fra mindst to regioner. Samtidigt informeres Sundhedsstyrelsen og/eller embedslægen om forholdet.

Systematisk opfølgning i regionerne og Danske Regioner

Der findes allerede en række kilder til viden om kvaliteten på de private sygehuse, som der kan følges op på. Den kan opnås via kliniske databaser, utilsigtede hændelser, patientforsikringsager samt henvendelser fra patienter og eget personale. Regioner kan med fordel samle og bearbejde denne viden med henblik på at se eventuelle mønstre i f.eks. antal komplikationer eller andre hændelser.



Regionerne får jævnligt kendskab til forhold på de privates sygehuse og klinikker ad forskellige veje. Det kan være ved patientklager, herunder også serviceklager. Det kan også ske ved, at regionens eget personale (f.eks. på et sygehus eller i administrationen) undrer sig over konkrete forhold. Får en region kendskab til en række mangler via patienthenvendelser til regionens patientvejledere eller andet personale, bør regionen have en procedure for at disse behandles på samme måde, som når det drejer sig om forhold på et offentligt sygehus.

Hvis det drejer sig om sundhedsfaglige og rettighedsklager skal patienten rådgives om mulighed for at klage til Patientombudet. Regionen bør herefter behandle klagen på samme måde, som hvis klagen vedrører eget sygehus. Regionerne er ifølge loven om klage- og erstatningsregler forpligtiget til at følge op på patientforsikringsager.

Skulle der observeres et mønster eller opdages alvorlige brist i kvaliteten, skal dette håndteres af regionen ved, at denne tager kontakt til pågældende private klinik eller sygehus for en nærmere afklaring af problemets omfang og evt. aftale om en afhjælpning af problemet.

Hvis klagen vedrører et muligt brud på kontrakten, skal Danske Regioner involveres med henblik på en vurdering i forhold til de kontraktlige forhold. Hvis der er tale om et mislighold, som er særlig alvorlig, kan dette give anledning til en ophævelse af pågældende kontrakt. Dette er et alvorligt skridt, hvor misligholdet skal være veldokumenteret, og der skal forinden være forsøgt at få rettet op på forholdene hos leverandøren eventuelt i samarbejde med regionen.

Opfølgning på alvorlige brist i den faglige kvalitet

Efter bestyrelsens beslutning i december 2009 har sekretariatet i en henvendelse til regionerne beskrevet en model for, hvordan sager håndteres, hvis der opstår formodninger om alvorlige brist i den sundhedsfaglige kvalitet hos en leverandør.

Proceduren er, at den region, som har formodningen, henvender sig til sekretariatet i Danske Regioner. Danske Regioner etablerer et ad hoc panel bestående af relevante klinikere fra mindst to regioner, som vurderer kvalitetsbristet. På baggrund af panelets vurdering tager Danske Regioner stilling til, om klinikken eller sygehuset skal indberettes til Sundhedsstyrelsen og om der er grundlag for at tage initiativ til at ophæve aftalen med pågældende leverandør.



Et ad hoc panel skal være hurtigt arbejdende og sammensættes i forhold til den konkrete problemstilling. For hvert enkelt tilfælde skal det overvejes, om embedslægeinstitutionen skal inddrages. Konstruktionen med et ad hoc-panel har allerede været brugt i et enkelt tilfælde.

Regionerne skal fortsat selv indberette sager om kvalitetsbrist til Sundhedsstyrelsen, også selvom ad hoc-panelet arbejder.

Økonomi

Ansættelse af lægefaglige konsulenter skal finansieres via regionerne i fællesskab. Såfremt der ikke er midler til en udvidelse af akkreditering i IKAS, skal der også findes midler til dette.

Kommunikation

Efter bestyrelsens tiltrædelse orienteres Rigsrevisionen om modellen.

Bilag

Ingen.

9. Offentliggørelse af sundhedsprofiler i regionerne, sagsnr. 10/1820

Birgitte Harbo

Resumé

Sundhedsprofilerne "Hvordan har du det?" er i færd med at blive offentliggjort i alle regioner. Resultaterne viser, at borgere med lav socioøkonomisk status (lav uddannelse, indkomst m.v.) har en dårligere sundhedstilstand end den øvrige befolkning, og at andelen af overvægtige danskere og danskere med en eller flere kroniske lidelser er stigende.

Sundhedsstyrelsen offentliggør de nationale resultater og den nationale database på et åbent lanceringsmøde den 10. marts 2011.

Indstilling

*Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.*

Sagsfremstilling

Regionerne offentliggør efter planen de regionale sundhedsprofiler i perioden fra ultimo januar til primo marts 2011.

På nuværende tidspunkt har Region Hovedstaden (den 20. januar), Region Sjælland (24. januar), Region Midtjylland (28. januar) og Region Syddanmark (10. februar) offentliggjort deres sundhedsprofiler.

Region Nordjylland offentliggjorde dele af deres sundhedsprofil den 10. februar, og offentliggør deres samlede sundhedsprofil den 1. marts.

Samlet viser de regionale sundhedsprofiler, at der er en social slagside i sundheds- og sygdomsbilledet, og at udviklingen i andelen af overvægtige danskere og danskere med en eller flere kroniske lidelser går i de forkerte retning.

Den 10. marts 2011 offentliggøres de nationale resultater samt database på et lanceringsmøde i Sundhedsstyrelsen.

Nedenfor fremgår hovedresultaterne fra regionernes sundhedsprofiler.

Der gøres opmærksom på, at Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Midtjylland har lavet sundhedsprofiler tidligere og derfor i modsætning til Region Sjælland og Region Syddanmark kan udtale sig om udviklingen over tid.



Sundhedsprofilerne beskæftiger sig med sundhedstilstanden for de 16-årige og op efter.

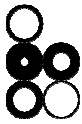
Region Hovedstaden

- Undersøgelsen viser, at kronisk sygdom er hyppig i regionen. Hele 57 procent af befolkningen over 16 år angiver, at de har en kronisk sygdom, bl.a. astma, allergi, KOL, diabetes, hjerte-karsygdomme, muskel-skeletlidelser og psykiske sygdomme som depression. Kroniske sygdomme er mest udbredt blandt borgere, der har en kort uddannelse.
- Andelen af rygere er faldende i regionen, og faldet er størst i kommuner med mange dårligt stillede borgere.
- Selvom andelen af overvægtige borgere i regionen ikke er steget betydeligt, er 41 procent af borgere over 16 år overvægtige, heraf er 30 procent moderat overvægtige og 11 procent svært overvægtige.

Region Sjælland

- Region Sjællands sundhedsprofil viser, at kommuner med en høj andel af borgere med en kort uddannelse, høj arbejdsløshed og lav indkomst, også har flere borgere, der lever usundt og har et dårligt helbred. Særligt borgere i regionens udkant, især Odsherred, Kalundborg og Lolland har usunde vaner i form af rygning, usunde kostvaner og manglende motion. Kort uddannelse og arbejdsløshed ser desuden ud til at udløse en højere hyppighed af stress.
- Andelen af kronikere i regionen er meget lig andelen i Region Hovedstaden. Således angiver 58 procent, at de har mindst en kronisk sygdom.
- 23 procent af borgere i Region Sjælland ryger hver dag (på landsplan er tallet 20 procent).
- 35 procent er moderat overvægtige og 16 procent af borgerne er svært overvægtige.
- Generelt kan kun 13 procent af Region Sjællands borgere over 16 år siges at have en generel sund adfærd, hvad angår KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion). Langt over halvdelen af befolkningen i Region Sjælland vil imidlertid gerne gøre op med de usunde vaner.

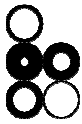
Region Midtjylland



-
- Region Midtjylland har valgt at offentliggøre to sundhedsprofiler; en profil for de 16-24-årige og en for de 25-årige og opefter. Opdelingen er foretaget med henblik på at kunne sammenligne med regionens tidligere sundhedsprofiler, som dengang kun omfattede de 25-årige og opefter. I denne oversigt præsenteres resultaterne for de 25-årige og opefter, hvilket man skal være opmærksom på i sammenligningen på tværs af regioner.
 - Region Midtjyllands sundhedsprofil viser, at der generelt er sket en forøgelse af forekomsten af kronisk sygdom fra 2006 til 2010. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi. Ved 14 ud af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede. Der er således en udpræget social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme.
 - Andelen af overvægtige voksne er 52,3 procent, heraf er 36,6 procent moderat overvægtige og 15,7 procent svært overvægtige. Andelen af overvægtige midtjyder er steget fra 49 procent i 2006 til 58 procent i 2010. Kommunerne med flest overvægtige er Samsø, Ringkøbing-Skjern, Norddjurs og Hedensted.
 - Andelen af midtjyder, der ryger, er fra 2006 til 2010 faldet fra 27 til 22 procent. Ganske overraskende er det største fald sket blandt storrygerne, hvor andelen er faldet fra 17 til 13 procent.

Region Syddanmark

- Regionens sundhedsprofil viser, at 34 procent af befolkningen har en eller flere langvarige sygdomme (kroniske sygdomme), herunder hjerte-kar-sygdomme, sygdomme i nervesystemet, kræftsygdomme, psykiske lidelser, kroniske lungesygdomme (primært KOL), type-2-diabetes og muskel- og skeletsygdomme.
- Der ses en social slagside i sygelighed og sundhedsadfærd, idet det primært er borgere med en kort uddannelse og ikke-beskæftigede, der er mest syge og har den mest uhensigtsmæssige adfærd i forhold til egen sundhed.
- I alt angiver 22 procent af befolkningen, at de ryger dagligt. Andelen er større blandt mænd, borgere uden erhvervsuddannelse og borgere med en kort uddannelse, end blandt kvinder og borgere med en lang videregående uddannelse.
- Næsten halvdelen af syddanskerne kan karakteriseres som overvægtige. Således er andelen af moderat overvægtige mænd 42,5 procent og andelen af moderat overvægtige kvinder 38,7 procent. I Region Syddanmark er 14,4



procent af borgerne svært overvægtige. Andelen af svært overvægtige falder med stigende uddannelsesniveau.

Region Nordjylland (den samlede sundhedsprofil offentliggøres den 1. marts)

- Sundhedsprofilen viser, at antallet af rygere er faldet fra godt 24 procent i 2007 til knap 22 procent i 2010. Desværre ses en lille stigning i antallet af rygere blandt de 16-19-årige.
- Generelt er der mange borgere i regionen, der ønsker at leve sundere. Fire ud af fem overvægtige vil gerne tabe sig, syv ud af 10 dagligrygere ønsker at holde op med at ryge, syv ud af 10 af de fysisk inaktive ønsker at være mere fysisk aktive, og over halvdelen af borgere med usunde kostvaner ønsker at spise mere sund mad.
- Selvom fire ud af fem nordjyske borgere mener de har et godt helbred, har 64 procent af nordjyderne enten en sygdom eller har eftervirkninger heraf. Udviklingen i kroniske sygdomme er stigende i forhold til tallene fra 2007.

Baggrund for sundhedsprofilerne

Regionerne har på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, KL, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet fået til opgave at stå for og finansiere sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne indeholder repræsentative data på nationalt, regionalt og kommunalt niveau om danskernes sundhed, sygdom og trivsel.

Regionerne har arbejdet hårdt på at få udarbejdet den første landsdækkende sundhedsprofil i alle landets regioner og kommuner. I februar 2010 blev spørgeskemaet udsendt og lanceret under overskriften "Hvordan har du det?", og i alle kommuner modtog minimum 2000 borgere over 16 år et spørgeskema. Responsen har generelt været tilfredsstillende med svarprocenter på mellem 52 - 65 procent.

Sundhedsprofilerne er baseret på et standardspørgeskema, og region og kommuner har haft mulighed for at supplere standardspørgeskemaet med ekstra spørgsmål med henblik på f.eks. at videreføre temaer behandlet i tidligere sundhedsprofilundersøgelser. Regionerne har til opgave at sikre, at data indberettes i en landsdækkende database i regi af Statens Institut for Folkesundhed.



Det er planlagt, at der i 2013 og igen hvert 4. år herefter skal gennemføres tilsvarende dataindsamling, så det bliver muligt at følge befolkningens sundhedstilstand over tid.

Sundhedsprofilarbejdet koordineres i Sundhedsstyrelsens koordinerende udvalg for sundhedsprofiler med tilhørende underarbejdsgrupper. I udvalget har man fastlagt en række udviklingsområder, som det er aftalt at se nærmere på til den næste generation af sundhedsprofiler i 2013.

Et af områderne er børnesundhedsprofiler. Mulighederne for børnesundhedsprofiler skal derfor nu undersøges nærmere.

Bilag

Ingen.



10. Udmøntning af midler til sundheds- og akuthuse, lægehuse, udbygning af præhospitale akutberedskaber og særlige førstehjælpere, sagsnr. 10/908

Martin Grønberg Johansen

Resumé

Regeringen og Dansk Folkeparti har den 10. februar 2011 fordelt 425 millioner kroner til sundheds- og akuthuse, lægehuse, udbygning af præhospitale akutberedskaber og særlige førstehjælpere.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

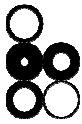
Sagsfremstilling

Regeringen og Dansk Folkeparti indgik den 8. juni 2010 en aftale om den overordnede fordeling af de 600 millioner kroner, som blev afsat til nære sundhedstilbud i udkantsområder i finanslovene for 2009 og 2010. Det fremgår af aftalen, at de 600 millioner kroner udmøntes til følgende formål og med følgende fordeling:

1. Etablering af fuldt udbyggede sundheds- og akuthuse – som udgangspunkt i eksisterende bygninger (100 millioner kroner).
2. Lægehuse, sundheds- og akuthuse i udkantsområder tilpasset lokale forhold – som udgangspunkt til indkøb af apparatur samt til ombygning af eksisterende bygninger (300 millioner kroner).
3. Udbygning af præhospitale beredskaber (50 millioner kroner).
4. Helikopterordninger mv. (100 millioner kroner).
5. Målrettet kompetenceløft til sundhedsprofessionelle med særlige opgaver i forhold til sundheds- og akuthuse / præhospitale beredskaber (sygeplejersker, paramedicinere m.fl.) samt uddannelse af særlige førstehjælpere (50 millioner kroner, heraf ca. 10 millioner kroner til særlige førstehjælpere).

Den 10. februar 2011 blev en del af den samlede pulje på 600 millioner kroner udmøntet (se bilag). Region Sjælland har modtaget 78.031.600 kroner, Region Syddanmark 2.831.000 kroner og Region Nordjylland 104.915.000 kroner. I alt svarer det til 185.777.600 kroner.

Dertil skal lægges, at regeringen og Dansk Folkeparti har reserveret ca. 180 millioner kroner til projekter i Region Midtjylland med særlig fokus på den



nordvestlige del af regionen. Udmøntningen af disse midler forudsætter ifølge ministeriet, at der kan skabes ro om sygehusplanen og akutberedskabet i Nordvestjylland frem til, det nye akuthospital i Gødstrup står klart.

Med de knap 60 millioner kroner, som regeringen og Dansk Folkeparti tidligere har bevilget til en forsøgsordning med lægehelikopter med base i Karup, er der altså i alt udmøntet godt 425 millioner kroner.

Regioner og kommuner har mulighed for at søge om yderligere 135 millioner kroner fra puljen på 300 millioner kroner til lægehuse og sundheds- og akuthuse. 2. runde har ansøgningsfrist den 25. februar 2011.

Vilkår for udmøntning

I Indenrigs- og Sundhedsministeriets bevillingsbreve til regioner og kommuner er det ikke nærmere beskrevet, hvordan de tildelte midler skal anvendes. Det fremgår således ikke, hvordan fordelingen er mellem drift og anlæg eller mellem regioner og kommuner.

Ministeriet har dog oplyst, at der kun i mindre omfang er bevilget midler til drift, og at der i forhold til sundheds- og akuthuse kun er bevilget midler til ombygning og udstyr og ikke til drift eller nybyggeri.

Ministeriet har ikke fastlagt, hvordan de tildelte midler skal fordeles mellem region og kommune i de tilfælde, hvor der er indsendt en fælle ansøgning. Det er således op til parterne selv at beslutte.

Bemærkninger til enkelte projekter

En række projekter har fået tildelt det fulde ansøgte beløb, mens andre projekter har fået færre midler end det ansøgte.

Region Sjælland har søgt om midler til etablering af ni kommunale nødbehandlereenheder. Regionen har fået tildelt et noget mindre beløb end det ansøgte, og bevillingen er under forudsætning af, at regionen finansierer driften af ordningerne i forsøgsperioden. Det er ligeledes en forudsætning, at regionen fortsætter driften af ordningerne, såfremt man opnår positive erfaringer med ordningen i forsøgsperioden.

Region Syddanmark har søgt om midler til etablering af frivillige førstehjælpsordninger i yderområder. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har reserveret midler til projektet, men det endelige tilsagn om bevilling forudsætter ministeriets accept af de udpegede områder.

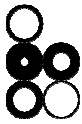


Region Nordjylland ikke fået bevilget det fulde ansøgte beløb til fire sundhedshuse. Det skyldes ifølge ministeriet dels puljens samlede størrelse set i forhold til de indkomne ansøgninger, dels at sundhedshusene planlægges etableret som nybyggeri frem for ved ombygning af eksisterende lokaler, hvilket betyder, at der er tale om relativt dyre projekter.

Bilag

Oversigt over projekter, som har fået tildelt midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (942771).





11. Lovforslag om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, sagsnr. 10/2228

Signe Vind

Resumé

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte den 20. januar 2011 forslag til lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter i høring. De væsentligste ændringer af loven af betydning for regionerne vedrører: den regionale repræsentation i Den Nationale Komite reduceres til fem medlemmer; førstebehandling af sager af særlig kompleks karakter skal ske i Den Nationale Komite; national udarbejdelse af vejledende retningslinjer for de regionale komiteer; rekruttering af medlemmer til komiteerne samt økonomiske konsekvenser. Danske Regioner har modtaget bidrag fra alle regioner og har fremsendt et fælles høringssvar.

Indstilling

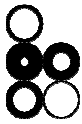
*Sundhedsudvalget indstiller,
at høringssvaret godkendes.*

Sagsfremstilling

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sendt lovforslag om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter i høring. Lovforslaget er en revidering af den gældende lov om et videnskabsetisk komitésystem og videnskabsetisk behandling af biomedicinske forskningsprojekter. Ændringerne har afsat i regeringens plan "Sund Vækst – en ny vækstdagsorden på sundhedsområdet" med styrket fokus på sundhedsforskningens vilkår i Danmark.

Danske Regioner har udarbejdet et fælles høringssvar på baggrund af bidrag fra alle fem regioner. Høringssvaret har været til behandling i Sundhedsudvalget og er efter godkendelse fremsendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, med forbehold for bestyrelsens eventuelle kommentarer.

Baggrunden for lovforslaget er et ønske om et komitésystem med bred legitimitet og folkelig forankring, som er effektivt og gennemsigtigt til gavn for både forsøgspersoner og forskningens interesser. Derfor skal komitésystemet fortsat forankres i politisk udpegede systemer. Revisionen er særligt baseret på anbefalingerne i betænkning 1515 fra udvalget om revision af det videnskabsetiske komitésystem fra marts 2010. I betænkningen indgår en mindretalsudtalelse fra Danske Regioner.



Lovforslaget tager udgangspunkt i udvalgets vurdering af, at det er nødvendigt med to niveauer - et nationalt og et regionalt - med hver deres opgaveportefølje og ansvarsområde. Den nuværende centrale videnskabetiske komité (CVK) omdannes til Den Nationale Videnskabetiske Komité med udvidet opgaveportefølje og flere beføjelser. Der fastholdes en bred sammensætning af Den Nationale Komité og de regionale komiteer med både lægmænd og fagkyndige, men der bliver øget fokus på ligestilling i sammensætningen af komiteerne. De væsentligste lovændringer af betydning for regionerne vedrører:

Ændring af sammensætningen af Den Nationale Komité, herunder reduceres den regionale repræsentation til fem medlemmer

Den Nationale Komité reduceres fra 26 til 13 medlemmer. Begrundelsen for det reducerede medlemsantal er, at den nuværende komite vanskeliggør effektive sagsgange og ikke fremmer debat og drøftelse. For at sikre samarbejde, koordinering og erfaringsudveksling på tværs af de regionale komiteer og mellem de regionale komiteer og Den Nationale Komité, skal der etableres et effektivt kontaktforum mellem formandskaberne i Den Nationale Komité og de regionale komiteer. Af de 13 medlemmer udpeges fem regionale repræsentanter. Danske Regioner vurderer det uhensigtsmæssigt, at den regionale repræsentation i Den Nationale Komité reduceres, bl.a. på grund af, at det er de regionale komiteer, der har den tætte tilknytning til forskningsmiljøerne, og den erfaring og indsigt, som de regionale repræsentanter besidder, bør udnyttes.

Førstebehandling af sager af særlig kompleks karakter i Den Nationale Komité

Lovforslaget indebærer, at sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter af særlig kompleks karakter skal meldes til og førstebehandles af Den Nationale Komité, i stedet for i de regionale komitéer som det er tilfældet i dag. I lovbemærkningen fremgår det, at komplekse problemstillinger kan nødvendiggøre "den ypperste faglige ekspertise på området for at vurdere det projekts videnskabetiske aspekter". For at sikre to-instansprincippet foreslås det samtidigt, at der etableres en klageinstans til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der skal behandle klagesager over selve sagsbehandlingen i Den Nationale Komité.

Danske Regioner vurderer det uhensigtsmæssigt, at sager af kompleks karakter skal behandles i Den Nationale Komité, der har mindst erfaring med at træffe videnskabelige skøn og har mindst erfaring med sagsbehandlingen. Samtidig begrænses klageadgangen for disse sager, idet klagemuligheden til Indenrigs- og Sundhedsministeriet kun angår selve sagsbehandlingen, og det vil således ikke være muligt at klage over afgørelsen over komiteens sundhedsfaglige og videnskabetiske skøn.

Den Nationale Komite skal udarbejde vejledende retningslinjer for de regionale komiteer

For at øge ensartetheden af komitéernes praksis i en situation, hvor de regionale komitéers repræsentation i Den Nationale Komité reduceres, skal Den Nationale Komité i højere grad udarbejde vejledende retningslinjer for komitéernes videnskabetiske skøn, end CVK har gjort. Danske Regioner vurderer, at nationale vejledninger lægger op til, at sagsbehandlingen i komiteerne i højere grad regelstyres, og der er risiko for, at vurderingen af den konkrete anmeldelse sker ud fra en detaljeret regelstyring frem for en afvejning af den konkrete anmeldelse, der inddrager alle relevante forhold; risiko ved deltagelse vs. studiets formål, kvalitet etc. Samtidigt er det u hensigtsmæssigt, at Den Nationale Komité, der har mindst praktisk erfaring og ekspertise med videnskabelige problemstillinger, skal udarbejde vejledende retningslinjer for, hvordan de regionale komitéer skal udføre sagsbehandlingen.

Rekruttering af medlemmer til komitéerne

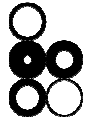
Lovforslaget indebærer, at formændene i de regionale komitéer skal vælges blandt komitéernes forskningsaktive medlemmer og næstformanden blandt lægmændene. Danske Regioner har i mindretalsudtalelsen anført, at lægmænd og forskningsaktive bør ligestilles, så både forskningsaktive og lægmænd kan være formænd.

Økonomi

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at lovforslaget samlet set ikke vil medføre offentlige merudgifter eller administrative byrder. Det vurderes imidlertid ikke sandsynligt, at de foreslåede ændringer kan gennemføres uden, at det får økonomiske konsekvenser for regionerne bl.a. på grund af, at Den Nationale Komité får flere frihedsgrader til at fastlægge kontrolniveauet, uafhængigt af de økonomiske konsekvenser for regionerne, der skal finansiere varetagelsen af kontrolfunktionen, at lovforslaget vil medføre øget brug af ekspertvurderinger i forbindelse med kontrolfunktionen og at der vil være øgede udgifter til print og kopiering pga. den lovbundne elektroniske indsendelse af projektmateriale.

Bilag

Hørings svar vedr. forslag om lov om videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter (939713).



12. Rigsrevisionens beretning om elektroniske patientjournaler, sagsnr. 10/1251

Nicolai Arvedsen

Resumé

Rigsrevisionen offentliggjorde den 23. februar 2011 sin beretning til Statsrevisorerne om elektroniske patientjournaler på sygehusene. Beretningen giver et retvisende billede af udviklingen og regionernes tiltag. Rigsrevisionen anbefaler, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet bidrager til en koordineret og omkostningseffektiv udvikling på området.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Rigsrevisionen offentliggjorde den 23. februar 2011 sin beretning om elektroniske patientjournaler.

I beretningen anbefaler Rigsrevisionen, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet bidrager mere aktivt til udviklingen, især i forhold til at stille krav om standardisering og omkostningseffektivisering. Desuden finder Rigsrevisionen, at regionsdannelsen i 2007 ellers gav en enestående mulighed for et forpligtende samarbejde om fælles it-løsninger og standarder på tværs af regioner, særligt vedrørende netop de elektroniske patientjournaler. Oprettelsen af Digital Sundhed kunne have understøttet målet, men en sådan udvikling er ikke sket. Rigsrevisionen konstaterer videre, at der kun på to ud af 31 sygehuse reelt er tale om papirløse arbejdsgange.

Rigsrevisionen giver et sobert og retvisende billede af udbredelsen og brugen af epj. Beretningen peger på en række udfordringer og barrierer for deling af oplysninger og brug af it-systemerne. Desuden beskrives regionernes konsolideringsplaner for epj. Der rettes ikke kritik af regionernes strategi om én epj per region. Dog efterlyses et tydeligere fokus på at øge brugen af systemerne. Rigsrevisionen noterer sig, at regionerne forventer at afslutte konsolideringen i 2013 uden yderligere bemærkninger. I beretningen roses de tværfaglige journaler, som udrulles i de vstdanske regioner. Samtidig konstaterer Rigsrevisionen, at regionerne med Regionernes Sundheds-it (RSI) har øget samarbejdet.

Rigsrevisionen peger på behovet for at dele oplysninger på tværs, og efterlyser en udbygning af e-journal. Der er allerede taget konkrete skridt til at udbygge



mulighederne for at dele oplysninger på tværs af regioner og sektorer. E-journal udbygges med oplysninger fra egen læge. Regionerne samarbejder om fælles adgang til billeder (røntgen, ultralyd mfl.). Endelig samles alle medicinoplysninger i det fælles medicinkort (FMK).

Generelt har Rigsrevisionen i sin beretning taget højde for regionernes bemærkninger og kommentarer til det tidligere udsendte udkast, som bestyrelsen blev orienteret om på mødet den 27. januar 2011. På enkelte områder er Rigsrevisionen uenige i regionernes kritik, men gengiver så loyalt regionernes bemærkninger. Faktuelle fejl og misforståelser er også rettet.

Kommunikation

Danske Regioner har udsendt en pressemeddelelse ved offentliggørelsen af rapporten. Heri slås fast, at regionerne endnu ikke er i mål med konsolideringen af epj-systemerne, men at indsatsen følger den fælles plan om at nå i mål i 2013. Samtidig præsenteres mulighederne for at dele oplysninger på tværs af sundhedsvæsnet med blandt andet e-journalen.

Bilag

Beretning om elektroniske patientjournaler.pdf (943871).

13. Innovation i transportsektoren, sagsnr. 10/2421

Johan Nielsen

Resumé

Transportområdet står overfor en række udfordringer i forhold til især trængsel, klima og miljø. Dette kan være en anledning for regionerne til at sætte en innovativ dagsorden i forhold til disse emner.

Der lægges op til en strategi med tre hovedspor: For det første at sikre yderligere innovation i den kollektive trafik via projektet ”Flere passagerer i busser og lokalbaner”, som er igangsat. For det andet at sætte fokus på mere innovation i det samlede transportsystem via den kommende Mobilitetskommission. For det tredje at dagsordensætte incitamentet til innovation i transportsektoren og indenfor grønne transportteknologier.

Indstilling

Udvalget for Regional Udvikling indstiller,

at Danske Regioner søger at sætte en innovativ dagsorden på trafikområdet,

at projektet ”Flere passagerer i busser og lokalbaner” anvendes til at rejse en offensiv dagsorden sammen med KL og trafikselskaberne,

at foreningen søger indflydelse på Mobilitetskommissionens mandat og arbejder for herigennem at fremme innovative tiltag, og

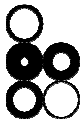
at innovation i transportsektoren fremmes ved at understøtte mobilitetsplanlægning, innovative tiltag i trafikselskaberne og grønne teknologier.

Sagsfremstilling

at Transportområdet står over for en række udfordringer, som kræver, at nytænkningen forstærkes. Dette kræver en helt ny dagsorden, hvor tilskyndelse til innovation sættes i centrum. Dette gælder både inden for den individuelle transport og for kollektiv trafik – og for hvordan det samlede transportsystem fungerer i sammenhæng med samfundets øvrige behov.

En række væsentlige udfordringer er:

- At trængslen på vejnettet er stor, især i og omkring de større byer
- At der går en årrække før jernbanenettet er renoveret og elektrificeret, og inden da kommer rettidigheden ikke i top
- At udvidelser af jernbane, metro og letbaner først er klar om mange år
- At bussernes image er forholdsvis dårligt. Flere steder er køretiden langsom, rettidigheden lav eller trafikinformationerne ringe
- At transportens klimapåvirkning er stigende, og at transport er meget afhængig af fossile brændstoffer



Der er derfor brug for at sætte en ny dagsorden for transportområdet. Trafikforholdene påvirker alle borgere. De bruger meget tid og penge på transport, hvad enten det er som bilister eller som brugere af kollektiv trafik. Desuden er vejtrafikken præget af trængsel, og de kollektive produkters image kan forbedres.

Der er behov for at satse kraftigt på nye ideer til at tiltrække passagerer til den kollektive trafik, informationsteknologi og klimavenlig teknologi, som samtidig potentielt kan udvikles til vækstdynamoer og eksportområder.

Danske Regioner har en interesse i at fremme en sådan dagsorden dels for at fremme mobilitet og regional vækst - herunder opfølgning af tidligere udspil om "Effektiv mobilitet – øget konkurrenceevne og bedre miljø" og dels som følge af regionernes rolle som medejere af trafiksselskaberne.

Der foreslås følgende trestrengede strategi:

1. Projekt om flere passagerer i busser og lokalbaner

Danske Regioner, KL og Trafikselskaberne i Danmark er på Danske Regioners foranledning ved at gennemføre et konsulentprojekt "Flere passagerer i busser og lokalbaner". Projektet er finansieret af Momsfonden og vurderer, hvordan den regionale og lokale trafik kan leve op til målsætningen om flere passagerer i trafikforliget "En grøn transportpolitik" fra januar 2009. Det vurderes med udgangspunkt i dagens situation, hvilke tiltag der er behov for. Der ses først og fremmest på følgende indsatser:

- Information og markedsføring
- Regularitet og pålidelighed
- Ruteomlægning og ruteplanlægning
- Frekvens og driftsomfang
- Takster og takstsammensætning
- Direkte ruter og højere hastighed
- Lokalisering af nye bolig- og erhvervsområder

Projektet afsluttes i marts 2011 og skal bruges til, at parterne kan planlægge nye tiltag for at tiltrække flere passagerer. Det vil desuden belyse de økonomiske konsekvenser af tiltag for at øge antal passagerer og skal eventuelt bruges ved økonomiforhandlingerne vedrørende 2012.

Projektet kan eventuelt følges op af yderligere initiativer i forhold til at fremme innovation i den kollektive trafik, både konkret i trafiksselskaberne og generelt. Det kan være forslag til indsatser, som styrker den kollektive trafik og den

gnidningsfrie rejse, og som dermed bidrager til at tiltrække flere passagerer til den kollektive trafik.

2. Mobilitetskommission

Transportministeren har bebudet, at han i starten af 2011 vil nedsætte en mobilitetskommission, som skal arbejde videre med at forbedre transporten i Danmark og i forhold til udlandet. Danske Regioner vil arbejde for at påvirke kommissionens arbejde, og for at regionerne bliver repræsenteret i kommissionen.

Transportministeren har i et brev af 29. oktober 2010 bedt Danske Regioner om ideer til, hvad kommissionen skal beskæftige sig med. Foreningen har foreslået, at der fokuseres på instrumenter/virkemidler til at understøtte en effektiv og miljøvenlig mobilitet. Kommissionen bør desuden give et bud på, hvordan mobilitetsplanlægning kan indgå som en integreret del af den fremtidige transport politik i Danmark samt, hvordan staten, regionerne, kommunerne og virksomhederne kan understøtte mobilitetsplanlægning.

Danske Regioner holdt sammen med DI-transport og Ingeniørforeningen, IDA den 10. januar 2011 en konference "Fremtidens Transport III – mobilitet og vækst", hvor bl.a. transportministeren holdt indlæg om den kommende mobilitetskommission. Konferencen var en succes og kom med en række forslag til emner, en mobilitetskommission kan tage op.

3. Innovation i transportsektoren og indenfor grønne transportteknologier

Som opfølgning på Klimakommissionens anbefalinger er der behov for at se på, hvordan transportens klimapåvirkning kan blive mindre, og hvordan transportsektoren på langt sigt kan frigøre sig fra de fossile brændsler. Et led heri er via mobilitetsplanlægning at skabe incitamenter til, at flere bruger den kollektive trafik. Det vil mindske transportsektorens energiforbrug og vil samtidig mindske trængsel og dermed skabe mere plads på vejene bl.a. til den erhvervs-mæssige kørsel.

Der er endvidere behov for at dagsordensætte behovet for at skabe incitamenter i trafikselskaberne til at gennemføre innovationer, som kan tiltrække flere passagerer. Det kan bl.a. ske ved benchmark og puljer og ved på baggrund af ovenstående projekt om "Flere passagerer i den kollektive transport" at komme med forslag til innovative tiltag.

Der er desuden behov for at give incitamenter til, at trafikselskaberne sikrer, at busoperatørerne benytter de nyeste og mest klimavenlige teknologier. Vækstfora støtter en del steder grønne transportteknologier, som vil kunne understøtte denne dagsorden.



Bilag
Ingen.

14. EU-prioriteringer for Danske Regioner 2011, sagsnr. 10/2490

Asger Andreasen

Resumé

Ud fra Europa-Kommissionens arbejdsprogram for 2011 har fagkontorerne i samarbejde med Bruxelles-kontoret udvalgt en række EU-initiativer, som er relevante for og understøtter Danske Regioners arbejde. Initiativerne omfatter bl.a. pension og arbejdstid, hvor det forventes, at der vil være udsigt til nye lovgivningsmæssige initiativer, som kan have konsekvenser for regionerne som arbejdsgivere. De offentlige indkøbs- og udbudsregler skal moderniseres og forenkles, og reglerne om prisbestemmelse af lægemidler skal revideres. Endelig forventes forhandlinger om EU's budget for 2014-2020 at åbne op for diskussioner af bl.a. støtten fra EU til de regionale vækstfora og landdistriktsudviklingen.

Indstilling

Europapolitisk panel indstiller,

at prioriteringerne af EU-sager godkendes som en ramme for foreningens indsats på EU-området.

Sagsfremstilling

Europa-Kommissionens arbejdsprogram for 2011 viser, hvordan formand José Manuel Barrosos politiske retningslinjer skal realiseres. I arbejdsprogrammet lægges hovedvægten på at føre Europa 2020-strategien ud i praksis og dermed hjælpe EU ud af den økonomiske krise og skabe bæredygtig vækst og beskæftigelse. Arbejdsprogrammet indeholder en liste over initiativer, som Kommissionen forventer at fremlægge i 2011, samt indledende tanker om initiativer i perioden 2012 – 2014. Kommissionen vil hvert år ajourføre arbejdsprogrammet for at opstille nye årlige strategiske mål og tilpasse de flerårige ordninger, hvor det er nødvendigt.

Bruxelles-kontoret har i samarbejde med fagkontorerne udvalgt en række politiske initiativer fra Kommissionens arbejdsprogram, som vil blive fulgt og prioriteret. Initiativerne skal ses i sammenhæng med Danske Regioners igangværende arbejde og modsvarer foreningens øvrige indsats.

Bruxelles-kontoret og fagkontorerne har også identificeret en række initiativer i Kommissionens arbejdsprogram, der vil blive behandlet i de politiske fora, som Danske Regioner er repræsenteret i, bl.a. EU's Regionsudvalg.

I takt med at Kommissionen reviderer arbejdsprogrammet, kan det eventuelt blive nødvendigt at ændre og/eller tilføje nye prioriteringer og konkrete initiativer for det aktuelle år. Oversigten er således en ramme for foreningens indsats på EU-området, der ikke begrænser muligheden for behandling af andre sager, såfremt disse vurderes tilstrækkelig relevante.

De fem væsentligste politiske initiativer på EU's arbejdsprogram 2011

Revision af arbejdstidsdirektivet

Det såkaldte arbejdstidsdirektiv fastsætter allerede nu regler, der har betydning for de danske arbejdstidsregler. Det har særlig betydning for de yngre læger i forhold til vagtordninger, hviletid mv. Kommission vil i 2011 revidere arbejdstidsdirektivet bl.a. med det formål at bringe det i overensstemmelse med EU-Domstolens kendelser. Det kan yderligere påvirke de danske regler, der i øjeblikket ikke til fulde efterkommer Domstolens praksis.

Hvidbog om pensioner

Kommissionen fremlagde i 2010 en grøn bog på pensionsområdet for at få overblik over EU's udfordringer på området. En grøn bog er at betragte som et debatoplæg indenfor et givent politikområde. Efter en længere høringsfase, hvor man bl.a. diskuterer medlemsstaternes forpligtelser med relevante interessenter, planlægger Kommissionen at udgive en hvidbog om pensioner i 3. kvartal 2011. Hvidbogen er opsamlingen på reaktionerne på grønbogen, og dermed et grundlag for formulering af konkret lovgivning. Da anbefalingerne i denne hvidbog kan få stor betydning for regionerne, er det en sag, som Danske Regioner vil følge tæt.

Midler og fonde - EU's budget 2014 - 2020

De såkaldte finansielle perspektiver for EU skal være forhandlet færdig i 2013. De finansielle perspektiver er EU's langsigtede budget, der gælder for 2014 – 2020. Perspektiverne udstikker rammerne for, hvordan EU's budget fordeles på bl.a. landbrugspolitik og landdistriktsudvikling, samhørighedspolitik og strukturfonde samt rammeprogrammerne for forskning og udvikling. Budgettet er derfor afgørende for, om Danmark også i fremtiden skal modtage EU-midler til finansiering f.eks. gennem de regionale vækstfora. Kommissionen fremlagde i 2010 en omfattende gennemgang af det eksisterende budget, som nu skal fungere som ledetråd for forhandlingerne om de nye finansielle perspektiver. Danske Regioner prioriterer i øjeblikket arbejdet med EU's budget for at sikre fremtidig finansiering til den regionale udvikling i Danmark.



Revision af direktiv om gennemsigtighed i prisbestemmelserne for lægemidler

Revisionen af dette direktiv skal få det indre marked for lægemidler til at fungere bedre. Direktivet blev vedtaget i 1989, og Kommissionen vil derfor undersøge, om det kan opdateres i lyset af bl.a. EU-domstolens retspraksis og udviklingen dels af markedet, dels af nationale pris- og tilskudsordninger. Revisionen kan betyde, at reglerne for prisfastsættelse af og tilskud til medicin ændres, og kan dermed få stor betydning for udgiftsstyringen af medicin i regionerne.

Modernisering af EU-lovgivningen om offentlige indkøbsaftaler

Regionerne bruger som en stor offentlig virksomhed mange kræfter på at leve op til EU-lovgivningen om offentlige indkøb. Derfor vil en modernisering af reglerne have stor betydning for dem. Kommissionen planlægger at fremlægge et initiativ, som skal forenkle reglerne, sådan at transaktionsomkostninger og administrative byrder reduceres. Derudover skal initiativet kigge på forenkling af indkøbsprocedurerne, opdatering af elektroniske udbudssystemer, samarbejde mellem offentlige instanser og muligheden for at bruge offentlige indkøb til at realisere andre politikmål.

Bilag

Samlet liste over Danske Regioners prioriterede EU-initiativer 2011 (929932).



15. EU på den regionale dagsorden, sagsnr. 10/1856

stagiaire Bruxelles

Resumé

Danske Regioner har foretaget en analyse af EU's påvirkning af den regionale dagsorden på basis af et udsnit af dagsordener fra hver af regionerne. Analysen viser, at 53 procent af en gennemsnitlig regionsrådsdagsorden er påvirket af beslutninger truffet i EU. Påvirkningen sker både gennem bindende lovgivning og andre initiativer.

De hyppigste emner er konkurrenceregler om offentlige udbud, energieffektivitet og påvirkning af miljøet. Derimod er EU's beslutninger på arbejdsretlige områder sjældent på regionsrådenes dagsordener.

Indstilling

Europapolitisk panel indstiller,

at analysen formidles til regionerne med opfordring til at præsentere den for regionsrådene.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har gennemført en analyse af, i hvilket omfang initiativer fra EU påvirker regionsrådenes dagsordener. Konklusionen er, at 53 procent af punkterne på en gennemsnitlig regionsrådsdagsorden er påvirket af EU. Ud af disse er lidt over 50 procent påvirket af bindende lovgivning. Resten påvirkes gennem andre initiativer fra EU, f.eks. den åbne koordinationsmetode, fælles målsætninger eller muligheder for at søge støtte.

Analysen viser, at der er mange forskellige EU-initiativer, som påvirker regionernes arbejde. De hyppigste emner på dagsordenerne er konkurrenceregler om offentlige udbud, regler om energieffektivitet og påvirkning af miljøet samt regionernes mulighed for at søge støtte til regionale udvikling. Til gengæld viser analysen også, at selvom EU-beslutninger på arbejdsretlige områder er væsentlige for regionerne som arbejdsgivere, så optræder spørgsmål af arbejdsretlig karakter kun sjældent på regionsrådenes dagsordener.

Danske Regioners analyse af EU's påvirkning af den regionale dagsorden bygger på en gennemgang af 10 konkrete dagsordener, to fra hver region, jævnt fordelt hen over året 2009. I Sverige og Norge har man foretaget tilsvarende analyser af EU-beslutningers indvirkning på dagsordener i svenske landsting



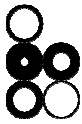
og norske fylkeskommuner. Danske Regioners undersøgelse bekræfter de svenske og norske tal.

Kommunikation

Analysen formidles til regionerne med opfordring til at præsentere den for regionsrådene.

Bilag

Analyse - EU på den regionale dagsorden (937348).



16. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/360

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

Forelægges bestyrelsen til orientering.

Sagsfremstilling

Forslag til ny lov om aktindsigt i miljøoplysninger, j.nr. 11/166, Leo Ellegaard

Som følge af forslag til ny lov om offentlighed i forvaltningen er der udarbejdet et forslag til ny lov om aktindsigt i miljøoplysninger. Den gældende lov om aktindsigt i miljøoplysninger er fra 2006. Den implementerer Århuskonventionen og et EU-direktiv fra 2003. Loven giver større adgang til aktindsigt, når der er tale om miljøoplysninger, end offentlighedsloven gør i almindelighed.

Til forskel fra forslaget til ny offentlighedslov er Danske Regioner som organisation ikke omfattet af det nye forslag til aktindsigt i miljøoplysninger. Lovforslaget har været i høring primo februar 2011. Der er nedsat et overvågningsudvalg om aktindsigt i Miljøoplysninger. Et mindretal i dette udvalg bestående af Oluf Jørgensen, Danmarks Journalisthøjskole, og Danmarks Naturfredningsforening har arbejdet for at få Danske Regioner (og KL) omfattet af loven. Det ville være uoverskueligt, da der gælder andre regler for internt materiale, herunder forarbejder i forbindelse med forhandlinger med staten, end der gælder i lov om offentlighed i forvaltningen. Sekretariatet har derfor lige som KL fremhævet i høringssvaret, at Danske Regioner lægger afgørende vægt på, at foreringen ikke er omfattet af loven med henvisning til, at offentlighedsreglerne for Danske Regioner er udtømmende behandlet i offentlighedsloven.

Gamle frugtplantager, j.nr. 10/744, Leo Ellegaard

Danske Regioner har på sekretariatsplan skrevet til miljøstyrelsen om forureningsrisiko fra gamle frugtplantager.

Jordforurening fra landbrugs driftsmæssige brug af pesticider er ikke omfattet af jordforureningsloven, og frugtplantager er i juridisk forstand landbrug. En enkelt sag har været behandlet efter en dispensationslignende udtalelse fra Miljøstyrelsen. Det er uheldigt, at der ikke er faste og klare regler for håndtering af forurening fra frugtplantager.

I en enkelt sag fra Region Sjælland fandt regionen det fagligt nødvendigt at rydde op i et parcelhusområde efter en kraftig forurening fra en frugtplantage. Da forureningen ikke umiddelbart var omfattet af jordforureningsloven, spurgte regionen Miljøstyrelsen til råds. Miljøstyrelsen tolkede loven således, at jordforureningen i det specifikke tilfælde kunne håndteres efter jordforureningsloven. Det blev understreget, at der var tale om en konkret fortolkning, som kun gjaldt for den konkrete sag.

Miljøstyrelsen og regionerne har sammen gennemført en række undersøgelser for at afdække, om der er et større generelt problem med jordforurening i gamle frugtplantager. Ved undersøgelserne er der kun fundet lettere forureninger, som ikke udgør nogen risiko. Projektstyregruppen, hvori regionerne og Miljøstyrelsen er repræsenteret, finder, at undersøgelserne ikke er tilstrækkelige til, at man kan udelukke, at situationer svarende til den på Sjælland forekommer andre steder.

Sekretariatet skønner, at der er en i hvert fald teoretisk risiko for nye sager, som ikke kan håndteres hensigtsmæssigt efter den nugældende lov, og at der kan opstå kritik af, at regionerne ikke har fundet sagerne af egen drift. Det er nødvendigt at Miljøministeriet påtager sig ansvaret for at afklare situationen i forhold til gamle frugtplantager.

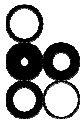
Det er vigtigt at Miljøstyrelsen melder klart ud, om der er et generelt problem, som skal håndteres, og i givet fald tilvejebringer det juridiske og administrative grundlag for at behandle problemstillingen. Danske Regioner har tilkendegivet, at regionerne ikke agter at foretage sig mere i relation til gamle frugtplantager, før der foreligger en sådan afklaring.

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.

Revision af EU's regler for offentlige indkøb

Offentlige indkøb tegner sig for omkring 17 procent af EU's BNP. Kommissionen ønsker, at den offentlige indkøbspolitik skal sikre den mest effektive anvendelse af offentlige midler for at støtte vækst og beskæftigelse. Kommissionen har derfor lanceret en høring i form af en grønbog om modernisering af de europæiske regler for offentlige indkøb. EU-reglerne indeholder procedurer for tildeling af kontrakter, der skal sikre gennemsigtighed, lige adgang og fair konkurrence på det europæiske marked for offentlige indkøbskontrakter over et



vist beløb. Reglerne skal tilpasses, så de bliver mere fleksible og brugervenlige værktøjer, der gør gennemsigtig og konkurrencedygtig kontrakttildeling så let som mulig for de europæiske offentlige myndigheder og deres leverandører.

I grønbogen er der fremsat en lang række spørgsmål (114 + underspørgsmål), der forsøger at afdække, hvordan de gældende procedurer kan forenkles, navnlig for mindre lokale og regionale myndigheder og smv'er. Der er ligeledes fokus på, hvordan offentlige indkøb kan bruges til at fremme andre sektorpolitikker, eksempelvis ved sociale- og grønne klausuler, og hvordan innovation kan fremmes gennem offentlige indkøb.

Der vil være et særskilt dagsordenspunkt om emnet på bestyrelsesmødet den 31. marts. Sekretariatet udarbejder ligeledes et udkast til politikpapir til godkendelse af bestyrelsen. Politikpapiret skal bruges i den fremadrettede lobbyproces. Regionsudvalget behandler grønbogen den 11.-12. april.

Prioriteringer på energiinfrastrukturområdet

Kommissionen har anmodet Regionsudvalget om at udarbejde en udtalelse om prioriteringerne på infrastrukturområdet. Det første arbejdsrapport til udtalelsen blev diskuteret på Regionsudvalgets møde den 14. februar. Den endelige udtalelse forventes vedtaget på plenaren den 30. juni.

I arbejdsrapporten lægger ordføreren vægt på, at mange af de beslutninger, der tages på det europæiske plan vedrørende energiinfrastrukturer, påvirker forvaltningen på lokalt og regionalt niveau. Samtidig ligger de lokale og regionale myndigheder inde med en masse ekspertviden på området, både som energiproducenter og som energiaftagere, som der ikke bør ses bort fra i udviklingen af Europas energiinfrastrukturer. Det kan i den forbindelse diskuteres, hvilken rolle de lokale og regionale myndigheder skal spille i forhold til finansieringen af udvikling og forvaltning af en energiinfrastruktur, der har stor betydning for vækst og beskæftigelse bl.a. indenfor vedvarende energiformer.

Fra dansk side blev det bl.a. påpeget, at Europas energiinfrastruktur også er en del af en større europæisk dagsorden. Dels er det et spørgsmål om virksomhedernes energibehov med henblik på øget produktivitet og jobskabelse. Dels er det et spørgsmål om forsyningssikkerhed i fremtiden. Hvis Europa kan gøre sig mindre afhængig af energileverancer udefra, specielt fra Rusland, vil de politiske forhold til energieksporierende lande ikke kunne påvirke vores konkurrenceevne i samme omfang som i dag.

De decentrale myndigheders rolle i en bæredygtig vandforvaltning



I forbindelse med det ungarske formandskab er Regionsudvalget blevet inviteret til at udtale sig om de lokale og regionale myndigheders rolle i en bæredygtig vandforvaltning. Netop bæredygtighed og ressourceeffektivitet er prioriteter på miljøområdet under det ungarske formandskab. Regionerne i Danmark har pligt til at beskytte grundvandsressourcen mod herreløse jordforureninger. Regionsudvalgets arbejdsrapport blev fremlagt og diskuteret i Regionsudvalget den 14. februar og her anskues vandressourcen som et fælles gode, der er under pres fra klimaforandringerne. Regionsudvalgets arbejdsrapport lægger op til yderligere regulering på vandområdet på europæisk plan for både borgerne, industrien og landbruget. Det foreslås at udvikle nye styringsværktøjer samt kvalitets- og prismål for vandforvaltning med henblik på at styre vandforbruget.

Presset på vandressourcer ses overvejende som et sydeuropæisk problem, men det blev i mødets debat flere gange slået fast af udvalgets medlemmer, at der er tale om væsentlige forskelle i de vandproblemer, som hele Europa oplever (bl.a. tørke, oversvømmelser og forurening af drikkevand). Der er behov for en balanceret tilgang, da Europas vandproblemer ikke er ensartede. En fælles vandpolitik, herunder prispolitik, vil derfor være umulig at gennemføre, var reaktionen blandt udvalgets medlemmer. Den endelige udtalelse forventes vedtaget på Regionsudvalgets plenar den 30. juni 2011.

Bilag

Ingen.



17. næste møde, sagsnr. 11/360

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at at næste møde holdes torsdag den 31. marts 2011 kl. 11.00.

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.





18. Eventuelt, sagsnr. 11/360

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

31-01-2011
Sagsnr. 10/97
Annette Budtz-
Jørgensen
Tel.: 3529 8263
E-mail: abj@regioner.dk

Åbent referat fra 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, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøller Pedersen

Afbud: Poul Müller, Knud Andersen

Regions-Direktører: Jens Andersen, Per Christiansen, Mikkel Hemmingsen, Bo Johansen, Helle Ulrichsen

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

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 11/97

Bestyrelsen tog meddelelserne til efterretning.

Resumé

Møde 20. januar 2011 mellem finansministeren, økonomi- og erhvervsministeren, indenrigs- og sundhedsministeren og Danske Regioners formandskab

På mødet var der fra ministrene stor interesse for, hvorledes regionerne sikrer et frugtbart samarbejde med erhvervslivet omkring de kommende hospitalsbyggerier og deres indhold. Regionerne lægger netop op til at sætte et arbejde i gang med henblik på at sikre en for virksomhederne løbende åben og involverende proces omkring byggerierne.

Aftale om flere praktikpladser 2011

Efter løbende forhandlinger mellem Undervisningsministeriet, Finansministeriet, KL og Danske Regioner foreligger der nu et endeligt udkast til en aftale mellem parterne om, at kommuner og regioner skal etablere 1.950 flere praktikpladser i 2011 i forhold til 2009.

I forhandlingerne er det på embedsmandsplan gjort meget klart over for ministerierne, at Danske Regioners tilslutning til praktikpladsaftalen for 2011 bygger på en forudsætning om, at regionerne ikke sanktioneres ved en manglende målopfyldelse i 2010. Ministerierne har dog afvist at gå ind i denne diskussion på nuværende tidspunkt.

Oversigt over praktikpladssituationen per 31. december 2010 blev omdelt.

Direkte adgang til fysioterapeutbehandling

På foranledning af Poul Müller drøfter bestyrelsen muligheden for, at der gives direkte adgang til behandling hos fysioterapeut.

Sekretariatet udarbejder et oplæg til bestyrelsesmødet primo marts.

Indgåelse af aftale med Landsforeningen af Fodterapeuter om ny overenskomst

Der er den 24. januar 2011 indgået aftale med Landsforeningen af Fodterapeuter om ny overenskomst. Indgåelsen af aftalen betyder, at fem års konflikt er slut, og at der nu kommer ordnede forhold for patienterne, fodterapeuterne og

regionerne. Der er sat fokus på kvalitet og forebyggelse i tilbuddet. Tilbuddet til diabetespatienterne bliver differentieret efter den enkelte patients behandlingsbehov.

Med den ny overenskomst vil aktiviteten på området blive normaliseret, og for at sikre, at udgifterne ikke stiger udover det niveau, er der indgået aftale om et stramt økonomiprokollat, som giver regionerne budgetsikkerhed. Det er endvidere aftalt med ministeriet i RLTN-regi, at en del af merudgifterne ved aftalen skal finansieres ved en ændring af tilskudsprocenterne i bekendtgørelsen.

Endelig bliver beslutningskompetencen om kapacitetsstyringen og praksisplanlægningen lagt ud til de enkelte regioner på samme måde som på de øvrige praksisområder.

Rigsrevisionens fortsatte notat om kvalitet på private sygehuse – mammografisagen

Rigsrevisor har på foranledning af efterårets mediesager vedrørende kvaliteten på mammografi undersøgt myndighedsansvaret i forbindelse med opfølgning på kvalitet på området.

Rigsrevisor hæfter sig særligt ved tre forhold:

- Regionernes manglende mulighed for at følge op på kvaliteten af ydelser, der udføres efter speciallægeoverenskomsten.
- Sundhedsstyrelsens reaktive tilsyn.
- Fraværet af bindende krav til udførelsen af mammografiundersøgelser – dvs. at kliniske vejledninger kun er anbefalinger.

Samlet finder Rigsrevisor det uklart, hvordan sundhedsydelseernes faglige kvalitet generelt sikres, dvs. ikke kun i forhold til mammografiundersøgelser eller ydelser hos private leverandører. Derfor har Rigsrevisor besluttet at igangsætte en større undersøgelse om kvalitet i sundhedsvæsenet som helhed.

EU sundhedsdirektiv

Europa-Parlamentet stemte den 19. januar 2011 ja til et europæisk sundhedsdirektiv eller det, der også kaldes patientrettighedsdirektivet.

Forslaget betyder, at danske patienter kan vælge mellem alle behandlingssteder i EU, der tilbyder en behandling svarende til den, de tilbydes i Danmark. Det vil være naturligt at lave en ordning, hvor de ikke selv skal have penge op

af lommen til selve behandlingen, forudsat den ikke koster mere end herhjemme.

Det kræver dog, at patienten får en forhåndsgodkendelse. Hvis vi selv kan tilbyde behandlingen inden for en lægefaglig rimelig tidshorisont, har vi mulighed for at give afslag.

Generelt forventer vi ikke de store strømme af patienter, hverken ud eller ind af landet. I 2009 var der under 100 patienter, der benyttede sig af fritvalgsordningen ud af landet. Skulle der komme mange patienter til Danmark, er der en mulighed for at lukke for tilgang til behandlingen. Men vi kan ikke gøre forskel på danske og udenlandske patienter.

Næste skridt er, at Ministerrådet også godkender teksten. Det forventer man sker i løbet af foråret. Derefter er der 30 måneder til implementering.

Sekretariatet udarbejder fortolkningsnotat til regionerne.

Besøg af EU-kommissær

EU-kommissær for regionalpolitik, Johannes Hahn, kommer på besøg i eftermiddag. Formand og næstformand vil fremlægge foreningens holdninger til reformen af EU's strukturfonde.

Professionel fornyelse - magasin om opgaveflytning i sygehusvæsenet

Danske Regioner har i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet udarbejdet et magasin om opgaveflytning i sygehusvæsenet. Formålet er dels at synliggøre, hvad der foregår i regionerne, dels at sprede erfaringer fra arbejdet med opgaveflytning. Magasinet er sendt til Folketingets Sundhedsudvalg og Danske Regioners Sundhedsudvalg. Derudover sendes det til alle regioner. Magasinet blev omdelt.

Aftale med private sygehuse

Bestyrelsen tiltrådte den foreliggende to-årige aftale, idet taksterne for ryg- og fedmeoperationer ønskes forhandlet med udgangspunkt i referencetaksterne. Subsidiært vil Danske Regioner tage taksterne op til genovervejelse efter et år.

Aftaleudkast blev omdelt.

Omdelt materiale

Invitation til regionspolitikere til økonomikursus den 30. marts 2011 kl. 10.00 - 15.00 i Regionernes Hus.

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

Bestyrelsen godkendte referatet.

Resumé

-

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

Bestyrelsen besluttede, at Henrik Thorup (O) og Nina Bierring (C) repræsenterer Danske Regioner i Landstandlægenævnet.

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.

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

Sagen blev udsat og afventer et konkret forsikringstilbud.

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.

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

Bestyrelsen godkendte program og dagsorden for Danske Regioners generalforsamling 2011 og bad sekretariatet overveje, hvorledes formidlingen af det engelske bidrag finder sted.

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.

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

Bestyrelsen tiltrådte den omdelte hensigtserklæring om patientforløb mellem regionerne.

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.

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

Bestyrelsen besluttede, at yderligere drøftelse afventer ministeriets udmelding.

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.

8. Redegørelse vedrørende effektiviseringer, sagsnr. 10/2245

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

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.

9. Afbureaukratisering, sagsnr. 08/1548

Bestyrelsen drøftede liste over afbureaukratiseringsforslag samt godkendte udkast til brev til indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder.

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.

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

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

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

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

Bestyrelsen udpegede Ulla Astman (A) til at varetage formandskabet for Dansk Selskab for Patientsikkerhed for en 2-årig periode og udpegede regionsdirektør Helle Ulrichsen som Danske Regioners repræsentant til bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, ligeledes for en to-årig periode.

Resumé

Danske Regioner har to faste pladser i bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, hvoraf den ene er formandsposten. Der skal udpeges medlem-

mer til bestyrelsen, herunder formandskabet for den kommende to-årige periode.

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

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

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

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.

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

Bestyrelsen tog aftalen med PLO til efterretning.

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.

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

Bestyrelsen godkendte høringssvaret, herunder at Danske Regioner bemærker,

- at forsyningssikkerheden bør sikres, hvis regeringen vælger at ophæve apotekernes naturlige forsyningsområde,
- at der er behov for, at apotekerne leverer ordinationsdata til regionerne, og
- at retningslinjerne for on-line salg af lægemidler følges.

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 høringssvar.

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

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

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.

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

Bestyrelsen godkendte budgettet på 3.650.000 kroner for borgertopmøderne og bad om en evaluering, som finansieres særskilt.

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.

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

Bestyrelsen godkendte rapporten.

Resumé

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

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

Bestyrelsen drøftede, hvordan Danske Regioner skal forholde sig til Rigsrevisionens beretning om elektroniske patientjournaler, og godkendte, at der udarbejdes en fælles kommunikationsplan til opfølgning på beretningen.

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.

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

10/1130

Bestyrelsen godkendte, 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.

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.

20. Sund Vækst, sagsnr. 10/935

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

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.

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

Bestyrelsen godkendte,

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, og

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 samarbejdspartner med henblik på at synliggøre regionernes indsats og fremme offentlig-privat samarbejde om sundhedsinnovation..

Resumé

Sundhedsinnovationsudvalgets foreløbige arbejde har vist, at Danmark har en række fordele og nationale styrkepositioner inden for området, herunder erhvervsmæssige 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 erhvervsamarbejde.

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.

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

Bestyrelsen godkendte,

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 vækstdagsorden 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.

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 vækstdagsorden 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.

23. Dialogforum om tilgængelighed, sagsnr. 10/2541

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

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.

24. Orienteringspunkter, sagsnr. 11/97

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

-

25. Næste møde, sagsnr. 11/97

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

Resumé

-

26. Eventuelt, sagsnr. 11/97

-

Resumé

-

27. Analysearbejde om kriterier for tildelingen af bloktilskud, sagsnr. 11/194

Bestyrelsen besluttede, at Danske Regioner svarer ministeriet, at Danske Regioner som organisation ikke ønsker at rejse bloktilskudsspørgsmålet for nærværende.

Resumé

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fremsendt et brev til Danske Regioner. I brevet spørger ministeriet om Danske Regioner vil tilkendegive sin holdning til at igangsætte et analysearbejde i Finansieringsudvalget om robuste objektive kriterier for tildelingen af bloktilskud.

DANSKE
REGIONER



Årsrapport

2010

Indholdsfortegnelse

Foreningsoplysninger	3
Påtegninger	
Ledelsespåtegning	5
Uafhængig revisors erklæring til bestyrelsen for Danske Regioner	6
Ledelsesberetning	
Ledelsesberetning	8
Årsregnskab	
Anvendt regnskabspraksis	9
Resultatopgørelse	12
Balance	13
Noter	15

Foreningsoplysninger

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

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

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

Regnskabsperiode: 1. januar 2010 - 31. december 2010
Regnskabsår: 2010

Direktion:

Adm. Dir. Per Okkels
Direktør Lone Christiansen
Direktør Signe Friberg Nielsen
Direktør Gitte Bengtsson
Cheføkonom Kristian Heunicke

Bestyrelse:

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

Pengeinstitut:

Nordea, Hovedvejen 112, 2600 Glostrup

Revision:

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
Havneholmen 29, 1561 København V

Ledelsespåtegning

Bestyrelsen har dags dato behandlet og godkendt årsrapporten for 2010 for Danske Regioner.

Årsrapporten indstilles til generalforsamlingens godkendelse.

København, den 3. marts 2011

Per Okkels
Adm. Direktør

Søren Sørensen
Administrationschef

Bestyrelse:

den 3. marts 2011

Bent Hansen
Formand

Carl Holst
Næstformand

Anne V. Kristensen

Bente Lauridsen

Birgitte Josefsen

Birgitte Kjøller Pedersen

Flemming Stenild

Henrik Thorup Gamst

Jens Stenbæk

Knud Andersen

Per Tærsebøl

Poul Müller

Poul-Erik Svendsen

Steen Bach Nielsen

Thor Buch Grønlykke

Ulla Astman

Vibeke Storm Rasmussen

Påtegning på årsregnskabet

Vi har revideret årsregnskabet for Danske Regioner for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2010, omfattende anvendt regnskabspraksis, resultatopgørelse, balance og noter. Årsregnskabet udarbejdes efter årsregnskabsloven.

Ledelsens ansvar for årsregnskabet

Ledelsen har ansvaret for at udarbejde og aflægge et årsregnskab, der giver et retvisende billede i overensstemmelse med årsregnskabsloven. Dette ansvar omfatter udformning, implementering og opretholdelse af interne kontroller, der er relevante for at udarbejde og aflægge et årsregnskab, der giver et retvisende billede uden væsentlig fejlinformation, uanset om fejlinformationen skyldes besvigelser eller fejl, samt valg og anvendelse af en hensigtsmæssig regnskabspraksis og udøvelse af regnskabsmæssige skøn, som er rimelige efter omstændighederne.

Revisors ansvar og den udførte revision

Vort ansvar er at udtrykke en konklusion om årsregnskabet på grundlag af vores revision. Vi har udført vores revision i overensstemmelse med danske revisionsstandarder. Disse standarder kræver, at vi lever op til etiske krav samt planlægger og udfører revisionen med henblik på at opnå høj grad af sikkerhed for, at årsregnskabet ikke indeholder væsentlig fejlinformation.

En revision omfatter handlinger for at opnå revisionsbevis for de beløb og oplysninger, der er anført i årsregnskabet. De valgte handlinger afhænger af revisors vurdering, herunder vurderingen af risikoen for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, uanset om fejlinformationen skyldes besvigelser eller fejl. Ved risikovurderingen overvejer revisor interne kontroller, der er relevante for foreningens udarbejdelse og aflæggelse af et årsregnskab, der giver et retvisende billede med henblik på at udforme revisionshandling, der er passende efter omstændighederne, men ikke med det formål at udtrykke en konklusion om effektiviteten af foreningens interne kontrol. En revision omfatter endvidere stillingtagen til, om den af ledelsen anvendte regnskabspraksis er passende, om de af ledelsen udøvede regnskabsmæssige skøn er rimelige, samt en vurdering af den samlede præsentation af årsregnskabet.

Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vor konklusion.

Revisionen har ikke givet anledning til forbehold.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af foreningens aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2010 samt af resultatet af foreningens aktiviteter for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2010 i overensstemmelse med årsregnskabsloven.

Udtalelse om ledelsesberetningen

Ledelsen har ansvaret for at udarbejde en ledelsesberetning, der indeholder en retvisende redegørelse i overensstemmelse med årsregnskabsloven.

Revisionen har ikke omfattet ledelsesberetningen, men vi har i henhold til årsregnskabsloven gennemlæst ledelsesberetningen. Vi har ikke foretaget yderligere handlinger i tillæg til den gennemførte revision af årsregnskabet.

Det er på denne baggrund vores opfattelse, at oplysningerne i ledelsesberetningen er i overensstemmelse med årsregnskabet.

Roskilde, den

2011

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab

Michael S. Nielsen
Registreret revisor

Ledelsens årsberetning

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

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

Regnskabet er opstillet i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder.

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et underskud på 17,1 mio.kr. Underskuddet størrelse påvirkes af urealiserede kursgevinster på 11,3 mio. kr. på værdipapirer og fra udgifter på 4,1 mio. kr. til projekter, der er bevilliget som flerårige rammebevillinger.

Den almindelige foreningsdrift udviser således et underskud på 24,3 mio. kr. Der var i 2010 beskæftiget 173 fuldtidsmedarbejdere mod 170 i 2009.

Danske Regioners balance pr. 31. december 2010 balancerer med 816,4 mio. kr. Egenkapitalen udgør ultimo 2010 448,6 mio. kr. mod 462,2 mio. kr. primo året.

Pakhus E er indrettet med erhvervslejemål, der alle udlejes på almindelige markedsvilkår.

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

Anvendt regnskabspraksis

Årsrapporten for 2010 er aflagt i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder.

Om den anvendte regnskabspraksis kan oplyses følgende:

Resultatopgørelsen

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

Nettoomsætning

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

Personaleomkostninger

Indeholder samtlige personaleomkostninger, herunder beregnede omkostninger som følge af ændringer i feriepengeforpligtelser og pensionsforpligtelser.

Afskrivninger

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

Finansielle poster

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

Skat

Danske Regioner er ikke skattepligtige af erhvervsindtægter.

Balancen

Immaterielle anlægsaktiver

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

Materielle anlægsaktiver

Ejendomme er indregnet til anskaffessummen pr. 1. januar 2007 med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

Forbedringer på ejendomme, øvrige anlægsaktiver, herunder edb-udstyr og inventar samt indretning af erhvervslejemål i Pakhus E optages til anskaffessummen med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

Levetider

Der anvendes lineære afskrivninger af anskaffessummen over følgende levetider

Aktivtype	Levetider
Immaterielle aktiver	5
Bygninger	60-70
Tekniske installationer	20-25
Indretning af erhvervslejemaal	10
Inventar, it-udstyr mv.	3 efter anskaffelsesår

Værdipapirer

Finansielle anlægsaktiver består af investeringsforeningsbeviser og obligationer.

Værdipapirerne forvaltes af Nordea og er indregnet til kursværdi pr. 31.12.2010.

Kursreguleringer optages i resultatopgørelsen.

Passiver

Langfristede gældsforpligtigelser

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

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

Gæld i udenlandsk valuta reguleres til kursen ultimo regnskabsåret.

Kortfristet gæld

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

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

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

Interimskonti

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

Hensættelser

Tjenestemandsforsikringer

Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til indskudsværdien ultimo 2010 af den manglende forsikringsmæssige dækning uden eventuel rådighedsløn. Forpligtelsen omfatter erhvervsaktive tjenestemænd og pensionister. I beregningen anvendes en pensionsalder på 65 år.

Regulering af forpligtelserne foretages via resultatopgørelsen.

Opskrivningshensættelser

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

Noter til driftsregnskab og balance

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

Resultatopgørelse

	Note	2010	2009
Nettoomsætning	1	148.951.331	143.489.151
Bruttoresultat		148.951.331	143.489.151
Omkostninger			
Personaleomkostninger	2	110.583.471	108.772.403
Afskrivninger		10.232.298	9.422.685
Andre driftsomkostninger	3	62.807.565	62.859.858
Omkostninger i alt		183.623.333	181.054.947
Driftsresultat		-34.672.002	-37.565.796
Finansielle poster			
Finansielle indtægter	4	22.001.598	33.585.590
Finansielle omkostninger	5	11.616.650	12.479.399
Urealiserede kursgevinster		11.342.672	21.300.524
Finansielle poster, netto		21.727.620	42.406.715
Resultat af foreningens drift		-12.944.382	4.840.919
Projektformidling mv.	6	4.116.551	10.649.994
Årets resultat - underskud		-17.060.932	-5.809.075
Forslag til resultatdisponering:			
Overføres til egenkapitalen		-17.060.932	-5.809.075
Disponeret i alt		-17.060.932	-5.809.075

Balance pr. 31. december 2010

	Note	2010	2009
Aktiver			
Software	7	897.895	998.660
Immaterielle anlægsaktiver		<u>897.895</u>	<u>998.660</u>
Grunde og bygninger		383.568.833	391.361.078
Øvrige anlægsaktiver		4.313.117	6.020.225
Materielle anlægsaktiver	8	<u>387.881.950</u>	<u>397.381.303</u>
Anlægsaktiver (IMM. & MAT.) i alt		<u>388.779.845</u>	<u>398.379.963</u>
Værdipapirer	9	371.572.371	401.767.414
Finansielle anlægsaktiver		<u>371.572.371</u>	<u>401.767.414</u>
Anlægsaktiver i alt		<u>760.352.216</u>	<u>800.147.378</u>
Tilgodehavender fra tjenesteydelser		23.131.143	19.753.138
Andre tilgodehavender		29.964.001	26.150.363
Tilgodehavender		<u>53.095.143</u>	<u>45.903.501</u>
Likvide beholdninger	10	2.905.906	3.903.234
Omsætningsaktiver i alt		<u>56.001.049</u>	<u>49.806.735</u>
Aktiver i alt		<u>816.353.265</u>	<u>849.954.113</u>

	Note	2010	2009
Passiver			
Egenkapital primo		377.574.353	383.383.428
Regulering vedr. gældsbev		3.410.000	0
Overført resultat		-17.060.932	-5.809.075
Opskrivningshenlæggelse		84.631.170	84.631.170
Egenkapital i alt		<u>448.554.591</u>	<u>462.205.523</u>
Tjenestemandspensioner		41.547.212	43.674.608
Hensatte forpligtelser i alt		<u>41.547.212</u>	<u>43.674.608</u>
Prioritetsgæld	11	186.457.762	202.511.969
Langfristede gældsforpligtelser		<u>186.457.762</u>	<u>202.511.969</u>
Kortfristet gæld	12	48.811.098	42.767.932
Kassekredit		30.973.842	54.657.374
Interimskonti	13	60.008.758	44.136.705
Kortfristede gældsforpligtelser		<u>139.793.699</u>	<u>141.562.011</u>
Gældsforpligtelser i alt		<u>326.251.461</u>	<u>344.073.980</u>
Passiver i alt		<u>816.353.265</u>	<u>849.954.112</u>

Eventualposter mv.	14
Pantsætning og sikkerhedsstillelser	15
Regnskab for Videncenter for Jordforurening	16
Regnskab for Regionernes Sundheds IT organisati	17

Noter

	2010	2009
1 Nettoomsætning		
Kontingent Danske Regioner	116.295.738	112.763.333
Kontingent Videncenter for Jordforurening	6.697.033	6.496.880
Kontingent Regionernes Sundheds IT organisation	1.500.000	0
Momsfondet	11.110.183	10.138.000
Sekretariatsbidrag	7.788.492	8.248.560
Øvrige indtægter	5.559.884	5.842.378
	<u>148.951.331</u>	<u>143.489.151</u>
2 Personalemkostninger		
Lønninger og gager	110.307.515	107.342.570
Regulering af hensættelse af pension	-2.127.396	784.618
Feriepengehensættelse	2.403.351	645.215
	<u>110.583.471</u>	<u>108.772.403</u>
Antal fuldtidsbeskæftigede i gennemsnit	<u>173</u>	<u>170</u>
Antal tjenestemænd	2	4
Antal opsatte tjenestemænd	1	1
Antal tjenestemandspensionister	16	15
3 Andre driftsomkostninger		
Driftsomkostninger ejendomme	5.945.818	6.124.815
Bestyrelsespulje	1.297.000	1.107.718
Direktionspulje	5.004.990	1.018.386
DSI puljer	2.681.284	3.183.861
Øvrige fremmede tjenesteydelser	12.246.818	11.518.610
Mødeaktiviteter	11.182.497	10.077.611
Informationsaktiviteter	2.407.561	4.386.760
Øvrige udgifter	15.072.649	15.824.277
DSI tilskud	1.614.750	1.569.000
Tilskud	5.354.198	8.048.820
	<u>62.807.565</u>	<u>62.859.858</u>
4 Finansielle indtægter		
Afkast kapitalforvaltning	-13.473.925	-21.966.363
Lejeindtægt Pakhus E	-8.527.673	-11.619.226
	<u>-22.001.598</u>	<u>-33.585.590</u>

	2010	2009
5 Finansielle omkostninger		
Regionernes Hus	3.590.189	3.935.913
Pakhus E	7.895.685	8.386.444
Renter, gebyrer	130.776	157.043
	<u>11.616.650</u>	<u>12.479.399</u>
6 Projektformidling mv.		Tidligere anvendt
Projektbevillinger (bevilling)		
Elektronisk patientjournal (23,6 mio. kr.)	3.473.102	19.526.281
Praksisdeklarationer (5 mio. kr.)	-593.620	4.842.620
Evaluering politisk styringsmodel (6,9 mio.kr.)	337.000	6.667.000
De danske amter 1970-2006 (1,8 mio.kr.)	286	1.500.000
Borgere med handicap (3,8 mio. kr.)	899.782	2.900.000
Projektbevilling i alt (41,1 mio. kr.)	4.116.551	35.435.900
Ekstraordinære omkostninger i alt	4.116.551	35.435.900
7 Immaterielle anlægsaktiver	2010	2009
Kostpris 1.1	998.660	0
Tilgang i årets løb	125.079	998.660
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>1.123.739</u>	<u>998.660</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	0	0
Af- og nedskrivninger på afhængende aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	225.845	0
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>225.845</u>	<u>0</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12	<u>897.895</u>	<u>998.660</u>

8 Materielle anlægsaktiver

	Grunde og bygninger	Øvrige anlægsaktiver
Regionernes hus		
Kostpris 1.1	226.719.375	7.441.006
Tilgang i årets løb	0	270.426
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>226.719.375</u>	<u>7.711.433</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	12.826.562	4.639.109
Af- og nedskrivninger på afhændende aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	4.398.333	1.401.406
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>17.224.895</u>	<u>6.040.515</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12	<u>209.494.480</u>	<u>1.670.918</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.10	170.000.000	
Pakhus E		
Kostpris 1.1	184.000.000	5.761.288
Tilgang i årets løb	0	0
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>184.000.000</u>	<u>5.761.288</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	10.012.404	2.542.960
Af- og nedskrivninger på afhændende aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	3.337.468	576.129
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>13.349.872</u>	<u>3.119.089</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12	<u>170.650.128</u>	<u>2.642.199</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.10	155.000.000	
Gripsholm		
Kostpris 1.1	3.650.000	0
Tilgang i årets løb	0	0
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>3.650.000</u>	<u>0</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	169.331	0
Af- og nedskrivninger på afhændende aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	56.444	0
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>225.775</u>	<u>0</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12	<u>3.424.225</u>	<u>0</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.10	2.850.000	

	Grunde og bygninger	Øvrige anlægsaktiver
Materielle anlægsaktiver		
Regionernes hus	209.494.480	1.670.918
Pakhus E	170.650.128	2.642.199
Gripsholm	3.424.225	0
Regnskabsmæssig værdi 31.12	<u>383.568.833</u>	<u>4.313.117</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.10	327.850.000	
	2010	2009
9 Finansielle anlægsaktiver		
Aktier i KP & LPA Holding	42.451	42.451
Aktier i portefølje Nordea	77.346.712	71.478.414
Obligationer	294.183.208	330.246.550
	<u>371.572.371</u>	<u>401.767.414</u>
10 Likvide beholdninger		
Checkdisponible indskud	2.454.009	2.350.428
Portefølje Nordea	451.897	1.552.806
	<u>2.905.906</u>	<u>3.903.234</u>
11 Langfristet gæld		
Regionernes Hus	60.323.962	66.374.867
Pakhus E	120.917.647	130.994.118
Pakhus E depositum	5.216.153	5.142.985
	<u>186.457.762</u>	<u>202.511.969</u>
12 Kortfristet gæld		
Moms	2.339.953	1.832.274
Øvrige kreditorer	30.402.969	13.313.205
Feriepengeforpligtigelse	15.936.136	13.549.512
Mellemregning mellem årene	132.041	14.072.941
	<u>48.811.098</u>	<u>42.767.932</u>

	2010	2009
13 Interimskonti		
Overenskomstparter	32.480.158	34.797.212
Eksterne Institutioner	1.255.889	1.289.069
Projekter	26.272.711	8.050.425
	<u>60.008.758</u>	<u>44.136.705</u>

Noter hvortil der ikke henvises til i regnskabet

14 Eventualposter mv.

Renteswap med vilkår	Swap-aftale med variabel rente på et 20 årigt lån optaget i forbindelse med køb af Pakhus E. Aftalen nedbringes med 10 mio. kr. årligt og udgør ultimo 2010 121 mio. kr.
Lejekontrakt GE Capital Equipment Finance	Xerox kopieringsudstyr på 5 års lejekontrakt m. udløb 2011, årlig leje 3,6 mio.kr.
Huslejekontrakt i Bruxelles	Opsigelig husleje kontrakt udløber 31. december 2015. Årlig husleje € 50.060.

15 Pantsætninger og sikkerhedsstillelse

Ingen.

16 Regnskab Videncenter for Jordforurening

	2010	2009
Indtægter kontingent	6.697.033	6.496.880
Personaleudgifter	2.588.510	2.377.399
Fremmede tjenesteydelser	2.803.857	2.460.735
Afholdte konferencer	425.458	0
Øvrige driftsudgifter	1.041.620	1.154.648
Udgifter i alt:	<u>6.859.445</u>	<u>5.992.782</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>-162.412</u>	<u>504.098</u>

17 Regnskab Regionernes Sundheds IT organisation

Indtægter kontingent	1.500.000	0
Personaleudgifter	612.609	0
Fremmede tjenesteydelser	262.803	0
Øvrige driftsudgifter	125.951	0
Udgifter i alt:	<u>1.001.363</u>	<u>0</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>498.637</u>	<u>0</u>



Tlf: 46 37 30 33
CVR-nr. 29 79 40 30
roskilde@kr.dk
www.bdo.dk

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab
Ringstedvej 18, st. th.
DK-4000 Roskilde

DANSKE REGIONER

Revisionsprotokollat af 22. februar 2011

(side 38 - 46)

Revisionen af regnskabet for året 2010

Indholdsfortegnelse		Side
1	IDENTIFIKATION AF DET REVIDEREDE ÅRSREGNSKAB FOR 2010	38
1.1	Konklusion på revision af årsregnskabet for 2010	38
2	REDEGØRELSE FOR DEN UDFØRTE REVISION	40
2.1	Risikovurdering og revisionsstrategi.....	40
2.2	Regnskabsføring og interne kontroller.....	40
2.2.1	Generelt.....	40
2.2.2	Drøftelser med ledelsen om besvigelser	40
3	KOMMENTARER TIL ÅRSREGNSKABET	41
3.1	Anvendt regnskabspraksis.....	41
3.2	Resultatopgørelse	41
3.2.1	Nettoomsætning	41
3.2.2	Personaleudgifter.....	41
3.2.3	Andre driftsomkostninger	42
3.3	Balance	42
3.3.1	Åbningsbalancen	42
3.3.2	Balancens enkelte poster	42
3.3.3	Anlægsaktiver	42
3.3.4	Omsætningsaktiver.....	42
3.4	Passiver	43
3.4.1	Egenkapital	43
3.4.2	Hensættelser	43
3.4.3	Gæld	43
3.4.4	Noter.....	44
3.4.5	Pantsætninger og eventualforpligtelser	44
3.5	Skatteforhold.....	44
3.6	Anvendelse af it-systemer	44
3.7	Bestyrelsesprotokol	44
3.8	Ledelsens regnskabsberklæring og ikke-korrigerede fejl i årsregnskabet	45
4	ØVRIGE OPLYSNINGER	45
4.1	Habilitet m.v.	45

1 Identifikation af det reviderede årsregnskab for 2010

Vi har revideret det af ledelsen udarbejdede årsregnskab for Danske Regioner for 2010. Årsregnskabet viser følgende resultat, aktiver og egenkapital:

Resultat	kr. -17.060.932
Aktiver	kr. 816.353.265
Egenkapital	kr. 448.554.591

1.1 Konklusion på revision af årsregnskabet for 2010

Revisionen har ikke givet anledning til bemærkninger af betydning for revisionspåtegningen.

Revisionens formål, planlægning og udførelse er uændret i forhold til tidligere. Vi henviser til vores protokollat om revisionen af regnskabet for året 2009 under punkt 1 til 7.

Hvis bestyrelsen godkender årsregnskabet i den foreliggende form, og der ikke fremkommer yderligere oplysninger under behandlingen af årsregnskabet, vil vi forsyne den med følgende revisionspåtegning uden forbehold eller supplerende oplysninger:

"Uafhængig revisors erklæring til bestyrelsen for Danske Regioner

Vi har revideret årsregnskabet for Danske Regioner for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2010, omfattende anvendt regnskabspraksis, resultatopgørelse, balance og noter. Årsregnskabet aflægges efter årsregnskabsloven.

Ledelsens ansvar for årsregnskabet

Ledelsen har ansvaret for at udarbejde og aflægge et årsregnskab, der giver et retvisende billede i overensstemmelse med årsregnskabsloven. Dette ansvar omfatter udformning, implementering og opretholdelse af interne kontroller, der er relevante for at udarbejde og aflægge et årsregnskab, der giver et retvisende billede uden væsentlig fejlinformation, uanset om fejlinformationen skyldes besvigelser eller fejl, samt valg og anvendelse af en hensigtsmæssig regnskabspraksis og udøvelse af regnskabsmæssige skøn, som er rimelige efter omstændighederne.

Revisors ansvar og den udførte revision

Vores ansvar er at udtrykke en konklusion om årsregnskabet på grundlag af vores revision. Vi har udført vores revision i overensstemmelse med danske revisions-standarder. Disse standarder kræver, at vi lever op til etiske krav samt planlægger og udfører revisionen med henblik på at opnå høj grad af sikkerhed for, at årsregnskabet ikke indeholder væsentlig fejlinformation.

En revision omfatter handlinger for at opnå revisionsbevis for de beløb og oplysninger, der er anført i årsregnskabet. De valgte handlinger afhænger af revisors vurdering, herunder vurderingen af risikoen for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, uanset om fejlinformationen skyldes besvigelser eller fejl. Ved risikovurderingen overvejer revisor interne kontroller, der er relevante for foreningens udarbejdelse og aflæggelse af et årsregnskab, der giver et retvisende billede med henblik på at udforme revisionshandling, der er passende efter omstændighederne, men ikke med det formål at udtrykke en konklusion om effektiviteten af virksomhedens interne kontrol. En revision omfatter endvidere stillingtagen til, om den af ledelsen anvendte regnskabspraksis er passende, om de af ledelsen udøvede regnskabsmæssige skøn er rimelige, samt en vurdering af den samlede præsentation af årsregnskabet.

Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vores konklusion.

Revisionen har ikke givet anledning til forbehold.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af foreningens aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2010 samt af resultatet af foreningens aktiviteter for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2010 i overensstemmelse med årsregnskabsloven.

Udtalelse om ledelsesberetningen

Ledelsen har ansvaret for at udarbejde en ledelsesberetning, der indeholder en retvisende redegørelse i overensstemmelse med årsregnskabsloven.

Revisionen har ikke omfattet ledelsesberetningen, men vi har i henhold til årsregnskabsloven gennemlæst ledelsesberetningen. Vi har ikke foretaget yderligere handlinger i tillæg til den gennemførte revision af årsregnskabet.

Det er på denne baggrund vores opfattelse, at oplysningerne i ledelsesberetningen er i overensstemmelse med årsregnskabet.”

2 Redegørelse for den udførte revision

2.1 Risikovurdering og revisionsstrategi

Revisionen gennemføres med udgangspunkt i en af os udarbejdet revisionsstrategi. Revisionsstrategien skal sikre, at revisionen fokuseres mod de væsentligste og mest risikofyldte forretningsmæssige og administrative områder af betydning for årsregnskabet.

Baseret på vores drøftelser med ledelsen og vores kendskab til Danske Regioners aktiviteter og forhold i øvrigt har vi i forbindelse med planlægningen og udførelsen af revisionen for Danske Regioner ikke identificeret områder med særlige risici for væsentlige fejl i årsregnskabet.

Vi har vurderet risikoen for fejl i årsregnskabet som lav eller middel og har tilpasset revisionens omfang hertil.

2.2 Regnskabsføring og interne kontroller

2.2.1 Generelt

Revisionen i årets løb har til formål at undersøge og vurdere, om Danske Regioners rapporteringssystemer, forretningsgange og interne kontroller fungerer forsvarligt. Formålet hermed er at påse, hvorvidt der forefindes korrekte, troværdige og rettidige bogholderiregistreringer som grundlag for regnskabsaflæggelsen.

Regnskabsføringen foretages fuldt ud af Danske Regioners administration. De administrative rutiner er beskrevet i Kasse- og regnskabsregulativet.

For at efterprøve dokumentationen for regnskabsføringens rigtighed har vi revideret et antal bogføringsbilag.

Det er vor vurdering, at de tilrettelagte og beskrevne forretningsgange samt interne kontroller er indrettet på en god og hensigtsmæssig måde, herunder med god sikkerhed ved udbetalinger. Endvidere giver kontrollerne en rimelig sikkerhed mod, at fejl ikke forbliver uopdagede.

2.2.2 Drøftelser med ledelsen om besvigelser

Under revisionen har vi forespurgt ledelsen om risikoen for besvigelser, og ledelsen har over for os oplyst, at der efter dennes vurdering ikke er særlig risiko for, at årsregnskabet kan indeholde væsentlig fejlinformation som følge af besvigelser.

Ledelsen har endvidere oplyst, at den ikke har kendskab til besvigelser eller igangværende undersøgelser af formodede besvigelser.

Vi har under vores revision ikke konstateret forhold, der kunne indikere eller vække mistanke om besvigelser af væsentlig betydning for informationerne i årsregnskabet.

3 Kommentarer til årsregnskabet

Årsregnskabet er udarbejdet i overensstemmelse med årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A virksomheder.

3.1 Anvendt regnskabspraksis

Årsregnskabet for 2010 er aflagt i overensstemmelse med bestemmelserne i årsregnskabslovens regler for klasse A virksomheder.

Den anvendte regnskabspraksis, der er uændret i forhold til sidste år, er oplyst i årsregnskabet på side 9 -11.

3.2 Resultatopgørelse

Resultatopgørelsen udviser et underskud på 17,1 mio. kr. Resultatet for 2009 udviste et underskud på 5,8 mio. kr.

Den væsentligste årsag til forøgelsen af underskuddet kan henføres til et fald i finansielle indtægter og urealiserede kursgevinster på 21,6 mio. kr. Mindreindtægten modsvares i et vist omfang af en nedgang i udgifterne til projektformidling på 6,5 mio. kr.

3.2.1 Nettoomsætning

Nettoomsætningen udgør 149 mio. kr. mod 143,5 mio. kr. i 2009, og der er der ved den løbende og afsluttende revision foretaget kontrolarbejder med henblik på en vurdering af, om de indtægter, der tilkommer Danske Regioner, indgår i årsregnskabet og er optaget i overensstemmelse med den fastlagte regnskabspraksis.

Kontingenter vedrørende jordforurening indgår i nettoomsætningen fra regnskabsåret 2010.

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

Revisionen af området har ikke givet anledning til kommentarer.

3.2.2 Personaleudgifter

Vedrørende personaleudgifter, der dækker over lønninger og vederlag m.v. udgiftsført med 110,6 mio. kr. mod 108,8 mio. kr. i 2009, har vi i årets løb foretaget kontrolarbejder med henblik på at sikre os, at de udbetalte lønninger er i overensstemmelse med de indgåede lønaftaler og meddelte oplysninger.

Vi har påset, at lønninger, der er udbetalt til det personale, der forestår lønudbetalinger eller foretager edb-indberetninger, er korrekte.

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

Det udbetalte vederlag til bestyrelsen er gennemgået.

Revisionen af området har ikke givet anledning til kommentarer.

3.2.3 Andre driftsomkostninger

Vedrørende andre driftsomkostninger, der udgør 62,8 mio. kr., hvilket er uændret i forhold til i 2009, har vi analyseret resultatopgørelsen, undersøgt udvalgte konti og gennemgået bilag i det omfang, vi har fundet det nødvendigt, bl.a. med henblik på at vurdere, hvorvidt dele af de afholdte udgifter burde være indregnet i balancen.

Revisionen af området har ikke givet anledning til kommentarer.

3.3 Balance

3.3.1 Åbningsbalancen

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

Vi har kontrolleret, at der er sammenfald mellem balancen for årsregnskabet 2009 og åbningsbalancen i regnskabsføringen for 2010.

Revisionen har ikke givet anledning til kommentarer.

3.3.2 Balancens enkelte poster

Det er påset, at de opførte aktiver og passiver er undergivet fornøden kontrol. Vi har undersøgt aktivernes tilstedeværelse, ejendomsretten og vurderingernes forsvarlighed. Det er ligeledes kontrolleret, at de forpligtelser, der påhviler Danske Regioner, og som er revisionen bekendt, er kommet korrekt til udtryk i årsregnskabet.

3.3.3 Anlægsaktiver

Vi har gennemgået anlægsaktiverne, der pr. 31. december 2010 udgør 760,4 mio. kr. mod 800,1 mio. kr. ultimo 2009, og vurderet, hvorvidt indregning og måling, herunder nettoafgangen på 39,7 mio. kr., stemmer overens med den fastlagte regnskabspraksis, og herunder at aktiverne vurderes at være til vedvarende brug for Danske Regioner.

Finansielle anlægsaktiver er kontrolleret til meddelelser fra pengeinstituttet.

Vi har stikprøvevis kontrolleret den fysiske tilstedeværelse af de i anlægskartoteket opførte aktiver.

Endelig har vi gennemgået afgang og de foretagne afskrivninger og påset, at anlægsaktiverne afskrives i overensstemmelse med anvendt regnskabspraksis. De foretagne afskrivninger er efter vor vurdering tilstrækkelige til dækning af årets værdiforringelse, og vi anser vurderingen af anlægsaktiverne som forsvarlig.

Revisionen har ikke givet anledning til kommentarer.

3.3.4 Omsætningsaktiver

Omsætningsaktiverne, der udgør 56 mio. kr., består af likvide beholdninger og tilgodehavender.

Revisionens formål er at kontrollere, om de interne regler overholdes, herunder at kassebeholdningen dagligt afstemmes.

Den 1. oktober 2010 foretog vi et uanmeldt revisionsbesøg, hvor bl.a. de likvide beholdninger blev optalt. Beholdningernes tilstedeværelse konstateredes.

Gennemgangen har vist, at området administreres i overensstemmelse med de gældende retningslinjer herfor.

I tilslutning til det uanmeldte kasseeftersyn er vi forelagt afstemninger af indestående i pengeinstitutter m.v.

Vi har gennemgået forretningsgangen for afstemning af konti i pengeinstitut. Forretningsgangen skal bl.a. sikre, at der jævnligt foretages afstemning med bankens noteringer i henhold til den vedtagne forretningsgang. Det er påset, at de interne regler er iagttaget.

Gennemgangen har vist, at området administreres i overensstemmelse med de gældende retningslinjer herfor.

Vi har påset, at mellemværender med pengeinstitut er optaget til saldiene pr. 31. december 2010 og er afstemt med pengeinstituttets noteringer. Vi har indhentet engagementsoversigt fra pengeinstitutter.

Tilgodehavender, herunder debitorer, udgør pr. 31. december 2010 i alt 53,1 mio. kr. mod 45,9 mio. kr. pr. 31. december 2009. Det er efter gennemgangen af debitorerne vores opfattelse, at Danske Regioners debitor masse ikke indeholder væsentlige tabsrisici.

Vi har gennemgået debitorlisten pr. 31.12.2010.

Vi kan efter vor gennemgang tilslutte os de i årsregnskabet foretagne værdiansættelser.

Revisionen har ikke givet anledning til kommentarer.

3.4 Passiver

3.4.1 Egenkapital

Egenkapitalen udviser pr. 31. december 2010 en saldo på 448,6 mio. kr., der fremkommer ved, at den positive egenkapital pr. 1. januar 2010 på 462,2 mio. kr. er tilført 3,4 mio. kr. vedrørende tilgodehavende i COP og er formindsket med årets resultat for 2010, der udgør et underskud på 17,1 mio. kr.

3.4.2 Hensættelser

De er hensat 41,5 mio. kr. til tjenestemandforpligtelser.

Vi kan efter vor gennemgang tilslutte os de i årsregnskabet foretagne værdiansættelser.

Revisionen har ikke givet anledning til kommentarer.

3.4.3 Gæld

Den langfristede gæld udgør i alt 186,5 mio. kr. Vi har kontrolleret, at den optagne langfristede gæld er i overensstemmelse med kreditgivernes noteringer.

Den kortfristede gæld, der pr. 31. december 2010 udviser en samlet saldo på 48,8 mio. kr., består især af feriepengeforpligtelse samt sædvanlige gældsposter. Vi har gennemgået afstemningerne og stikprøvevis foretaget sammenholdelse til eksterne kontoudtog m.v.

Endvidere har vi kontrolleret, om der er foretaget korrekt momsafregning for momsregistreret virksomhed.

Kassekredit på 31 mio. kr. er optaget i overensstemmelse med meddelelser fra pengeinstitut. Interimskonti, der pr. 31. december 2010 udviser en samlet gæld på 60 mio. kr., består især af gæld til overenskomstparter, mellemregninger med institutioner samt gæld vedrørende igangværende projekter.

Revisionen har givet anledning til kommentarer vedrørende momsafregning for momsregistreret virksomhed.

3.4.4 Noter

Årsregnskabet indeholder de nødvendige noter i forhold til aflæggelse af årsregnskabet i forhold til regnskabsklasse A, ligesom de indholdsmæssigt er korrekt udtrykt.

Vi har gennemgået noterne og anser disse for korrekte med henblik på at være en uddybning/supplement i forhold til resultatopgørelsen og balancen.

Revisionen har ikke givet anledning til kommentarer.

3.4.5 Pantsætninger og eventualforpligtelser

Vi har gennemgået Danske Regioners pantsætninger og eventualforpligtelser, og vi har i den forbindelse modtaget en ledelseserklæring.

Revisionen har ikke givet anledning til kommentarer.

3.5 Skatteforhold

Danske Regioner er fritaget for beskatning, herunder af den erhvervmæssige udlejning af Pakhus E.

3.6 Anvendelse af it-systemer

Vi har under den løbende revision anbefalet, at udkastet til sikkerhedspolitikken færdiggøres og implementeres.

Det er oplyst, at arbejdet forventes færdiggjort snarest muligt.

3.7 Bestyrelsesprotokol

Bestyrelsens beslutningsprotokol er gennemgået, og det er påset, at beslutninger af økonomisk karakter er truffet inden for Danske Regioners vedtægter og almindeligt gældende regler.

Det er endvidere påset, at de trufne beslutninger er gennemført inden for de givne forudsætninger.

3.8 Ledelsens regnskabserklæring og ikke-korrigerede fejl i årsregnskabet

I forbindelse med revisionen af årsregnskabet har vi anmodet Danske Regioners daglige ledelse om at bekræfte en række oplysninger inden for særligt vanskeligt reviderbare områder, eksempelvis eventualforpligtelser og retssager samt regnskabsposter, hvortil der knytter sig særlig risiko eller usikkerhed.

Væsentlige fejl, der er konstateret under revisionen, er rettet i årsregnskabet.

4 Øvrige oplysninger


4.1 Habilitet m.v.

Vi skal i forbindelse med revisionen erklære:

1. at vi opfylder lovgivningens habilitetsbestemmelser, og
2. at vi under revisionen har modtaget alle de oplysninger, vi har anmodet om.

Roskilde, den 22. februar 2011

BDO Kommunernes Revision
Godkendt revisionsaktieselskab



Michael S. Nielsen
Registreret revisor

Nærværende revisionsprotokol side 38 - 45 er gennemlæst af nedennævnte medlem af bestyrelsen den / 2011.

Bent Hansen
Formand

Carl Holst
Næstformand

Anne V. Kristensen

Bente Lauridsen

Birgitte Josefsen

Birgitte Kjøller Pedersen

Flemming Stenild

Henrik Thorup Gamst

Jens Stenbæk

Knud Andersen

Per Tærsebøl

Poul Müller

Poul-Erik Svendsen

Steen Bach Nielsen

Thor Buch Grønlykke

Ulla Astman

Vibeke Storm Rasmussen

Danske Regioners budget og regnskab 2010

Kr.	Budget 2010	Regnskab 2010
Kontingentindtægter	122.490.858	124.492.771
Sekretariatsbidrag	8.071.623	7.788.492
Momsfond	10.506.246	11.110.183
Indtægter vedr. blodplasma	4.800.000	4.287.198
Div. Indtægter	0	1.272.687
Nettoomsætning	145.868.727	148.951.331
Omkostninger		
Personaleomkostninger	111.158.615	110.583.471
Afskrivninger	10.083.274	10.232.298
Driftsomkostninger ved huse	7.084.290	5.945.818
Fremmede tjenesteydelser	19.647.655	21.230.093
Mødeaktiviteter	11.039.188	11.182.497
Informationsaktiviteter	3.151.554	2.407.561
Øvrige udgifter	18.195.110	15.072.649
DSI	1.614.750	1.614.750
Tilskud	6.550.000	5.354.198
Omkostninger i alt	188.524.435	183.623.333
Driftsresultat - underskud	-42.655.708	-34.672.002
Finansielle poster		
Finansielle indtægter	19.050.000	22.001.598
Finansielle omkostninger	-11.794.293	-11.616.650
Urealiserede kursgevinster på aktier og obligationer		11.342.672
Finansielle poster, netto	7.255.707	21.727.620
Resultat af foreningens drift - underskud	-35.400.000	-12.944.382
Projektformidling m.v.		4.116.551
Årets resultat - underskud	-35.400.000	-17.060.932



14-02-2011

Sag nr. 11/329

Dokumentnr.

Karin Wulff Larsen

Tel. 3529 8251

E-mail: kwl@regioner.dk

Konsekvenser af direkte adgang til fysioterapeut

Direkte adgang til fysioterapi uden en henvisning fra patientens praktiserende læge kræver en ændring i både overenskomsten med Danske Fysioterapeuter og i bekendtgørelsen om tilskud til fysioterapi.

I april 2010 drøftede Folketinget spørgsmålet om direkte adgang til blandt andet fysioterapi. Folketinget besluttede på det tidspunkt, at de mulige konsekvenser af at indføre direkte adgang skulle undersøges nærmere. Rapporten fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet ligger klar i løbet af foråret 2011.

Holland indførte i 2006 direkte adgang til fysioterapi. En række forskere har undersøgt effekten af den direkte adgang efter det første år med den nye ordning.

Hurtigere adgang til behandling

Der er erfaring for, at en hurtigere adgang til behandling betyder en mere effektiv behandling og færre behandlinger pr. patient. Det bliver ofte fremført, at fordelene ved at indføre direkte adgang til fysioterapeutisk behandling er, at patienterne får hurtigere adgang til fysioterapeutisk behandling.

I Danmark kan man få tid hos egen lægen inden for maksimalt fem hverdage, og ved akutte behov, som f.eks. ved smerter, skal man have tid samme dag. Ventetid på konsultation hos egen læge er derfor ikke en faktor i forhold til, hvor længe patienten går med symptomer, før denne kommer i behandling hos fysioterapeuten.

I Holland var patienter, som benyttede sig af den direkte adgang til fysioterapi, mere veluddannede og yngre end de patienter, som blev henvist af lægen. Erfaringerne fra Danmark er, at de unge veluddannede patienter går i kortere tid med deres symptomer, før de går til læge end ældre patienter og patienterne med kortere uddannelser.

Undersøgelsen fra Holland viser, at patienter som havde haft symptomer i mindre end en måned i højere grad gik direkte til fysioterapeuten uden om lægen end patienter, som havde haft symptomer i mere end tre måneder.

Spørgsmålet er derfor, om det ikke er patientens egen holdning til, hvornår man søger læge eller fysioterapeut, som er den afgørende faktor for, hvor hurtigt vedkommende kommer i behandling hos fysioterapeuten.

Færre konsultationer hos praktiserende læge

Af de patienter som fik fysioterapeutisk behandling i Holland i 2006 benyttede 28 procent sig af den direkte adgang. De resterende 72 procent blev henvist til fysioterapeut af deres læge. Hvis dette kan oversættes direkte til danske forhold, kan det betyde en besparelse på ca. 100.000 konsultationer hos praktiserende læge. Dette tal skal sammenlignes med, at der i 2010 fandt 19,4 millioner konsultationer sted hos de alment praktiserende læger.

En besparelse på 100.000 konsultationer er dog under den forudsætning, at patienterne kun har været ved læge for at få en henvisning til fysioterapeut. Hvis en del af patienterne i samme konsultation, f.eks. også får en recept på smertestillende medicin, så vil en del af de 100.000 konsultationer finde sted alligevel.

I andre lande, der har indført direkte adgang til fysioterapi, er andelen af patienter, som har benyttet sig af muligheden, på mellem 9 og 22 procent. Dette svarer til en besparelse i antallet af konsultationer på mellem 34.000 og 80.000 konsultationer. Igen er disse tal under forudsætning af, at patienterne kun kommer for at få en henvisning til fysioterapi. Forskerne i den hollandske undersøgelse peger på, at i andre lande afhænger størrelsen af patientens egen betaling af, om de har fået en lægehenvi-
sing til behandling eller ej. I Holland er det ikke et krav, at patienten har en lægehenvi-
sing, for at kunne få refunderet egenbetalingen hos forsikringsselskabet.

I Danmark ser vi en stigning i antallet af sundhedsforsikringer. Og forsikringsselskaberne i Danmark stiller generelt krav til, at der skal være en henvisning fra læge, før selskabet udbetaler forsikringen. Dette gælder også på områder, hvor der ellers er direkte adgang til behandling. Målgruppen for sundhedsforsikringer er i stort omfang den samme gruppe, som i Holland benytter sig af den direkte adgang til fysioterapi, nemlig de unge og veludannede. Der er derfor grund til at tro, at andelen af patienter, der vil benyt-

te direkte adgang til fysioterapi, vil blive mindre i Danmark end den blev i Holland.

Side 3

Det er med andre ord tvivlsomt om, der vil kunne opnås en større besparelse på konsultationer hos de alment praktiserende læger. Det næste spørgsmål er, om der omvendt vil ske en stigning i udgifterne til fysioterapi, hvis der gives direkte adgang.

Stigning i antal patienter

I Holland har indførelse af direkte adgang ikke medført en stigning i det samlede antal af patienter. Men det skal bemærkes, at den hollandske undersøgelse er sket kun et år efter, at der er indført direkte adgang. Der er ingen garanti for at der ikke vil ske en stigning i antallet af patienter på længere sigt. Derudover har forskerne kun set på det, som i Holland kaldes generel fysioterapi, de specialiserede fysioterapeuter indgår ikke i undersøgelsen. Specialiserede fysioterapeuter kan f.eks. være fysioterapeuter med speciale i sportsskader.

I Holland så man også før indførelsen af direkte adgang, eksempler på patienter, som valgte at gå til særligt de specialiserede fysioterapeuter uden læge henvisning. Det er ikke undersøgt, om der er sket en stigning i søgningen til de specialiserede fysioterapeuter, efter at patienterne har fået mulighed for at henvise sig selv.

Danske fysioterapeuter har ikke samme tradition som i andre lande for at specialisere sig. Der dog også i Danmark eksempler på patienter, som vælger at gå til fysioterapi uden henvisning fra lægen med f.eks. sportsskader eller andre måske tilbagevendende lidelser. I Danmark sker behandlingen af disse patienter i samme typer af praksis, som også behandler patienter med lægehenvvisning. Disse patienter vil i et vist omfang automatisk blive omfattet af tilskudsordningen, hvis der indføres direkte adgang til fysioterapi. Vi har ikke nogen viden om, hvor mange patienter, det drejer sig om.

Organiseringen af fysioterapibehandlingen i Danmark betyder, at der i visse tilfælde er en gråzone mellem fysioterapeutisk behandling, som den er defineret i overenskomstens bestemmelser, og træning af patientens bevægelsesapparat, som det foregår i et almindeligt fitnesscenter. Der er set eksempler på, at både patienter og fysioterapeuter har haft svært ved at skelne mellem, hvornår et tilbud er egentlig behandling, og hvornår det er almindelig træning. Med direkte adgang vil fysioterapeuten få et massivt incitament til at gå ud og reklamere og selv opsøge patienter op.

Når der ligger en henvisning fra lægen, så har regionen en mulighed for at føre kontrol med, om den behandling patienten har fået, også hører ind under overenskomstens bestemmelser. Hvis patienten har henvist sig selv, er regionens muligheder for at kontrollere meget små, for ikke at sige ikke eksisterende. Generelt er det erfaringen fra praksisområdet, at svækkes kontrollen stiger udgifterne.

Der er derfor grund til bekymring for, om der vil ske et indikationsskred over en årrække i forhold til det fysioterapeutiske tilbud, hvis patienterne får mulighed for at henvise sig selv. En sådan glidning vil betyde en stigning i antallet af patienter og dermed en stigning i udgifterne.

Hvis blot antallet af patienter eller antallet af behandlinger pr. patient i fysioterapi i praksis stiger med mellem 1 og 4 procent, er besparelsen til de praktiserende læger opvejet af merudgifter til fysioterapi. Naturligvis afhængigt af hvor stor en andel af patienter, der vil benytte sig af muligheden for direkte adgang. Både antallet af patienter og antallet af behandlinger pr. patient er steget med 3 procent om året i gennemsnit siden 2005. Det er derfor ikke en urealistisk stor stigning, der skal til i forhold til de stigninger, der i forvejen er på området.

Praktiserende læge som gatekeeper

I Danmark har den praktiserende læge en rolle som gatekeeper. Dette sikrer, at de rette patienter henvises til behandling i andre dele af sundhedsvæsenet. Der er erfaring for, at når patienterne ikke skal have en henvisning, så vil mange gå direkte til specialist eller for eksempel fysioterapeut med problemer, som kunne være løst hurtigere og billigere hos egen læge

Der er også en bekymring om direkte adgang til fysioterapi medfører et tab i kommunikationen mellem lægen og fysioterapeuten om patientens behandling og fremskridt. For at kunne varetage gatekeeper rolle er det vigtigt, at lægen har et samlet overblik over deres patienters helbredstilstand. En anden bekymring er om fysioterapeuten overser, at patientens smerter skyldes en alvorlig sygdom, som kræver medicinsk eller kirurgisk behandling. Dette vil svække den praktiserende læges mulighed for at have overblik over patientens helbredstilstand.

Også i Holland har lægen en gatekeeper rolle, og man har derfor haft de samme bekymringer før indførelsen af direkte adgang. Datagrundlaget i den hollandske undersøgelse har været for lille til, at forskerne har kunnet belys-

se dette spørgsmål. Derfor anbefaler de også, at spørgsmålet undersøges nærmere i en senere undersøgelse.

Side 5

Den hollandske undersøgelse konkluder endvidere, at et år med direkte adgang er for kort tid til at drage endelige konklusioner om effekten. Der bør foretages en opfølgende undersøgelse, som ser nærmere på konsekvenserne for både kvaliteten af behandlingen og de samfundsmæssige omkostninger.

Der er med andre ord stor usikkerhed omkring de økonomiske konsekvenser af direkte adgang til fysioterapi. Heller ikke konsekvenserne for kvaliteten af behandlingen af patienterne kendes.



13-02-2011

Sag nr. 10/908

Dokumentnr. 8267/11

Martin Grønberg Johansen

Tel. 35 29 83 76

E-mail: maj@regioner.dk

Udmøntning af midler til sundheds- og akuthuse, lægehuse, udbygning af præhospitale akutberedskaber og særlige førstehjælpere

Regeringen og Dansk Folkeparti indgik den 8. juni 2010 en aftale om den overordnede fordeling af de 600 millioner kroner, som blev afsat til nære sundhedstilbud i udkantsområder og lægehelikopterordning i finanslovene for 2009 og 2010. Det fremgår af aftalen, at de 600 millioner kroner udmøntes til følgende formål og med følgende fordeling:

1. Etablering af fuldt udbyggede sundheds- og akuthuse – som udgangspunkt i eksisterende bygninger.	100 mio. kr.
2. Lægehuse, sundheds- og akuthuse i udkantsområder tilpasset lokale forhold – som udgangspunkt til indkøb af apparatur samt til ombygning af eksisterende bygninger.	300 mio. kr.
3. Udbygning af præhospitale beredskaber.	50 mio. kr.
4. Helikopterordninger mv.	100 mio. kr.
5. Målrettet kompetenceløft til sundhedsprofessionelle med særlige opgaver i forhold til sundheds- og akuthuse / præhospitale beredskaber (sygeplejersker, paramedicinere m.fl.) samt uddannelse af særlige førstehjælpere.	50 mio. kr. (ca. 10 mio. kr. til særlige førstehjælpere)

Den 10. februar 2011 blev en del af den samlede pulje på 600 millioner kroner udmøntet på følgende måde:

Pulje og projekter	Bevilget beløb
1. Etablering af fuldt udbyggede sundheds- og akuthuse (100 mio. kr.)	
<i>Region Sjælland</i>	
Sundheds- og akuthus i Nakskov	45.000.000
<i>I alt for pulje 1</i>	45.000.000
2. Lægehuse og sundheds- og akuthuse i udkantsområder (300 mio. kr.)	
<i>Region Sjælland</i>	
Sundhedscenter i Faxe	24.900.000
<i>Region Nordjylland</i>	
Sundhedshus Hurup, Thy	15.370.000
Sundhedshus Brønderslev	45.330.000
Sundhedshus Jammerbugt	15.370.000
Sundhedshus Sæby	23.960.000
<i>I alt for pulje 2</i>	124.930.000
3. Udbygning af præhospitale beredskaber (50 mio. kr.)	
<i>Region Sjælland</i>	
Paramedicinerbemandet akutbil i Præstø	790.000
GPS overvågning, kørende vagtlæger	351.600
<i>Region Syddanmark</i>	
Hjemmesygeplejerskeordning i Varde	1.471.000
<i>Region Nordjylland</i>	
Videokonferencefaciliteter i ambulancer	1.560.000
Døgnbemanding af lægebil i Aalborg	3.325.000
<i>I alt for pulje 3</i>	7.497.600
5. Kompetenceløft og uddannelse (50 mio. kr., ca. 10 mio. kr. til særlige førstehjælpere)	
<i>Region Sjælland</i>	
112 akuthjælpere i yderområder og på øer	1.680.000
Kommunale nødbehandlerenheder	5.310.000
<i>Region Syddanmark</i>	
Førstehjælpsordninger i yderområder	1.360.000
<i>I alt for pulje 4</i>	8.350.000

Med ovenstående udmøntning har Region Sjælland modtaget 78.031.600 kroner, Region Syddanmark 2.831.000 kroner og Region Nordjylland 104.915.000 kroner. I alt svarer det til 185.777.600 kroner.

Regeringen og Dansk Folkeparti har reserveret ca. 180 millioner kroner til projekter i Region Midtjylland med særlig fokus på den nordvestlige del af regionen. Udmøntningen af disse midler forudsætter ifølge ministeriet, at der kan skabes ro om sygehusplanen og akutberedskabet i Nordvestjylland frem til, det nye akuthospital i Gødstrup står klart.

Med de knap 60 millioner kroner, som regeringen og Dansk Folkeparti tidligere har bevilget til en forsøgsordning med lægehelikopter med base i Karup, er der i alt udmøntet godt 425 millioner kroner.

Regioner og kommuner har mulighed for at søge om yderligere 135 millioner kroner fra puljen på 300 millioner kroner til lægehuse og sundheds- og akuthuse. 2. runde har ansøgningsfrist den 25. februar 2011.

Vilkår for udmøntning

I Indenrigs- og Sundhedsministeriets bevillingsbreve til regioner og kommuner er det ikke nærmere beskrevet, hvordan de tildelte midler skal anvendes. Det fremgår således ikke, hvordan fordelingen er mellem drift og anlæg eller mellem regioner og kommuner.

Ministeriet har dog oplyst, at der i forhold til sundheds- og akuthuse kun er givet midler til ombygning eller tilbygning og udstyr og ikke til drift.

Ministeriet har ikke fastlagt, hvordan de tildelte midler skal fordeles mellem region og kommune i de tilfælde, hvor der er indsendt en fælle ansøgning. Det er op til parterne selv at beslutte, hvordan midlerne skal fordeles mellem region og kommune.

I forhold til puljen om lægehuse og sundheds- og akuthuse har Region Nordjylland ikke fået bevilget det fulde ansøgte beløb. Det skyldes dels puljens samlede størrelse set i forhold til de indkomne ansøgninger, dels at sundhedshusene planlægges etableret som nybyggeri frem for ved ombygning af eksisterende lokaler, hvilket betyder, at der er tale om relativt dyre projekter.

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

DANSKE
REGIONER



10-02-2011

Sag nr. 10/2228

Dokumentnr.

Signe Vind

Tel. 3529 8320

E-mail: svi@regioner.dk

Høringssvar vedr. forslag om lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter

Danske Regioner har på vegne af de fem regioner udarbejdet et samlet høringssvar vedr. forslag om lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter. Høringssvaret har været i politisk behandling og er godkendt.

Regionerne har en helt klar interesse i et velfungerende og effektivt videnskabsetisk komitéssystem, der beskytter borgere, der deltager i sundhedsvidenskabelige forsøg, og sikrer legitimiteten af den sundhedsvidenskabelige forskning på mennesker. Samtidigt ses der meget positivt på, at udgangspunktet for revisionen af komitéloven har været at forenkle og afbureaukratisere administrationen af de videnskabsetiske komitéer. Danske Regioner takker derfor på vegne af regionerne for muligheden for at kommentere lovforslaget. I høringssvaret tages der bl.a. udgangspunkt i den mindretalsudtalelse, som Danske Regioner fremsendte i forbindelse med Betænkning nr. 1515 fra marts 2010 fra udvalget om revision af det videnskabsetiske komitesystem.

Danske Regioner kan tilslutte sig følgende:

- At forskning i anonymt materiale fra biobanker bliver undtaget fra anmeldelsespligten, hvis materialet er indsamlet i overensstemmelse med national ret (§ 19, stk. 3).
- At betegnelsen ”biomedicinske projekter” ændres til ”sundhedsvidenskabelige projekter”.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

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

- At der indføres mulighed for at forske i biologisk materiale ved retsmedicinske obduktioner under forudsætning af en konkret godkendelse fra en videnskabsetisk komité og efter indhentelse af samtykke.
- At der kan udføres akutforskning i ikke-lægemiddelforsøg, hvis forskningen på sigt kan komme patientgruppen til gode.
- Forslaget om kvalitetsudvikling via især testsager og et udvidet uddannelsesprogram for komité-medlemmer.
- At lovforslaget tilsiger at tillægge komiteerne de fornødne beføjelser, så tilsyn kan udføres effektivt og med høj kvalitet. Danske Regioner ser dette som en forbedring af mulighederne for at udøve tilsyn.

Kommentarer til lovforslaget:

1. Sammensætningen af Den Nationale Komite

Lovforslaget medfører, at Den Nationale Komité reduceres fra 26 til 13 medlemmer, hvoraf 5 medlemmer udpeges efter indstilling fra de enkelte regioner. Begrundelsen for det reducerede medlemsantal er, at størrelsen på den nuværende komité vanskeliggør effektive sagsge og ikke fremmer debat og drøftelse.

Danske Regioner har i mindretalsudtalelsen fremhævet, at et flertal af Den Nationale Komités medlemmer bør indstilles af de regionale komiteer. Bl.a. for at sikre et bredt folkeligt syn på videnskabsetiske problemstillinger, sikre tilstrækkelig erfaring med videnskabsetiske problemstillinger og styrke rekrutteringen af især forskningsaktive medlemmer. Det vurderes derfor uhensigtsmæssigt, at der kun vil være få regionale repræsentanter i Den Nationale Komité. Begrundelsen er, at det er de regionale komiteer, der har den tætte tilknytning til forskningsmiljøerne, og den erfaring og indsigt, som de regionale repræsentanter besidder, er et aktiv, der skal udnyttes.

Det er Danske Regioners holdning, at den foreslåede sammensætning ikke skaber en national komité med ekspertise og erfaring med videnskabsetiske problemstillinger. Det skal i øvrigt bemærkes, at ønsket om at sikre en national komité, der har tilstrækkelig erfaring med videnskabelige problemstillinger, bliver særligt aktuelt i lyset af forslaget om, at sager af særlig kompleks karakter skal førstebehandles i Den Nationale Komite.

Lovbemærkningen om, at der skal etableres et effektivt kontaktforum mellem formandskaberne på det nationale og regionale niveau for at sikre erfa-

ringsudvekslingen, vurderes at være vigtig, set i forhold til lovforslagets sammensætning af Den Nationale Komité. Det skal dog understreges, at det forsat vurderes mere hensigtsmæssig at sikre større regional repræsentation i Den Nationale Komité.

I lovforslaget lægges vægt på, at det regionale medlem af Den Nationale Komité skal have en afgørende rolle i koordineringen mellem komiteen og regionen. Dette forudsætter først og fremmest, at den regionale repræsentant er villig til at påtage sig dette arbejde. Især for de regioner, der har mange komiteer, må opgaven forventes at blive omfattende, da der vil være en vanskelig opgave i forbindelse med at videreformidle praksis, diskussioner mv. Er det ønsket, at den regionale repræsentation i den nationale komité reduceres til 5 medlemmer, bør det derfor være regionen, der kan indstille et regionalt medlem af komiteen frem for, at regionerne hver skal indstille et antal medlemmer med henblik på, at ministeriet kan vælge mellem disse.

Hvis ønsket er at reducere størrelsen på den nationale komité, kan der i stedet udpeges ét medlem fra hver komité efter indstilling fra denne, samtidig med at antallet af ministerudpegede medlemmer halveres. Herved kan den nationale komités størrelse halveres, samtidig med at balancen mellem lægfolk og forskningsaktive fastholdes. Danske Regioner vurderer, at kommunikationen til de regionale komitéer vil blive stort set lige så god som i dag – særligt hvis det forsat bliver muligt for en observatør fra hvert sekretariat at overvære drøftelserne, så Den Nationale Komités overvejelser straks kan implementeres i praksis.

2. Førstebehandling af sager af særlig kompleks karakter i Den Nationale Komité

Lovforslaget indebærer, at sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter af særlig kompleks karakter skal meldes til og førstebehandles af Den Nationale Komité, i stedet for i de regionale komitéer, som det er tilfældet i dag. I lovbemærkningen fremgår det, at komplekse problemstillinger kan nødvendiggøre ”den ypperste faglige ekspertise på området for at vurdere projektets videnskabetiske aspekter”. For at sikre to-instansprincippet foreslås det samtidigt, at der etableres en klageinstans til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der skal behandle klagesager over sagsbehandlingen i Den Nationale Komité.

Danske Regioner vurderer det uhensigtsmæssigt, at sager af kompleks karakter skal behandles i Den Nationale Komité, der har mindst erfaring med at træffe videnskabelige skøn og har mindst erfaring med sagsbehandlingen.

Samtidig begrænses klageadgangen for disse sager, idet klagemuligheden til Indenrigs- og Sundhedsministeriet kun angår selve sagsbehandlingen og det vil således ikke være muligt at klage over afgørelsen over komiteens sundhedsfaglige og videnskabsetiske skøn. Som det fremgår af mindretalsudtalelsen fra Danske Regioner, bør alle sager, af hensyn til retssikkerheden, behandles af en regional komité som førsteinstans for at sikre forskerne en appelmulighed. Særligt komplicerede sager skal så til obligatorisk andenbehandling i Den Nationale Komité. Den Nationale Komite vil således have adgang til de overvejelser og skøn, som er foretaget i de regionale komitéer.

Endvidere bør der, af hensyn til retssikkerheden, være et medlem i Den Nationale Komite, der er jurist på højt niveau, f.eks. landsdommerniveau, i lighed med andre ankeinstanser.

3. Retningslinjer for de regionale komiteers videnskabsetiske skøn

Lovforslaget medfører, at Den Nationale Komité i højere grad skal udarbejde vejledende retningslinjer for komiteernes videnskabsetiske skøn, end CVK har gjort. Dette er for at øge ensartetheden af komitéernes praksis i en situation hvor de regionale komitéers repræsentation i Den Nationale Komité reduceres.

Danske Regioner vurderer, at det for at sikre en effektiv og fleksibel opgavevaretagelse i de regionale komiteers sekretariatsfunktion, er nødvendigt, at bemanningen af sekretariaterne og deres arbejdsrutiner ikke detailreguleres fra centralt hold. Det skyldes, at de regionale komiteer og sekretariater er organiseret meget forskelligt, bl.a. som følge af antallet af komiteer i de enkelte regioner, personalesammensætning, geografi mv. Komiteerne har derfor forskellige arbejdsvilkår, der spiller en rolle for, hvordan de enkelte sagsgange og arbejdsprocesser kan tilrettelægges. Hvis de regionale komiteer ikke har mulighed for selv at vælge de processer og metoder, der kan sikre den bedste og hurtigste sagsbehandling ud fra de givne vilkår, kan det medføre en ufleksibel og langsommere sagsbehandling.

Det vurderes samtidigt problematisk, at Den Nationale Komite, der har mindst praktisk erfaring og ekspertise med vidensetiske problemstillinger,

skal udarbejde vejledende retningslinjer for, hvordan de regionale komitéer skal udføre sagsbehandlingen. Nationale vejledninger lægger op til, at sagsbehandlingen i komiteerne i højere grad regelstyres, og der er risiko for, at vurderingen af den konkrete anmeldelse sker ud fra en detaljeret regelstyring frem for en afvejning af den konkrete anmeldelse, der inddrager alle relevante forhold; risiko ved deltagelse vs. studiets formål, kvalitet etc.

4. Sammensætning af regionale komiteer og rekruttering af medlemmer

Lovforslaget indebærer, at formændene i de regionale komitéer skal vælges blandt komitéernes forskningsaktive medlemmer, mens næstformanden vælges blandt de læge medlemmer. Danske Regioner har i mindretalsudtalelsen anført, at lægmænd og forskningsaktive bør ligestilles, så både forskningsaktive og lægmænd kan være formænd. Dette vurderes som en svækkelse af lægmandselementet i komiteerne, der i dag selv vælger, hvem der skal være formand og næstformand. Samtidigt kan konsekvensen af lovforslaget indebære en risiko for en opdeling af komitéernes medlemmer i "A-medlemmer" og "B-medlemmer" – "rigtige medlemmer" der kan blive formænd, og "sekundære medlemmer", der højst kan blive næstformænd. Denne opdeling af medlemmer kan få betydning for rekrutteringen, der i forvejen er trængt i nogle komiteer.

Rekrutteringen af medlemmer til de regionale komiteer kan samtidig vanskeliggøres, hvis disse alene skal behandle ordinære sager (mens sager af kompleks karakter behandles i Den Nationale Komite). Når disse ordinære sager samtidig regelstyres, jf. forslaget om, at Den Nationale Komite skal udarbejde vejledende retningslinjer for de regionale komiteer, er det Danske Regioners vurdering, at dette vil have en negativ effekt på rekrutteringen af medlemmer til de regionale komiteer.

I lovforslaget tillægges formandskabet en beføjelse på komiteens vegne at træffe afgørelser i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl. Danske Regioner finder det svært på forhånd at afgøre hvilke sager "der ikke skønnes at frembyde tvivl". De videnskabelige problemstillinger, som komiteen skal undersøge, kan forekomme i alle typer af forsøg og det vil derfor være meget uheldigt, hvis nogle anmeldelser unddrages et videnskabeligt skøn.

Samtidigt vurderes det u hensigtsmæssigt, at formænd i komiteerne pålægges en yderligere arbejdsbyrde, da erfaringen er, at formænd allerede med den nuværende arbejdsbyrde, frasiger sig hvervet.

Vedrørende genudpegning til en videnskabsetisk komité, skal det ifølge lovforslaget kun være muligt at blive udpeget én gang. Erfaringen fra praksis er, at det efterhånden er vanskeligt at rekruttere egnede medlemmer, der ikke tidligere har været medlem af en videnskabsetisk komité i to perioder. Forslaget kan derfor have en negativ konsekvens på rekrutteringen af medlemmer.

5. Dokumentation for sponsors identitet og engelsksprogede protokoller

Jf. § 20 skal komiteerne fremover anmode om dokumentation for en eventuel sponsors identitet (udover den allerede gældende pligt til at sikre dokumentation for den anmeldende forsøgsansvarlige). Det er uklart, om der er tale om bevis for sponsor som juridisk person eller der er tale om den person, der på vegne af sponsor indsender anmeldelsen (den enkelte ansatte).

Det foreslås, at der kan indsendes engelske protokoller til bedømmelse i komiteerne. I lovbemærkningerne lægges der op til, at der skal indsendes et fyldigt lægmandsresume på dansk, så ingen bliver udelukket fra deltagelse pga. utilstrækkelige engelskkundskaber. Vil en lægperson fremover kunne pådrages samme ansvar for en beslutning, som det er tilfældet i dag, hvis de belastende oplysninger alene fremgår af en engelsksproget protokol og oplysningerne ikke fremgår af det danske lægmandsresume?

6. Honorering af medlemmer

De regionale medlemmer af Den Nationale Komite kan efter lovforslagets § 42, stk. 4 ydes diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste samt udgiftsgodtgørelse efter reglerne i § 16a i den kommunale styrelseslov. Udgifterne hertil afholdes af det regionsråd, der har indstillet det pågældende medlem til komiteen.

I den nuværende komitélov § 28, stk. 3 står der, at medlemmerne af de regionale komiteer og deres eventuelle suppleanter modtager udgiftsgodtgørelse efter reglerne i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab § 11. Regionsrådet kan beslutte, at medlemmer og deres eventuelle suppleanter herudover ydes diæter og erstatning for dokumenteret arbejdsfortjeneste efter reglerne i § 16 a i den kommunale styrelseslov. Regionsrådet kan endvidere beslutte, at hvervet som medlem af de regionale komiteer vederlægges med indtil 10.000 kr. årligt, at hvervet som formand for de regionale

komiteer vederlægges med indtil 35.000 kr. årligt og at hvervet som næstformand vederlægges med indtil 30.000 kr. årligt. En vederlagt formand eller næstformand kan ikke samtidig modtage diæter og erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste.

Af kommunestyrelsesloven § 16, stk. 4 fremgår det, at hvis der er tillagt nogen særligt honorar eller vederlag for varetagelse af et kommunalt hverv, kan der ikke ydes den pågældende diæter og erstatning for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse hermed.

Det er uklart hvordan lovforslaget om honorering af medlemmer forholder sig til lovbestemmelserne i den kommunale styrelseslov § 16, stk. 4. Danske Regioners umiddelbare opfattelse er, at det ikke er muligt at yde medlemmer og eventuelle suppleanter diæter og erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste, når der samtidig ydes vederlag.

Af lovbemærkningen fremgår det, at andre medlemmer af Den Nationale Komité honoreres efter aftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet (jf. § 43, stk. 3). Hvad er årsagen til, at regionale medlemmer ikke skal have samme honorar for medlemskabet af Den Nationale Komité som de øvrige medlemmer?

7. Økonomiske konsekvenser

Afslutningsvis skal Danske Regioner pege på, at lovforslaget medfører en række øgede omkostninger for regionerne. På trods af, at det af lovbemærkningerne fremgår, at lovforslaget samlet set ikke vil medføre offentlige merudgifter eller administrative byrder, vurderes det usandsynligt, at de foreslåede ændringer kan gennemføres uden, at det får økonomiske konsekvenser for regionerne. Det vedrører bl.a. følgende udgiftsdrivende initiativer:

- Opprioriteringen af den videnskabetiske kontrolfunktion, der indebærer vide frihedsgrader for Den Nationale Komité til at fastlægge kontrolniveauet - uafhængigt af de økonomiske konsekvenser for regionerne, der skal finansiere varetagelsen af kontrolfunktionen.
- Den lovbundne elektroniske indsendelse af projektmateriale vil medføre øgede udgifter til print og kopiering. Der vil desuden skulle bruges flere ressourcer på sagsbehandlingen, da det nuværende journalsystem ikke er gearet til elektronisk sagsbehandling.

- Forslaget om elektronisk anmeldelse vurderes at medføre udgifter hvis det bliver nødvendigt at etablere et nyt elektronisk sagsbehandlingssystem eller optimere de eksisterende systemer, vil dette også medføre øgede udgifter for regionerne.
- Lovforslaget indebærer, at formandskabet i den regionale komite kan afgøre ukomplicerede sager. Det vurderes, at dette samlet set ikke medfører mindre administrativt arbejdsbyde for sekretariatet, men aflastningen vil primært opleves af komiteens menige medlemmer. Derimod vurderes det, at det vil øge arbejdsbyrden for formanden.
- Lovforslaget indebærer en opjustering af kontrolforpligtelsen, herunder blandt andet en opprioritering af egentlige inspektioner, hvilket ikke tidligere har været anvendt i kontrolsystemet. Den øgede kontrolopgave vil medføre flere arbejdsopgaver i form af forberedelse og sagsbehandling, løn til eventuelle inspektorer mv. Det må forventes, at kontrolopgaven vil påføre regionerne en væsentlig forøget udgift.
- Det fremgår af lovbemærkningerne, at det forventes at regionerne implementerer en styrkelse af sekretariatsfunktionerne med sundhedsvidenskabelige kompetencer, øger den sundhedsfaglige sagsforberedelse samt en større inddragelse af sagskyndige/ekspertbistand. Det vil medføre merudgifter for de regioner, hvor sekretariaterne ikke har de fornødne kompetencer til at vurdere de sundhedsfaglige aspekter. I lovbemærkningen lægges der op til, at eventuelle merudgifter vil kunne dækkes af den gebyrstigning, der vil blive indført. Danske Regioner skal her bemærke, at merudgifter til f.eks. sundhedsfaglig sekretærbistand ikke kan forventes dækket ved en regulering af gebyrsatsen (der forventes opjusteret i et ”relativt begrænset omfang”), da ikke alle projekter der anmeldes til de regionale komiteer, er gebyrpligtige.

Derudover er det svært at vurdere præcist hvor meget udgifterne til driften af de videnskabetiske komiteer vil stige. Det skydes bl.a. den øgede bemyndigelse til ministeriet til at fastsætte nærmere bindende retningslinier, samt at Den Nationale Komité kan fastlægge kontrolniveauet - uafhængigt af de økonomiske konsekvenser for regionerne, der skal finansiere varetagelsen af kontrolfunktionen.

Det samme gælder § 21, stk. 2, der giver Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om procedurer for anmeldelse. Ifølge bemærkningerne kan der med hjemmel i denne bestemmelse fastsættes nærmere regler om tilpasning af databaser og andre IT-mæssige løsninger med henblik på at smidiggøre anmeldelsesprocedurer mv. Danske Regioner vurderer denne bemyndigelse upræcis og vidtgående, og konsekven-

serne heraf er uafklarede. Eksempelvis er det uklart om administrationen kan pålægges at bruge bestemte IT-løsninger og at afholde udgifter til opdateringer, hvis ministeriet finder dette relevant.

Side 9

Med venlig hilsen

Lisbeth Nielsen

Kontorchef, IT og Kvalitet
Danske Regioner



Beretning til Statsrevisorerne om
elektroniske patientjournaler på
sygehusene

Februar
2011

revision
revision

revision

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	1
II.	Indledning	7
	A. Baggrund	7
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	9
	C. Epj i international sammenhæng	12
III.	Indførelsen af papirløse arbejdsgange	14
	A. Status på indførelsen af papirløse arbejdsgange	14
	B. Mål og planer for papirløse arbejdsgange	16
IV.	Adgangen til patientoplysninger	18
	A. Status på adgangen til patientoplysninger.....	18
	B. Mål og planer for adgangen til patientoplysninger	22
V.	Anvendelsen af notatmodulet og medicinmodulet	24
	A. Status på anvendelsen af notatmodulet og medicinmodulet	24
	B. Mål og planer for anvendelsen af modulerne.....	27
VI.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets indsats vedrørende epj i regionerne	29
	Bilag 1. Ordliste.....	33
	Bilag 2. Metode	35

Rigsrevisionen afgiver denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007

Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010

Bertel Haarder: februar 2010 -

I. Introduktion og konklusion

1. Denne beretning handler om, hvor langt regionerne er kommet med at indføre elektroniske patientjournaler (epj) på sygehusene, og om Indenrigs- og Sundhedsministeriet har bidraget til at fremme udviklingen og udbredelsen af epj på det regionale område.

2. Statsrevisorerne gav i deres bemærkninger til beretning nr. 2/2007 om it-understøttelsen af sygehusenes opgaver udtryk for, at der med etablering af regionerne var en enestående mulighed for videndeling, koordination og samarbejde på tværs af regioner om fælles og omkostningsbevidste fremtidige it-løsninger på sygehusområdet.

Rigsrevisionen fulgte i et notat til Statsrevisorerne af 4. marts 2010 op på it-understøttelsen af sygehusenes opgaver. I den forbindelse fandt Statsrevisorerne det ikke helt tilfredsstillende, at der ikke var klare målsætninger for at indføre epj. På den baggrund iværksatte Rigsrevisionen denne undersøgelse af status for indførelsen af epj på sygehusene.

3. Siden midten af 1990'erne har amterne og sidenhen regionerne arbejdet på at indføre epj på sygehusene. Et epj-system er opbygget i moduler med oplysninger om bl.a. behandling og medicin. Amterne havde en fælles epj-strategi, hvor fokus var på at implementere et notatmodul og et medicinmodul. Som led i at udvikle epj-systemer har de tidligere amter og nu regionerne gennemført betydelige investeringer. Der foreligger ikke opgørelser af de samlede udgifter til at anskaffe og udvikle epj-systemer.

4. Da regionerne blev etableret i 2007, havde alle sygehuse delvist indført en form for epj-system med enkelte epj-moduler. I årene omkring regionsdannelsen ændrede fokus sig på epj, så der blev lagt vægt på, at it-systemerne skulle understøtte de fagprofessionelle i deres daglige funktioner.

Epj skal ses i sammenhæng med, at man på nationalt plan ønskede effektive og sammenhængende patientforløb for herigennem at kunne begrænse sygehusudgifterne, højne kvaliteten og øge patientsikkerheden. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet sker de fleste fejl og svigt i patientbehandlingen og plejen i overgangen fra én afdeling til en anden eller fra udskrivning fra sygehus til behandling hos fx egen læge.

5. Regionernes strategi på epj-området er samlet set at forbedre den kliniske dagligdag, hvor der i dag bruges mange resurser på at indhente relevant information via fax, telefon eller i systemer, der ikke deler data med andre. Det er disse arbejdsgange, som regionerne arbejder på at få it-understøttet for at øge patientsikkerheden og udnytte resurserne bedre.

På sygehuse, hvor de kliniske arbejdsgange er understøttet elektronisk, foregår al journalisering elektronisk, hvilket vil sige, at sundhedspersonalet fuldt ud har adgang til alle oplysninger om patienten i en epj. Der er således kun behov for at orientere sig ét sted for at få et samlet og opdateret overblik over patienten og dennes behandling. Desuden skriver læger og øvrigt sundhedspersonale selv patientoplysninger i systemet.

Elektronisk patientjournal (epj)

Begrebet epj spænder fra at sætte "strøm" til den traditionelle papirjournal til mere avancerede udgaver, hvor epj også skal understøtte kvalitetsudvikling, klinisk forskning, ledelse og planlægning.

Et epj-system består typisk af 5 moduler:

- PAS-modul (stamoplysninger)
- notatmodul
- medicinmodul
- bookingmodul
- rekvisitions-/svarmodul.

6. Regionerne skal ifølge "National strategi for digitalisering af sundhedsområdet 2008-2012" (den nationale it-strategi) opstille konkrete mål for anvendelse og nytteværdi (effekter) af epj. Effekter refererer til de gevinster, som regionerne forventer at opnå ved epj, fx færre fejl og færre sengedage. Som følge heraf er det væsentligt at undersøge, hvor langt regionerne er kommet med at indføre epj.

7. Formålet med beretningen er at undersøge, i hvilket omfang regionerne har indført epj på sygehusene. Det er videre formålet at gøre status på sygehusenes epj-moduler og anvendelsen af disse samt at vurdere regionernes mål og planer på området. Det er endelig formålet at vurdere, om Indenrigs- og Sundhedsministeriet har bidraget til at fremme udviklingen og udbredelsen af epj.

Dette er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvad er status på regionernes indførelse af papirløse arbejdsgange?
- I hvilket omfang har læger og sygeplejersker adgang til elektroniske patientoplysninger?
- I hvilken udstrækning anvender læger og sygeplejersker notatmodulet og medicinmodulet?
- Har Indenrigs- og Sundhedsministeriet bidraget til at fremme udviklingen og udbredelsen af epj?

8. Undersøgelsen omfatter Indenrigs- og Sundhedsministeriet og sygehusene i de 5 regioner og er afgrænset til perioden fra regionernes dannelse den 1. januar 2007 til ultimo 2010.

HOVEDKONKLUSION

Udvikling og udbredelse af elektroniske patientjournaler (epj) på de danske sygehuse er et centralt redskab til at styrke patientsikkerheden og sammenhængen i sundhedsydelseerne til den enkelte patient. Samtidig kan epj bidrage til mere effektive arbejdsgange og dermed til at anvende resurserne mere effektivt.

Siden midten af 1990'erne har amterne og senere regionerne arbejdet med epj-systemer, som kan understøtte arbejdsgangene på sygehusene. Rigsrevisionens gennemgang af, hvor langt regionerne er kommet med at indføre epj i 2010, viser, at det kun er på få sygehuse, at den papirbaserede patientjournal er erstattet med epj. På langt størstedelen af sygehusene er arbejdsgangene fortsat papirbaserede. Der er derved risiko for, at patientdata ikke er opdaterede, at der sker dobbeltregistrering, og at der er unødige arbejdsgange, fordi papirbaserede arbejdsgange anvendes, samtidig med at patientoplysninger registreres elektronisk.

Regionerne har siden etableringen i 2007 ydet en stor indsats med at samle de mange systemer, de overtog fra amterne, til færre systemer. Regionerne har derved videreført nogle af de systemer, der var investeret i, men der er også udviklet nye systemer. Rigsrevisionen konstaterer, at regionerne indtil videre har brugt 4 år på at samle deres epj-systemer, og at der vil gå yderligere 3 år, før målsætningen om ét epj-system i hver region forventes at være realiseret.

Der er forskelle mellem regionerne, idet Region Sjælland har etableret ét epj-system for hele regionen. Region Hovedstaden og Region Midtjylland forventer at have indført ét epj-system i 2012, og Region Nordjylland og Region Syddanmark i 2013. Ved sammenligninger mellem regionerne skal man være opmærksom på, at der er forskelle på systemernes teknologiske niveau. Det er Rigsrevisionens vurdering, at de systemer, som Region Syddanmark og Region Midtjylland står for at skulle indføre på deres sygehuse, har en god integration af data og et skærm billede, der giver et godt overblik over alle relevante patientoplysninger.

Epj-området har i en årrække været kendetegnet ved en høj grad af regional udvikling uden et forpligtende samarbejde på tværs af regionerne. Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (Digital Sundhed) blev etableret i 2007, bl.a. med det formål at fremme udviklingen og udbredelsen af epj. Videre skulle arbejdet have et omkostningseffektivt sigte og tage afsæt i fælles principper og fælles standarder. Rigsrevisionen konstaterer, at disse målsætninger ikke var blevet omsat til konkrete initiativer vedrørende epj på sygehusene, da Digital Sundhed blev nedlagt i 2010.

Rigsrevisionen skal anbefale, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet nu søger at bidrage til en koordineret og omkostningseffektiv udvikling på det regionale område.

Rigsrevisionen finder, at der i Digital Sundhed var god mulighed for at skabe videndeling og samarbejde på tværs om emner af fælles interesse og dermed give grundlag for at iværksætte initiativer, der kunne have bidraget til udviklingen af fælles standarder for og krav til epj. Behovet herfor består fortsat.

Hovedkonklusionen er baseret på følgende:

Indførelsen af papirløse arbejdsgange

På 2 ud af 31 sygehuse er papirjournalen erstattet af epj. Flere sygehuse er på vej mod at overgå til epj. Enkelte sygehuse i Region Midtjylland og Region Syddanmark har afskaffet dele af papirjournalen.

Regionerne har især fokuseret på udvikling og udrulning af epj-systemer. Rigsrevisionens gennemgang af regionernes generelle mål og initiativer på området peger på behovet for en mere systematisk målstyring hen imod papirløse arbejdsgange på sygehusene.

- På ét sygehus i Region Nordjylland og ét sygehus i Region Midtjylland er papirjournalen afløst af epj. På de øvrige sygehuse er der endnu ikke indført papirløse arbejdsgange, idet sygehusene typisk registrerer patientoplysninger elektronisk, hvorefter oplysningerne printes ud og lægges i en papirjournal.
- Væsentlige medicinoplysninger bliver registreret og opbevaret elektronisk, hvilket er helt centralt for at opnå en høj grad af sikkerhed i anvendelsen af medicin i behandlingen.
- Regionerne har ikke planlagt initiativer, der omfatter overgangen til papirløse arbejdsgange. Regionerne oplyser, at papirjournalen automatisk vil forsvinde, når de digitale løsninger er tilstrækkeligt udviklet.

Adgangen til patientoplysninger

Regionerne har bestræbt sig på at samle de mange systemer, de overtog fra amterne, til færre systemer. Rigsrevisionen konstaterer, at målet om ét sammenhængende epj-system pr. region med adgang til relevante patientoplysninger efter planen vil strække sig over yderligere 3 år frem til 2013.

- Siden regionerne blev etableret i 2007, har de bestræbt sig på at reducere antallet af epj-systemer til ét epj-system i hver region. I Region Sjælland og til dels i Region Hovedstaden er det muligt at få adgang til de samme patientoplysninger på tværs af sygehuse, fordi der anvendes den samme epj-løsning. Sygehusene i de øvrige regioner har forskellige systemer, og der er derfor ikke generelt adgang til de samme patientoplysninger på tværs af alle sygehuse i regionen. Region Hovedstaden og Region Midtjylland har som mål at have ét epj-system inden udgangen af 2012. Region Nordjylland og Region Syddanmark har mål om at have ét epj-system pr. region inden udgangen af 2013.
- Læger og sygeplejersker har elektronisk adgang til patientoplysninger på de fleste sygehuse, men sygeplejerskerne har generelt ikke adgang til at registrere plejeoplysninger elektronisk. I Region Syddanmark kan sygeplejerskerne dog på 3 af 4 sygehuse registrere plejeoplysninger elektronisk.

- Alle regioner forventer at indføre et tværfagligt journalnotat, der kan anvendes af alle faggrupper, herunder sygeplejersker, men Region Sjælland og Region Hovedstaden har ikke igangsat konkrete initiativer på området.
- Læger og sygeplejersker har læseadgang til elektroniske patientnotater og laboratorieresvar via e-journalen og sundhed.dk, der muliggør udveksling af data på tværs af sundhedsvæsenet. Regionerne har besluttet at udbygge e-journalen til en national sundhedsjournal i 2013 for at øge adgangen til de væsentligste patientoplysninger på tværs af regionerne. Der er endnu ikke udarbejdet konkrete projekter eller igangsat initiativer på området.
- Regionerne har i varierende grad gjort deres systemer mere brugervenlige for sundhedspersonalet. Det er bl.a. sket ved at indføre 3 funktionaliteter: single sign-on, fastholdelse af patientkontekst (stamoplysninger) og et samlet overbliksbillede over relevante patientoplysninger. De epj-systemer, som Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark vil indføre, indeholder en god adgang til patientoplysninger. Region Hovedstaden er ved at indføre single sign-on på regionens sygehuse.

Anvendelsen af notatmodulet og medicinmodulet

Læger og sygeplejerskers anvendelse af et elektronisk notatmodul varierer mellem regionerne. Sygeplejersker registrerer typisk plejeoplysninger i en papirjournal, fordi der generelt ikke er adgang til at registrere oplysninger elektronisk.

Det er fortsat lægesekretærer, der efter diktat fra lægen registrerer behandlingsoplysninger elektronisk i et notatmodul. Anvendelsen af lægesekretærer til registreringsopgaver giver en ekstra arbejdsgang og kan medføre, at notatet ikke altid er opdateret, og at registreringen kan være fejlbehæftet, indtil det registrerede bliver godkendt af den læge, der har udført behandlingen.

- Læger og sygeplejersker anvender et elektronisk medicinmodul til at registrere medicinoplysninger i det daglige arbejde.
- Lægerne anvender et elektronisk notatmodul i det daglige arbejde, men de dokumenterer typisk ikke behandlingsindsatsen direkte i systemet.
- Sygeplejerskerne registrerer typisk plejeoplysninger på papir. Kun på enkelte sygehuse er der adgang til at registrere plejeoplysninger elektronisk.
- Regionerne har generelt ikke opstillet mål for at anvende et notatmodul, hvilket var forudsat i den nationale it-strategi.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets indsats vedrørende epj i regionerne

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at Digital Sundhed havde fokus på at udvikle fælles service som Fælles Medicinkort og Nationalt Patientindeks, som har betydning for den digitale kommunikation på tværs af sundhedsområdets sektorgrænser. Indenrigs- og Sundhedsministeriet sørgede ikke for, at Digital Sundheds målsætning fra 2006 om at fremme udviklingen og udbredelsen af epj blev omsat til konkrete initiativer.

- Digital Sundhed havde bl.a. til formål at fremme udviklingen og udbredelsen af epj, og udviklingsarbejdet skulle endvidere have et omkostningseffektivt sigte. Der er imidlertid ikke i regi af Digital Sundhed taget initiativ til et samarbejde, der imødekommer dette formål. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at hverken ministeriet eller Digital Sundhed havde bemyndigelse til at stille krav til, hvorledes regionerne skulle samarbejde på epj-området. Rigsrevisionen finder, at Digital Sundhed med fordel kunne have igangsat fælles initiativer om standarder og krav til udvikling og udbredelse af epj, så udviklingen i regionerne kunne bevæge sig i den samme retning.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i 2010 afsluttet en konsulentundersøgelse, hvori der blev fulgt op på udviklingen og udbredelsen af epj. Undersøgelsen omfatter ikke en opfølgning på mål for nytteværdi og anvendelse på epj-området, der ifølge den nationale it-strategi skal udarbejdes af regionerne.
- Digital Sundhed blev nedlagt i 2010. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne vurderede i den forbindelse, at der var behov for at etablere en klarere besluningsstruktur for tværgående sundheds-it. Regionerne tog i 2010 initiativ til Regionernes Sundheds-it Organisation for i fællesskab at varetage opgaver som fx fælles indkøb/udbud på epj-løsninger, fælles kravspecifikationer og systematisk videndeling om epj. Ministeriet etablerede pr. 1. januar 2011 en ny styrelse, National Sundheds-it, som skal varetage national koordination/styring i forhold til samarbejdet med regioner, kommuner mv.

II. Indledning

A. Baggrund

9. Denne beretning handler om, hvor langt regionerne er kommet med at indføre elektroniske patientjournaler (epj) på sygehusene, og om Indenrigs- og Sundhedsministeriet har bidraget til at fremme udviklingen og udbredelsen af epj på det regionale område.

10. Epj omfatter en række it-systemer, som bl.a. giver adgang til notater, medicinoplysninger, behandlingsplaner og undersøgelsesvar, planlægning og booking af undersøgelser og støtte til at træffe kliniske beslutninger.

Sundheds-it, herunder udvikling og indførelse af epj, spiller en væsentlig rolle i at udvikle det danske sundhedsvæsen med henblik på at opnå bedre behandlingsresultater, større patientsikkerhed, effektiviseringer mv. Sundheds-it skal bl.a. understøtte patientforløbene mellem sektorer, herunder praktiserende læger, kommuner og sygehuse i regionerne, så relevante patientoplysninger fra én sektor er tilgængelige for andre sektorer. Det er også vigtigt, at patientdata kan anvendes på tværs af sektorer, og at der er klare mål og planer herfor.

Rigsrevisionen giver med denne undersøgelse alene en status på indførelsen af epj på sygehusene og vurderer den nationale indsats i forhold til at fremme udviklingen og udbredelsen af epj i perioden 2007-2010.

11. Siden midten af 1990'erne har amterne og sidenhen regionerne arbejdet på at indføre epj med oplysninger om bl.a. behandling og medicin. Amterne havde en fælles epj-strategi, hvor fokus var på at implementere et notatmodul og et medicinmodul. I et statusnotat fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet mfl. fra maj 2006 er det vurderingen, at notatmodulet og medicinmodulet var helt eller delvist implementeret i hovedparten af amterne i 2006.

12. Som led i at udvikle epj har amterne og regionerne gennemført betydelige investeringer. Der foreligger ikke opgørelser af de samlede udgifter til at udvikle og anskaffe epj.

13. Regionernes strategi er samlet set at forbedre den kliniske dagligdag for sundhedspersonalet, hvor der i dag bruges resurser på at indhente relevant information enten via fax, telefon eller i systemer, der ikke deler data med andre. Det er disse arbejdsgange, som regionerne arbejder på at få it-understøttet for at øge patientsikkerheden og udnytte ressourcerne bedre. Som følge heraf er det væsentligt at undersøge, hvor langt regionerne er kommet med at indføre epj.

Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (Digital Sundhed)

Siden 1. januar 2007 dannede Digital Sundhed rammen om digitaliseringen af det danske sundhedsvæsen.

Målet var bl.a. at fremme udviklingen og udbredelsen af epj og at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor læger, behandlere og borgere har adgang til alle nødvendige helbredsoplysninger.

I samarbejde med regioner, kommuner og hospitaler arbejdede Digital Sundhed på at gøre det muligt for de mange systemer, der allerede eksisterer lokalt, at kommunikere indbyrdes.

Digital Sundhed blev nedlagt ultimo 2010.

14. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har det overordnede ansvar for at skabe en samlet ramme for arbejdet med sundheds-it og sikre, at udviklingen hos de mange forskellige aktører går i samme retning. I den forbindelse er der – i regi af Digital Sundhed – udarbejdet "National strategi for digitalisering af sundhedsområdet 2008-2012" (den nationale it-strategi) på vegne af sundhedsvæsenets parter og lanceret af sundhedsministeren, Danske Regioners formand og KL i december 2007.

15. Der er ikke udarbejdet analyser, som gør det muligt entydigt at sammenligne udviklingsstadiet for epj i Danmark med andre lande. Rigsrevisionen omtaler kort nogle af de analyser, der er gennemført, i kap. II og omtaler også et hospital i udlandet, hvor der siden 2007 har været arbejdet papirløst.

16. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udviklingen på epj-området stået på siden 1970'erne med udvikling af patientadministrative systemer og udvikling af særlige it-systemer, der løste specifikke problemer. Siden midten af 1990'erne er der udarbejdet en række handlingsplaner og senest "Handlingsplan for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012", der er udarbejdet af Digital Sundhed, og som knytter sig til den nationale it-strategi.

17. Regionerne har ansvaret for driften og tilrettelæggelsen af sygehusvæsenet og – ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet – dermed også ansvaret for at udvikle, anskaffe og implementere epj.

18. Regionernes planlægning af epj er omfattet af den nationale it-strategi. Ifølge strategien skal digitaliseringen af sundhedsvæsenet ske trinvist og behovsbaseret. Det betyder, at regionerne i deres planlægning skal fokusere på at konsolidere, udrulle og implementere eksisterende løsninger. Som led i strategien skal regionerne desuden opstille konkrete mål for anvendelse (fx antal brugere, hvilke moduler, hvilken funktionalitet og hvilke arbejds-gange) og mål for nytteværdi, hvorefter der skal arbejdes mod løbende forbedringer i forhold til de opstillede mål.

19. Formålet med epj er at skabe en it-understøttet klinisk arbejdsplads, der kan medvirke til:

- mere sammenhængende behandlingsforløb for patienten, idet sundhedspersonalet på sygehusene har hurtig adgang til de samme informationer og i øvrigt undgår dobbeltindtastning af informationer
- mere opdaterede og fuldstændige patientjournaler og dermed mindre risiko for fejl forårsaget af fejlindtastninger og ufuldstændige og ikke-opdaterede patientoplysninger
- bedre understøttelse af det kliniske arbejde ved at præsentere alle relevante informationer relateret til diagnostik, planlægning, monitorering, resultater, pleje og behandling, hvilket giver et forbedret beslutningsgrundlag.

Fordelene vil samlet set føre til en mere effektiv og sikker behandling og pleje og medføre fordele i form af besparelser på manuel registrering, hurtig udveksling af informationer om de enkelte patienter osv. For at opnå den fulde effekt af epj er det imidlertid nødvendigt, at systemerne bliver anvendt som et centralt redskab i det daglige arbejde på sygehusene, herunder erstatter de papirbaserede arbejds-gange.

20. Rigsrevisionen har tidligere undersøgt regionernes arbejde med it på sundhedsområdet i beretning nr. 2/2007 om it-understøttelse af sygehusenes opgaver, og der er i 2 notater til Statsrevisorerne fulgt op på sagen. Det fremgår bl.a., at regionerne fra etableringen i 2007 har bestræbt sig på at integrere og sammenlægge de forskellige epj-løsninger, de overtog fra de tidligere amter, bl.a. for at sikre en højere grad af ensartethed i den enkelte region.

21. I beretningen konstaterede Rigsrevisionen endvidere, at der var taget en række initiativer til at udvikle fælles nationale it-løsninger, som på sigt ville gøre det muligt at udveksle data om patienterne på tværs af regionerne til gavn for patienterne og sundhedspersonalet.

Statsrevisorerne gav i deres bemærkninger til beretning om it-understøttelsen af sygehusenes opgaver udtryk for, at der med etablering af regionerne var en enestående mulighed for videndeling, koordination og samarbejde på tværs af regioner om fælles og omkostningsbevidste fremtidige it-løsninger på sygehusområdet. Statsrevisorerne forventede, at indenrigs- og sundhedsministeren sikrede et forpligtende samarbejde om fælles it-løsninger og standarder, særligt vedrørende epj.

Det fremgik af rigsrevisors notat til Statsrevisorerne af 4. marts 2010:

- Det var forskelligt, hvor langt regionerne var nået med at indføre en epj-løsning.
- Det var forskelligt, hvornår regionerne forventede at afslutte konsolideringen af it på sygehusene, herunder epj.
- Regionerne havde af egen drift taget initiativ til at styrke et forpligtende samarbejde om it på sundhedsområdet ved at oprette Regionernes Sundheds-it Organisation.

Endelig oplyste rigsrevisor i notatet, at Rigsrevisionen ville gennemføre en undersøgelse om indførelsen af epj på sygehusene.

B. Formål, afgrænsning og metode

Formål

22. Formålet med beretningen er at undersøge, i hvilket omfang regionerne har indført epj på sygehusene. Det er videre formålet at gøre status på sygehusenes epj-moduler og anvendelsen af disse samt at vurdere regionernes mål og planer på området. Det er endelig formålet at vurdere, om Indenrigs- og Sundhedsministeriet har bidraget til at fremme udviklingen og udbredelsen af epj.

Dette er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvad er status på regionernes indførelse af papirløse arbejdsgange?
- I hvilket omfang har læger og sygeplejersker adgang til elektroniske patientoplysninger?
- I hvilken udstrækning anvender læger og sygeplejersker notatmodulet og medicinmodulet?
- Har Indenrigs- og Sundhedsministeriet bidraget til at fremme udviklingen og udbredelsen af epj?

Udgangspunktet for undersøgelsen er, at regionerne først har indført epj, når papirjournalen er afskaffet, jf. boks 1.

BOKS 1. INDFØRELSE AF EPJ

Når regionerne indfører epj på sygehusene, ændres arbejdsgangene fra at notere patientoplysninger i en papirjournal til at registrere dem elektronisk. Det er Rigsrevisionens vurdering, at epj først er indført, når papirjournalen er afskaffet, så patientoplysningerne registreres direkte i det elektroniske journalsystem. Det betyder ikke, at papiret som sådan helt er afskaffet, da et print af oplysningerne i systemet kan være en støtte til beslutninger, fx ved stuegang, eller når en læge drøfter en specifik patientbehandling med en kollega. Til gengæld vil afskaffelsen af en papirjournal bevirke, at alle patientoplysninger registreres i epj-systemet, og det vil derfor være her, at man kan danne sig et overblik over den behandling og pleje, patienten har modtaget, og få informationer om den medicin, der er ordineret, hvilke prøver der er taget mv.

Afgrænsning

23. Rigsrevisionens undersøgelse af epj er afgrænset til 5 moduler – PAS-modulet (stamoplysninger), notatmodulet, medicinmodulet, bookingmodulet og rekvisitions-/svarmodulet, som regionerne finder det meningsfuldt at tage udgangspunkt i, hvis epj skal understøtte det sundhedsfaglige arbejde.

Der kan være en række andre formål med epj, som Rigsrevisionen ikke inddrager i undersøgelsen, fx at epj skal understøtte administrative arbejdsgange og opsamle information til planlægning og forskning.

Regionerne har i forbindelse med høringen oplyst, at der er risiko for, at Rigsrevisionen overvurderer effekten af epj, fordi undersøgelsen kun omhandler enkelte dele af epj (2 ud af i alt 5 moduler). Rigsrevisionen skal hertil bemærke, at vurderingen af indførelsen af og adgangen til epj tager udgangspunkt i alle 5 epj-moduler. I samarbejde med regionerne har Rigsrevisionen dog valgt at begrænse undersøgelsen af lægers og sygeplejerskers anvendelse til 2 centrale epj-moduler – notatmodulet og medicinmodulet.

24. Undersøgelsen omfatter en række indikatorer, som udgør et grundlag for at vurdere, hvor langt regionerne er kommet med at indføre epj. Indikatorerne omhandler bl.a. oprettelse og opbevaring af patientjournaler, antal epj-moduler, antal log-on og antal registreringer i epj-modulerne. Undersøgelsen giver et øjebliksbillede af, hvor langt regionerne medio 2010 er kommet med at indføre epj.

25. Undersøgelsen omfatter sygehusene i de 5 regioner og er afgrænset til perioden, fra regionerne blev oprettet den 1. januar 2007 til medio 2010. Mål og planer for indførelsen af epj, der ikke var vedtaget af regionsrådene inden den 1. juli 2010, er ikke omfattet af undersøgelsen.

26. Der er aspekter af epj, som ikke er belyst i undersøgelsen. Fx vil der ikke i beretningen være en nærmere analyse af de enkelte it-systemers funktionalitet og kvalitet, og det skal understreges, at der, siden de første systemer blev udviklet medio 1990'erne, har været en betydelig teknisk udvikling på it-området. Derfor kan systemer, som anvendes i dag, teknologisk set godt være forældede, og mulighederne for at videreudvikle systemerne kan være begrænsede. Følgende indgår desuden ikke i undersøgelsen:

- de psykiatriske sygehuse og ambulatorier
- sygehusenes kommunikation med henholdsvis praksissektor og kommunerne, herunder deres mål og planer på området.

Metode

27. Undersøgelsen er bl.a. baseret på følgende datagrundlag:

- regionernes besvarelse af et spørgeskema om udbredelsen af epj-moduler
- regionernes besvarelse af et spørgeskema om anvendelsen af notatmodulet og medicinmodulet
- besøg på 9 sygehuse, herunder et udenlandsk sygehus
- interviews og løbende drøftelser med regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- gennemgang af regionernes generelle strategi- og handleplaner, tidsplaner, business cases mv.
- regeringen og Danske Regioner: "Aftale om sundheds-it" fra 2010
- Digital Sundhed: "National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012" fra 2007

- regeringen, KL og Danske Regioner: "Kommissorium for ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi for 2011-2015" fra 2010
- sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005)
- forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (2006/1 LSF 50)
- Next Puzzle (konsulentrapport): "Udviklingen i regionale epj-landskaber 2007-2010" fra 2010
- Danske Regioner (Regionernes Sundheds-it Organisation): "Pejlemærker for sundheds-IT 2010" fra 2010
- Deloitte (konsulentrapport): "Strategiske udviklingsveje for epj" fra 2007.

Oplysningerne i beretningen er indsamlet i perioden ultimo 2009 - medio 2010. I bilag 1 findes en ordliste. I bilag 2 er der yderligere oplysninger om den metode, der er anvendt i undersøgelsen.

Rigsrevisionen har gennemført undersøgelsen ud fra en række kriterier, der bygger på følgende:

- den nationale it-strategi
- vedtægter for Digital Sundhed
- kriterier, der relaterer sig til sygehusenes indførelse af epj, sundhedspersonalets adgang til og anvendelse af epj samt regionernes mål og planer på området.

28. Hovedparten af datamaterialet i forhold til status på at indføre epj er præsenteret i en form, hvor de 5 regioner åbent sammenlignes. Rigsrevisionen vurderer ikke, om den enkelte region har en høj eller lav grad af fx anvendelse af et elektronisk notatmodul, som er en del af epj-systemet, men alene i hvilken udstrækning regionen anvender notatmodulet med udgangspunkt i en sammenligning på tværs af regioner.

29. Rigsrevisionen har afgrænset undersøgelsen af indførelsen af epj i forhold til nogle centrale kernefunktioner, der skal understøtte det kliniske arbejde. Regionerne har oplyst, at disse kernefunktioner alle er væsentlige for den kliniske it-arbejdsplads. Disse er:

- adgang til patientoplysninger
- udveksling af patientoplysninger mellem sygehusene
- dokumentation af behandlings- og plejeindsatsen.

Udgangspunktet for udvælgelsen af kernefunktioner er, at læger og sygeplejersker skal have hurtig adgang til bestemte patientoplysninger via epj, og at de skal kunne få et samlet, opdateret overblik over en patients nuværende og tidligere sygdomsforløb. Derved sikres et godt udgangspunkt for at behandle patienten. Desuden skal epj kunne fungere i en travl hverdag, hvor forskellige medarbejdere skal kunne få adgang til og løbende registrere oplysninger for mange patienter. Det indebærer bl.a.:

- Lægen og sygeplejersken skal have let adgang til et overblik over patientens status.
- Lægen og sygeplejersken kan logge på alle dele af epj-systemet i en enkelt arbejdsgang.
- Oplysninger fra tidligere indlæggelser er umiddelbart tilgængelige på tværs af sygehuse.

C. Epj i international sammenhæng

30. Epj kan defineres forskelligt. Det kan spænde fra et epj-system, som giver mulighed for elektronisk journalisering af patientdata, til et epj-system, der også understøtter det kliniske arbejde. Dette indebærer fx at give et omfattende overblik over alle relevante informationer om den enkelte patient, at give beslutningsstøtte under behandling, at give relevant ledelsesinformation og at give mulighed for at kommunikere med andre dele af sundhedsvæsenet m.m. Imellem disse yderpunkter findes de fleste epj-systemer i dag.

31. Det er vanskeligt at give et entydigt svar på, hvor udbredt epj er i ét land i forhold til et andet, fordi betegnelsen "epj" dækker et bredt spektrum af egenskaber. Der har været anvendt flere forskellige opgørelser. En undersøgelse foretaget af EPJ-Observatoriet i 2005 af udbredelsen af epj i Danmark tog fx udgangspunkt i, hvor stor en procentandel af sengene på sygehusene der var tilknyttet epj. I den forbindelse var 28 % af sengene i 2005 dækket af epj. En anden undersøgelse fra 2009 foretaget af organisationen The Information Technology and Innovation Foundation (ITIF) viste, at 35 % af sygehusene i Danmark i 2005 havde epj, uden at epj var nærmere defineret. Undersøgelsen viste videre, at 100 % af sygehusene i Finland, 88 % af sygehusene i Sverige og 10 % af sygehusene eller mindre i Australien, Canada, Japan, USA, Tyskland mfl. havde epj. Konklusionen var, at Finland, Sverige og Danmark var førende inden for udbredelse af epj på sygehusniveau.

Forskellige opgørelsesmetoder og definitioner af epj kan således give forskellige resultater. Det er også væsentligt at understrege, at en høj grad af udbredelse af epj ikke nødvendigvis er ensbetydende med en høj grad af anvendelse af epj.

32. En norsk undersøgelse fra 2008 foretaget af forskere fra det norske universitet for videnskab og teknologi omfatter både udbredelse og anvendelse af epj. Til formålet opstillede forskerne 4 udviklingsstadier fra 1: "ren papirjournal" til 4: "ren elektronisk journal med skannede dokumenter". Undersøgelsen viste, at de fleste sygehuse i Norge er på stadiet 2, hvor papirjournalen er til stede og opdateret, samtidig med at epj er til stede. Det indikerer, at epj er udbredt, men at systemet ikke nødvendigvis anvendes i dagligdagen.

33. Med henblik på at opleve et hospital, hvor epj er udbredt og anvendes i dagligdagen, har Rigsrevisionen besøgt Hospital da Luz i Lissabon i Portugal. Formålet var at besøge et sygehus med en fuldt udviklet epj, hvor lægerne selv registrerer i et notatmodul. Hospital da Luz kan tjene som inspiration for det danske sygehusvæsen i det fremadrettede arbejde med at indføre epj.

34. Hospital da Luz er et privathospital. Da hospitalet blev opført i 2007, blev epj tænkt ind i hele design- og byggeprocessen for at skabe de bedste vilkår for at understøtte patientbehandlingen elektronisk.

På Hospital da Luz er 100 % af sengene dækket af epj. Hospitalet anvender en "ren elektronisk journal med skannede dokumenter", og alle læger og sygeplejersker anvender systemet. Epj er ikke udbredt i Portugal generelt, og det er derfor ikke muligt at kommunikere elektronisk med andre dele af sundhedsvæsenet.

35. Hospitalsdirektøren oplyser, at den høje udbredelse og anvendelse af epj har betydet en effektivisering af arbejdet, mere smidige arbejdsgange og øget patientsikkerhed.

36. Regionerne bemærker, at Hospital da Luz er opført af en privat virksomhed, der selv har udviklet og implementeret en integreret epj-løsning, der dækker alle funktionaliteter (medicinmodul, notatmodul osv.), og at der ikke er udarbejdet rapporter, som viser, at der er tale om effektivitetsforbedringer. Det er Rigsrevisionens vurdering, at Hospital da Luz er et godt eksempel på et sygehus med et velfungerende epj-system, der kan give læring til det danske sundhedsvæsen i forhold til at udvikle epj og indføre papirløse arbejdsgange, jf. boks 2.

BOKS 2. HOSPITAL DA LUZ

Arbejdsgangene på Hospital da Luz er generelt it-understøttede. Oplysninger om patienten skrives direkte ind i epj-systemet, når patienten modtages på sygehuset. Lægerne og sygeplejerskerne har adgang til alle oplysninger, kan bestille prøver og modtage prøvesvar elektronisk og booke undersøgelser mv. direkte på en computer. Der er ikke ansat lægesekretærer på sygehuset til at skrive i journaler, da læger og sygeplejersker skriver direkte ind i epj-systemet.

Epj-systemet på Hospital da Luz er opbygget af forskellige moduler, som understøtter arbejdsprocesserne, herunder de administrative, økonomiske og kliniske processer. For at undgå unødvendigt arbejde, mindske fejl og øge hurtighed og effektivitet er der et højt niveau af integration mellem epj-systemets enkelte moduler. En leverandør står for hele epj-systemet.

Læger og sygeplejersker skal fx kun logge på én gang for at få adgang til alle dele af epj-systemet. Via et trådløst netværk er det muligt at få adgang til systemet overalt på sygehuset ved hjælp af computere, smartphones osv. På grund af de mange muligheder for at tilgå systemet er det også nødvendigt at kunne anvende forskellige metoder i interaktionen med systemet. Dette kan fx ske ved hjælp af tastatur, talegenkendelse og en trykfølsom skærm.

Lægen og andre brugere kan designe deres skærbillede, så præcis de informationer, som den enkelte finder relevante, er præsenteret på samme skærbillede. Derudover er det indbygget i systemet, at undersøgelsesresultater, der viser værdier ud over det sædvanlige, fremhæves visuelt for at garantere, at lægen ikke overser vigtige informationer. Endelig giver systemet mulighed for at kombinere forskellige undersøgelsesvar i grafiske præsentationer, hvilket hjælper med til at skabe overblik over patientens status, ligesom det er muligt at sammenligne resultater fra samme – eller en række – undersøgelser med henblik på at undersøge udviklingen.

III. Indførelsen af papirløse arbejdsgange

På 2 ud af 31 sygehuse er papirjournalen erstattet af epj. Flere sygehuse er på vej mod at overgå til epj. Enkelte sygehuse i Region Midtjylland og Region Syddanmark har afskaffet dele af papirjournalen.

Regionerne har især fokuseret på udvikling og udrulning af epj-systemer. Rigsrevisionens gennemgang af regionernes generelle mål og initiativer på området peger på behovet for en mere systematisk målstyring hen imod papirløse arbejdsgange på sygehusene.

A. Status på indførelsen af papirløse arbejdsgange

37. Rigsrevisionens undersøgelse af status på regionernes indførelse af papirløse arbejdsgange har vist følgende:

- På ét sygehus i Region Nordjylland og ét sygehus i Region Midtjylland er papirjournalen afløst af epj. På de øvrige sygehuse er der endnu ikke indført papirløse arbejdsgange, idet sygehusene typisk registrerer patientoplysninger elektronisk, hvorefter oplysningerne printes ud og lægges i en papirjournal.
- Væsentlige medicinoplysninger bliver registreret og opbevaret elektronisk, hvilket er helt centralt for at opnå en høj grad af sikkerhed i anvendelsen af medicin i behandlingen.

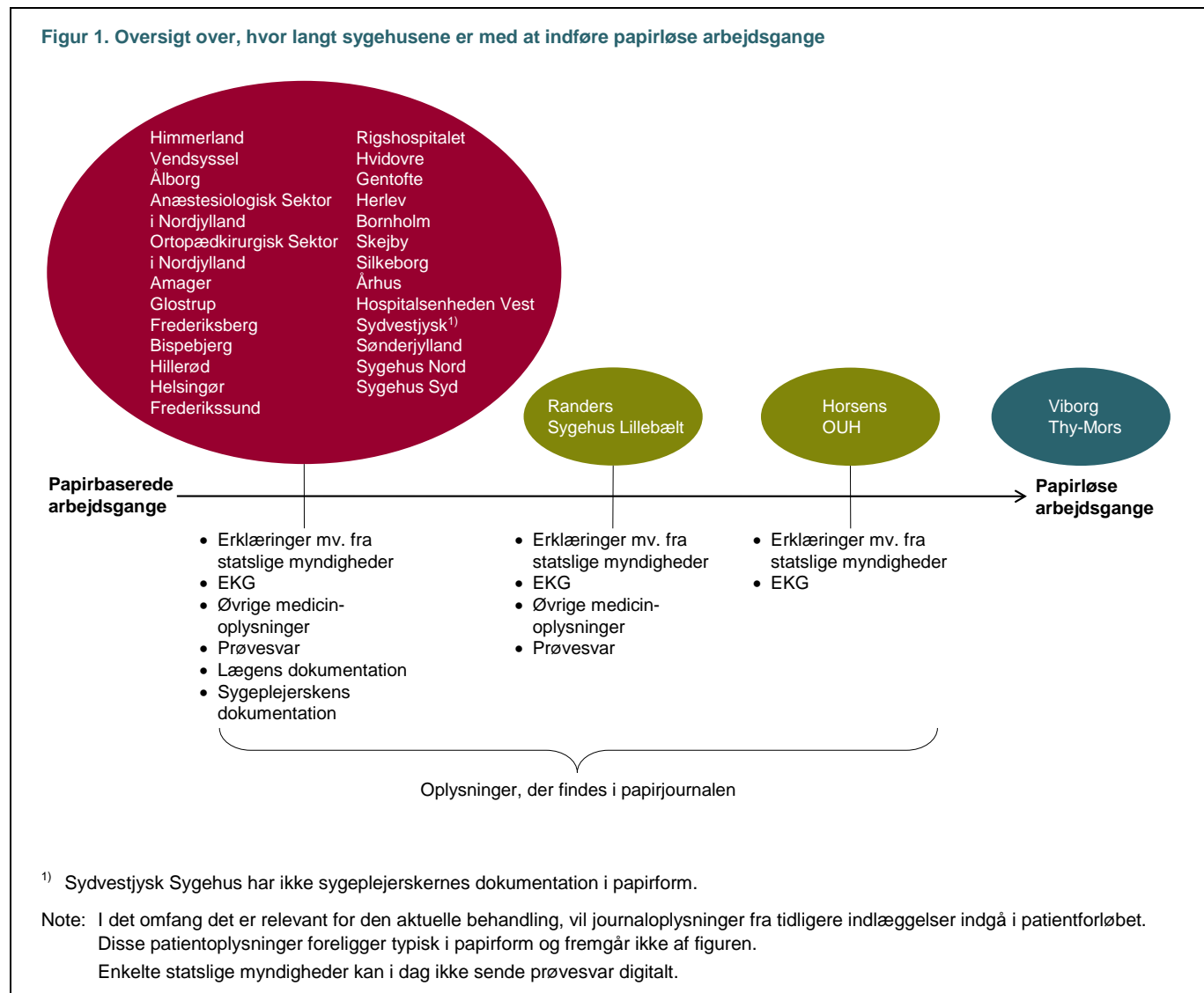
38. Rigsrevisionen har spurgt regionerne, hvor ofte sygehusene opretter papirjournaler. Det fremgår af besvarelserne, at 81 % af sygehusene "altid" eller "oftest" opretter en papirjournal, når en patient indlægges. Det gælder fx på alle sygehusene i Region Hovedstaden og i Region Sjælland, at der oprettes en papirjournal.

39. Omfanget af dokumenter, som sygehusene opbevarer i papirform, varierer. Jo færre dokumenter, der er at finde i papirform, des nærmere er sygehusene på at have erstattet papirjournalen med epj. Jo flere patientoplysninger, sygehusene opbevarer i papirform, jo flere unødvendige og uhensigtsmæssige arbejdsgange (fx unødvendige print af patientoplysninger, ufuldstændige papirjournaler) er der risiko for på sygehuset. Disse arbejdsgange er mindre effektive og udgør en risiko for patientsikkerheden. Følgende patientoplysninger er oftest nødvendige i forbindelse med behandling af patienten:

- lægens dokumentation
- sygeplejerskernes dokumentation
- alle medicinoplysninger (fx ordination, klargøring og dokumentation for, at patienten tager medicinen)
- øvrige medicinoplysninger (fx i forbindelse med operation)

- journaloplysninger fra tidligere indlæggelser
- dokumenter fra statslige myndigheder
- prøvesvar fra én eller flere undersøgelser (klinisk kemi, mikrobiologi, patologi og røntgen)
- elektrokardiogram (EKG).

40. Rigsrevisionen har i figur 1 vist, hvor langt de enkelte sygehuse er med at indføre papirløse arbejdsgange.



Figur 1 viser, at 2 sygehuse – Regionshospitalet Viborg i Region Midtjylland og Thy-Mors Sygehus i Region Nordjylland – har indført papirløse arbejdsgange og således erstattet papirjournalen med epj. 4 sygehuse (regionshospitalet Randers og Horsens i Region Midtjylland og Sygehus Lillebælt og Odense Universitetshospital i Region Syddanmark) adskiller sig fra de øvrige sygehuse, idet de ikke opbevarer lægens og sygeplejerskens dokumentation i en papirjournal. Fælles for de 6 sygehuse, der er nået længst med at indføre papirløse arbejdsgange, er, at de ikke automatisk opretter en papirjournal ved indlæggelse. Det sker kun i de tilfælde, hvor de fx modtager journalnotater fra tidligere indlæggelser, som ikke systematisk skannes.

Figur 1 viser endvidere, at de resterende sygehuse, dvs. alle sygehuse i Region Sjælland og Region Hovedstaden og enkelte i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland, opbevarer alle de nævnte dokumenter i papirform. Sygehuse registrerer de fleste oplysninger elektronisk, men printer dem ud og lægger dem i papirjournalen. Herved opnår de den sikkerhed, det giver, at data registreres og arkiveres elektronisk, men de opnår ikke fuldt ud gevinster i forhold til effektive og mere smidige arbejdsgange. Undersøgelsen har således vist, at hovedparten af sygehuse endnu ikke har indført papirløse arbejdsgange.

41. Undersøgelsen har desuden vist, at sygehuse generelt opbevarer medicinoplysninger elektronisk. De fleste sygehuse opbevarer dog fortsat øvrige medicinoplysninger på papir, fx medicinoplysninger i forbindelse med operation. Regionerne har således afskaffet den væsentligste papirbaserede medicindokumentation, hvilket har stor betydning for patientsikkerheden.

42. Undersøgelsen har videre vist, at patienter på sygehuse generelt ledsages af en papirjournal, når de flyttes mellem afdelinger på et sygehus. Region Sjælland oplyser, at alle notater og medicinoplysninger er elektronisk tilgængelige på alle sygehuse i regionen. Der sendes dog typisk en papirjournal eller dele heraf med patienten, når denne flyttes mellem afdelinger eller sygehuse. Der er imidlertid nogle undtagelser, der knytter sig til de 6 tidligere nævnte sygehuse i Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Nordjylland. Disse sygehuse medsender kun en papirjournal, hvis det har været nødvendigt at oprette en sådan som supplement til dokumentationen i systemet.

43. Der anvendes i dag resurser på at føre en papirjournal, som er et print af de elektroniske registreringer. Ved at afskaffe papirbaserede arbejdsgange kan regionerne undgå, at personalet bruger tid på at opdatere og lede efter bortkomne papirjournaler. Papirbaserede arbejdsgange indebærer, at sundhedspersonalet dobbeltregistrerer patientdata, fx når sygeplejersker registrerer samme patientdata fra et lægenotat i et plejenotat. Disse unødvendige arbejdsgange kan undgås, hvis patientoplysninger kun registreres ét sted, og hvis patientoplysninger ikke printes ud. Derved er det muligt at øge patientsikkerheden og realisere den effektiviseringsgevinst, der ligger i, at opdaterede patientoplysninger kun registreres ét sted.

44. Regionerne oplyser, at de ikke i undersøgelsen er blevet bedt om at opgøre resurseforbruget ved brug af både papirjournal og digital journal. Regionerne finder derfor ikke, at undersøgelsen belyser emnet i tilstrækkelig grad til, at Rigsrevisionen kan konkludere, at det øger effektiviteten, når papirjournalen erstattes af epj.

Rigsrevisionen skal bemærke, at det er korrekt, at regionerne ikke er blevet bedt om at opgøre resurseforbruget på at føre en papirjournal som supplement til epj. Det er Rigsrevisionens vurdering, at der bruges unødvendige personaleresurser på at printe elektroniske patientoplysninger ud, og at unødvendige personaleresurser bruges på at lede efter bortkomne papirjournaler og opdatere disse. I forbindelse med undersøgelsen har Rigsrevisionen desuden besøgt flere sygehuse, hvor bl.a. sygeplejersker udtrykte frustration over den (spild)tid – i en travl arbejdsdag – der går til at administrere papirjournaler. Denne tid kan med fordel anvendes til andre og mere hensigtsmæssige formål.

B. Mål og planer for papirløse arbejdsgange

45. Rigsrevisionens undersøgelse af, om regionerne har opstillet mål og planer for papirløse arbejdsgange, har vist følgende:

- Regionerne har ikke planlagt initiativer, der omfatter overgangen til papirløse arbejdsgange. Regionerne oplyser, at papirjournalen automatisk vil forsvinde, når de digitale løsninger er tilstrækkeligt udviklet.

Dobbeltregistrering

Sundhedspersonalet genindtaster patientoplysninger, som andre allerede har registreret.

Fx når en patient flyttes mellem afdelinger, eller når sygeplejersker registrerer fra lægenes notater.

Lægeseekretæren registrerer patientoplysninger i et lægenotat ud fra lægens diktat.

Epj ændrer ikke på denne form for dobbeltregistrering, da lægen fortsat kan anvende analogt/digitalt diktat, som derefter indtastes af lægeseekretæren.

På sygehuse, hvor lægerne anvender talegenkendelse, overføres den indtalte tekst direkte til epj-systemet, og der dobbeltregistreres ikke.

46. Regionerne har generelt bestræbt sig på at konsolidere de mange systemer fra amterne og udvikle it-understøttelsen af det kliniske arbejde, hvilket er en forudsætning for at kunne erstatte papirjournalen med epj. Regionerne har ikke formuleret mål om og udarbejdet planer for, hvornår og hvordan de overgår fra papirjournaler til epj.

47. Region Hovedstaden oplyser i forbindelse med høringen, at Rigshospitalet som det første sygehus i regionen har afskaffet print af journalnotaterne, og at erfaringerne herfra vil indgå i et beslutningsoplæg om Region Hovedstadens videre planer for en gradvis og løbende udfasning af papirjournalen. Region Midtjylland oplyser, at erfaringerne fra regionshospitalet i Horsens, Randers og Viborg er, at det kliniske personale foretrækker et velfungerende epj-system frem for papirjournalen, og at epj vil være indført på alle hospitaler for alle personalegrupper i 2012. Regionen oplyser, at papirjournalen i den forbindelse afskaffes på alle regionens hospitaler, og at der ikke er behov for at opstille yderligere målsætninger for afskaffelse af papirjournalen. Endelig oplyser regionerne, at papirjournalen automatisk vil forsvinde, når de digitale løsninger er bedre end papiret. I takt med at funktionaliteten forbedres, er det regionernes vurdering, at flere og flere sygehuse vil stoppe med at bruge print fra epj som den gældende journal.

48. Rigsrevisionen har noteret sig regionernes skitserede initiativer i forbindelse med en gradvis og løbende udfasning af papirjournalen. Rigsrevisionen går ud fra, at disse initiativer er iværksat ud fra regionernes vurdering af, at der er en række gevinster forbundet med at afskaffe papirbaserede arbejdsgange i form af mere effektive arbejdsgange og øget patientsikkerhed.

49. Regionerne har oplyst, at der ikke nødvendigvis kan sættes lighedstegn mellem det papirløse sygehus og gevinsterne ved epj. De ser ikke det papirløse sygehus som et mål i sig selv og peger på, at fokus i stedet bør være på effektivitet og patientsikkerhed og ikke på, om arbejdsgangene bliver papirløse.

50. Effekterne i form af øget effektivitet og øget patientsikkerhed opnås efter Rigsrevisionens vurdering først reelt, når papirjournalen er afskaffet. Print af elektroniske registreringer og unødvendige dobbeltregistreringer vil derved ophøre, og sygeplejersker og læger skal ikke længere lede efter bortkomne papirjournaler, når der fx opstår usikkerhed om, hvor de seneste opdateringer er registreret.

Patientsikkerheden vil endvidere blive forbedret, idet epj vil give mere opdaterede og fuldstændige patientoplysninger, og epj vil dermed mindske risiciene for fejl forårsaget af fejlindtastninger, ufuldstændige og ikke-opdaterede patientoplysninger.

De umiddelbare fordele ved øget tilgængelighed og overskuelighed af behandlingsrelateret information vil desuden først blive fuldt ud realiseret, når regionerne har indført papirløse arbejdsgange. Det skyldes, at afskaffelsen af papirjournaler og indførelsen af epj sikrer, at personalet kun skal orientere sig ét sted.

51. Rigsrevisionen finder, at indførelsen af epj ikke kun er en teknologisk udfordring, men også en stor organisatorisk udfordring, som kan indebære ændring af arbejdsgange mv. Rigsrevisionen finder, at papirjournaler kun bliver afskaffet og erstattet med epj, i det omfang ledelsen træffer beslutning herom. I den forbindelse mangler regionerne et vigtigt styringsredskab i form af mere ambitiøse mål og milepæle for papirløse arbejdsgange.

IV. Adgangen til patientoplysninger

Regionerne har bestræbt sig på at samle de mange systemer, de overtog fra amterne, til færre systemer. Rigsrevisionen konstaterer, at målet om ét sammenhængende epj-system pr. region med adgang til relevante patientoplysninger efter planen vil strække sig over yderligere 3 år frem til 2013.

A. Status på adgangen til patientoplysninger

52. Rigsrevisionens undersøgelse af, i hvilket omfang læger og sygeplejersker har adgang til patientoplysninger, har vist følgende:

- Siden regionerne blev etableret i 2007, har de bestræbt sig på at reducere antallet af epj-systemer til ét epj-system i hver region. I Region Sjælland og til dels i Region Hovedstaden er det muligt at få adgang til de samme patientoplysninger på tværs af sygehuse, fordi der anvendes den samme epj-løsning. Sygehusene i de øvrige regioner har forskellige systemer, og der er derfor ikke generelt adgang til de samme patientoplysninger på tværs af alle sygehuse i regionen.
- Læger og sygeplejersker har elektronisk adgang til patientoplysninger på de fleste sygehuse, men sygeplejerskerne har generelt ikke adgang til at registrere plejeoplysninger elektronisk. I Region Syddanmark kan sygeplejerskerne dog på 3 af 4 sygehuse registrere plejeoplysninger elektronisk.
- Læger og sygeplejersker har læseadgang til elektroniske patientnotater og laboratorieresvar via e-journalen og sundhed.dk, der muliggør udveksling af data på tværs af sundhedsvæsenet.
- Regionerne har i varierende grad gjort deres systemer mere brugervenlige for sundhedspersonalet. Det er bl.a. sket ved at indføre 3 funktionaliteter: single sign-on, fastholdelse af patientkontekst (stamoplysninger) og et samlet overbliksbillede over relevante patientoplysninger.

Adgangen til epj-moduler

53. Det er væsentligt, at patientoplysninger kan deles på tværs af afdelinger på samme sygehus og mellem sygehuse inden for samme region i forbindelse med patientbehandlingen.

54. En væsentlig forudsætning for, at sygehusene har adgang til de samme patientoplysninger og kan dele dem med hinanden inden for samme region, er, at regionerne har indført de samme epj-moduler.

Patientbevægelser internt i en region

Ca. 13 % af de indlagte patienter i Region Midtjylland blev i 2009 flyttet mellem 2 eller flere sygehuse i regionen.

Patientbevægelser eksternt i en region

Ca. 5 % af de indlagte patienter i Region Midtjylland kom i 2009 fra andre regioner.

Regionerne har valgt 2 hovedstrategier for deres sammenlægning af epj-systemer:

- *Suite-strategi*, hvor de samme data ikke skal indrapporteres i flere forskellige moduler. Der er tale om en fælles databærende platform, hvor der typisk satses på et produkt med bred funktionalitet, der enten er under udvikling eller har kørt i en del af regionen, og som over perioden vil blive udbredt til hele regionen.
- *Portalstrategi*, hvor de eksisterende epj-systemer breddes ud til hele regionen via en fælles brugergrænseflade til de forskellige systemer og giver mulighed for, at man kan logge på med samme password til alle systemer. Data forbliver i de forskellige systemer og integreres ikke i en fælles database.

Regionerne har ud fra de 2 strategier søgt at integrere og sammenlægge deres forskellige epj-systemer.

55. I tabel 1 er vist 5 moduler, der typisk er indeholdt i et epj-system.

Tabel 1. De 5 typiske moduler i et epj-system

Modul	Beskrivelse
PAS	Patientadministrativt system. Understøtter det kliniske arbejde med status for patientens aktuelle tilknytning til sygehuset og information om tidligere indlæggelser mv.
Notat	Benyttes i den kliniske proces til fx beskrivelse af lægens undersøgelse af patienten, hvad lægen overvejer og bestemmer mv. samt plejeoplysninger.
Medicin	Anvendes til ordination, klargøring og til dokumentation for, at patienten tager medicinen.
Booking	Anvendes til planlægning af patientens tilstedeværelse af hensyn til den fysiske kapacitet.
Rekvisition/svar	Understøtter bestilling af undersøgelser mv. og formidling af resultater fra undersøgelser.

Undersøgelsen har vist, at 4 ud af 5 moduler, der er vist i tabel 1, dvs. PAS-modulet, medicinmodulet, bookingmodulet og rekvisitions-/svarmodulet, er udbredt på næsten alle sygehuse i Danmark.

Regionerne har, med undtagelse af 4 sygehuse i Region Midtjylland, indført et elektronisk notatmodul, der giver læger og sygeplejersker mulighed for at orientere sig om patienten. Regionerne har imidlertid ikke indført et elektronisk notatmodul, der giver sygeplejerskerne mulighed for at registrere plejeoplysninger om den enkelte patient (med undtagelse af 3 ud af 4 sygehuse i Region Syddanmark, hvor sygeplejerskerne kan registrere plejeoplysninger elektronisk). I stedet bliver plejeoplysninger typisk registreret på papir, samtidig med at sygeplejerskerne orienterer sig om lægens notater i et elektronisk notatmodul.

Kommunikationen mellem sygehuse og regioner

56. Et væsentligt hensyn i forbindelse med at udbrede epj-moduler er at sikre adgang til relevante patientoplysninger på tværs af sygehuse i samme region og på tværs af regioner. På den måde kan læger og sygeplejersker undgå ventetid i forhold til at få videresendt journaloplysninger og undgå at skulle indtaste de samme oplysninger flere gange.

57. På landsplan var der 20 forskellige epj-løsninger, da regionerne overtog disse fra de tidligere amter i 2007. Regionerne har siden 2007 reduceret det samlede antal til 15. Regionernes udgangspunkt har været meget forskelligt. Siden 2007 har alle regioner arbejdet på at samle de mange epj-systemer til ét epj-system pr. region.

Tabel 2 viser antallet af epj-systemer i 2010, og hvornår regionerne forventer, at systemerne er udbredt og konsolideret til ét epj-system pr. region. Rigsrevisionen har lagt til grund, at sygehuse, der er omfattet af det samme epj-system, arbejder i de samme 5 epj-moduler.

Tabel 2. Antal epj-systemer i 2010 og mål for ét epj-system pr. region (ekskl. de psykiatriske sygehuse)

Region	Antal epj-systemer i 2010	Mål om ét epj-system
Nordjylland	2	2013
Midtjylland	4	2012
Syddanmark	5	2013
Sjælland	1	2008
Hovedstaden	3	2012

Tabel 2 viser, at antallet af forskellige epj-systemer i 2010 varierer meget mellem regionerne. Fx har Region Sjælland ét sammenhængende epj-system, mens Region Syddanmark har 5 forskellige epj-systemer. Da Region Sjælland har ét epj-system, arbejder alle sygehuse i de samme 5 epj-moduler. Alle sygehuse i denne region har således adgang til patientoplysninger fra andre sygehuse i regionen.

Region Hovedstaden har 3 epj-systemer. Det skyldes, at regionen p.t. har forskellige medicinmoduler i drift på samme tid, og at et bookingmodul ikke er indført på ét af sygehuse i regionen.

Tabel 2 viser også, at Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark har henholdsvis 2, 4 og 5 epj-systemer. Ingen af disse regioner, jf. tabel 1, har således de samme 5 moduler i hele regionen. Det vil derfor være forskellige typer patientoplysninger, sygehuse kan få adgang til, når de overfører patienter, afhængigt af hvilke epj-moduler sygehuse har til fælles.

58. Foruden muligheden for at kommunikere internt i regionen som følge af udbredelsen af de samme moduler har regionerne adgang til laboratoriesvar på sundhed.dk, og med undtagelse af Region Hovedstaden har de også adgang til patientoplysninger via e-journalen.

Regionerne har siden 2004 arbejdet på at sikre adgang til patientoplysninger på tværs af sygehuse ved at etablere e-journalen, der er et nationalt samarbejdsprojekt mellem de 5 regioner. E-journalen giver læseadgang til oplysninger om patientens diagnose, kontaktperiode, notater, udskrivningsbreve og udførte procedurer. Det er imidlertid ikke muligt at arbejde videre i de notater, der hentes fra e-journalen. Til gengæld opdaterer e-journalen dagligt patientinformationer på tværs af epj-systemer, sygehuse og regioner. E-journalen giver ikke adgang til informationer om medicin, billeddiagnostisk (fx røntgen) eller undersøgelses- og prøvesvar.

Sundhed.dk

En fælles offentlig sundhedsportal.

Formålet er at give borgerne bedre muligheder for at bruge sundhedsvæsenet og gøre det nemmere for det sundhedsfaglige personale at kommunikere med hinanden.

På sundhed.dk kan sygehuse bl.a. få adgang til laboratoriesvar/prøvesvar.

E-journal

En national elektronisk journal, der skal sikre adgang til at udveksle patientoplysninger mellem sygehuse og sektorer.

Brugervenligheden af epj-systemet

59. Hvis der skal være en høj grad af anvendelse af epj, er en af forudsætningerne, at systemerne er brugervenlige. Rigsrevisionen har derfor undersøgt, hvor langt regionerne er kommet med at give læger og sygeplejersker adgang til patientoplysninger målt ud fra 3 funktionaliteter:

- *Single sign-on*: Lægen eller sygeplejersken kan få adgang til alle epj-moduler (PAS-modulet, notatmodulet, medicinmodulet, bookingmodulet og rekvisitions-/svarmodulet) ved kun at skulle anvende ét bruger-id eller en adgangskode én gang.
- *Fastholdelse af patientkontekst*: En form for systemmæssig hukommelse, der sikrer, at stamoplysninger (typisk navn og cpr.nr.) fastholdes, når der hentes oplysninger i de forskellige epj-moduler. Stamoplysninger skal således ikke genindtastes ved skift mellem moduler.
- *Overbliksbillede*: Et skærmbillede, som præsenterer de vigtigste oplysninger om patienten, fx seneste notater, diagnose, medicinering og undersøgelsesvar på samme skærmbillede.

60. Tabel 3 viser, om regionerne har indført de 3 funktionaliteter, der har betydning for brugervenligheden af den kliniske it-arbejdsplads.

Tabel 3. Oversigt over, om regionerne har indført funktionaliteterne single sign-on, fastholdelse af patientkontekst og overbliksbillede på sygehusene

Region	Single sign-on	Fastholdelse af patientkontekst	Overbliksbillede
Nordjylland	Nej	Ja	Nej
Midtjylland	Nej	Delvist	Delvist
Syddanmark	Nej	Delvist	Delvist
Sjælland	Ja	Ja	Nej
Hovedstaden	Nej	Nej	Nej

Note: Undersøgelsen omfatter alle epj-moduler, dvs. PAS-modulet, notatmodulet, medicinmodulet, bookingmodulet og rekvisitions-/svarmodulet.

Tabel 3 er en forenklet oversigt over, om regionerne har indført funktionaliteterne ud fra følgende:

- "Ja" betyder, at 80-100 % af sygehusene i regionen har indført den pågældende funktionalitet, der omfatter mindst 4 ud af 5 epj-moduler.
- "Delvist" betyder, at 40-80 % af sygehusene har indført funktionaliteten.
- "Nej" betyder, at 0-40 % har indført funktionaliteten.

Tabel 3 viser, at ingen regioner har indført alle 3 funktionaliteter på alle sygehuse.

Region Sjælland er den region, der er kommet længst med at indføre funktionaliteterne, da denne region i vidt omfang har indført single sign-on og fastholdelse af patientkontekst på sygehusene.

Region Midtjylland og Region Syddanmark kan delvist fastholde patientkonteksten ved skift mellem epj-moduler og har delvist indført et overbliksbillede på sygehusene. Der er endvidere et forbedringspotentiale i forhold til at indføre single sign-on.

I Region Nordjylland kan sygehusene fastholde patientkonteksten, når brugeren skifter mellem epj-moduler, men har ikke indført single sign-on eller et overbliksbillede som en del af den kliniske it-arbejdsplads.

Region Hovedstaden har ikke udbredt de 3 funktionaliteter.

61. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland oplyser, at de – efter deres vurdering – har indført overblikbilleder, hvilket ikke fremgår af tabel 3.

Rigsrevisionen skal bemærke, at overblikbilledet i Region Hovedstaden består af en portal med en række links til systemer, som brugeren kan åbne og arbejde videre i (fx notat, patologisvar og rekvisition). Der er således efter de kriterier, Rigsrevisionen har lagt til grund, ikke tale om et overblikbillede, der kan vise relevante patientdata for en given patient på samme skærm-billede. Rigsrevisionen er enig i, at Region Nordjylland har et overblikbillede i deres fremtidige epj-system. Dette epj-system er dog kun i drift på 5 afdelinger i regionen og er derfor ikke medtaget i tabel 3. Region Sjælland har i høringen ikke fremsendt dokumentation for, at regionen har indført et overblikbillede.

B. Mål og planer for adgang til patientoplysninger

62. Rigsrevisionens undersøgelse af, om regionerne har udarbejdet mål og planer for at øge adgangen til patientoplysninger, har vist følgende:

- Region Hovedstaden og Region Midtjylland har som mål at have ét epj-system inden udgangen af 2012. Region Nordjylland og Region Syddanmark har mål om at have ét epj-system pr. region inden udgangen af 2013.
- Alle regioner forventer at indføre et tværfagligt journalnotat, der kan anvendes af alle faggrupper, herunder sygeplejersker, men Region Sjælland og Region Hovedstaden har ikke igangsat konkrete initiativer på området.
- Regionerne har besluttet at udbygge e-journalen til en national sundhedsjournal i 2013 for at øge adgangen til de væsentligste patientoplysninger på tværs af regionerne. Der er endnu ikke udarbejdet konkrete projekter eller igangsat initiativer på området.
- De epj-systemer, som Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark vil indføre, indeholder en god adgang til patientoplysninger. Region Hovedstaden er ved at indføre single sign-on på regionens sygehuse.

Adgangen til epj-moduler

63. Regionerne har et mål om, at de inden udgangen af 2013 skal have et epj-system bestående af 5 moduler i hver region, hvorfra der skal være adgang til de væsentligste informationer, bl.a. notater, medicin og billeddiagnostik.

64. I 3 regioner – Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark – indeholder epj-systemet, der forventes udbredt til alle sygehuse i de respektive regioner, et tværfagligt notatmodul, som giver alle faggrupper, herunder læger og sygeplejersker, mulighed for at registrere patientoplysninger elektronisk. Region Hovedstaden og Region Sjælland forventer ligeledes at indføre et tværfagligt notatmodul.

Kommunikationen mellem sygehuse og regioner

65. Regionerne har et fælles mål om, at alle læger og sygeplejersker inden udgangen af 2013 skal have adgang til de væsentligste patientoplysninger på det enkelte sygehus, og at disse informationer skal kunne deles på tværs af sygehuse inden for samme region.

66. I Region Sjælland er der adgang til de samme epj-moduler på alle regionens sygehuse. Sygehusene i de øvrige regioner har ikke adgang til de samme epj-moduler, hvilket vanskeliggør adgangen til patientoplysninger mellem sygehusene internt i regionerne.

Region Hovedstaden har opstillet mål om, at alle sygehuse kan få adgang til medicinoplysninger internt i regionen i 2012, og har i den forbindelse udarbejdet en business case for udbredelsen af medicinmodulet, hvori der redegøres for formål, implementering, omkostninger, forventede gevinster, effektopfølgning og risikovurdering. De øvrige 3 regioner – Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark – har opstillet mål og udarbejdet planer for at udbrede ét epj-system, der gør det muligt at få adgang til alle patientoplysninger internt i den enkelte region.

I 3 regioner – Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark – er der endnu ikke udarbejdet konkrete planer for udrulningen af epj-systemerne, herunder for at etablere et tværfagligt notatmodul, der kan anvendes af sygeplejerskerne.

67. Regionerne havde et fælles mål om, at alle sygehuse kunne levere og have adgang til relevante patientoplysninger i e-journalen ved udgangen af 2010. Den eneste region, der endnu ikke har etableret adgang til e-journalen, er Region Hovedstaden, som forventer, at der vil være adgang til e-journalen primo 2011.

Regionerne har endvidere som mål, at e-journalen skal videreudvikles til en national sundhedsjournal inden udgangen af 2013. Den skal fremover indeholde de væsentligste oplysninger om bl.a. diagnoser, behandlinger, prøvesvar, medicin og billeddiagnostik. Regionerne havde medio 2010 ikke udarbejdet konkrete planer.

68. Regionerne har desuden et mål om, at alle sygehuse skal have adgang til røntgenbilleder i 2012, og at alle sygehuse har integreret Fælles Medicinkort i deres systemer i 2011. Fælles Medicinkort vil give adgang til oplysninger om patientens aktuelle medicinering på tværs af sundhedsvæsenet, fx almen praksis, apotek osv. Fælles Medicinkort indeholder også oplysninger om, hvilken medicin patienten udskrives med fra et sygehus.

Brugervenligheden af epj-systemet

69. Regionerne er i gang med at forbedre sundhedspersonalets adgang til patientoplysninger, og de har et fælles mål om, at der i hver region er nem og hurtig adgang til den kliniske it-arbejdsplads via single sign-on i 2013.

70. Region Hovedstaden har i den forbindelse udarbejdet en business case, hvori regionen redegør for formål, succeskriterier, tidsplan, omkostninger mv. Regionen forventer, at der vil være single sign-on til de vigtigste moduler i starten af 2012. Region Hovedstadens planer indeholder ikke initiativer til at fastholde patientkonteksten og etablere et overbliksbillede.

3 regioner – Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark – har planer om at udrulle hvert sit epj-system med de 3 funktionaliteter: single sign-on, fastholdelse af patientkontekst og overbliksbillede. Ifølge Region Sjælland er alle nye it-løsninger omfattet af krav om kontekstbevarelse og single sign-on, og regionen planlægger at udskifte de systemer, der på nuværende tidspunkt ikke indeholder de nævnte funktionaliteter.

Fælles Medicinkort

Fælles Medicinkort er en løsning, der betyder, at alle borgere fremover får et elektronisk medicinkort, der afspejler deres aktuelle medicinering.

I praksis betyder det, at alle ordinerende læger får adgang til at se og opdatere den aktuelle medicinering, så en korrekt medicinering kan finde sted.

Ud over lægen får borgeren også selv mulighed for via sundhed.dk at se sit eget medicinkort.

V. Anvendelsen af notatmodulet og medicinmodulet

Læger og sygeplejerskers anvendelse af et elektronisk notatmodul varierer mellem regionerne. Sygeplejersker registrerer typisk plejeoplysninger i en papirjournal, fordi der generelt ikke er adgang til at registrere oplysninger elektronisk.

Det er fortsat lægesekretærer, der efter diktat fra lægen registrerer behandlingsoplysninger elektronisk i et notatmodul. Anvendelsen af lægesekretærer til registreringsopgaver giver en ekstra arbejdsgang og kan medføre, at notatet ikke altid er opdateret, og at registreringen kan være fejlbehæftet, indtil det registrerede bliver godkendt af den læge, der har udført behandlingen.

A. Status på anvendelsen af notatmodulet og medicinmodulet

71. Rigsrevisionens undersøgelse af, i hvilken udstrækning læger og sygeplejersker anvender notatmodulet og medicinmodulet, har vist følgende:

- Læger og sygeplejersker anvender et elektronisk medicinmodul til at registrere medicinoplysninger i det daglige arbejde.
- Lægerne anvender et elektronisk notatmodul i det daglige arbejde, men de dokumenterer typisk ikke behandlingsindsatsen direkte i systemet.
- Sygeplejerskerne registrerer typisk plejeoplysninger på papir. Kun på enkelte sygehuse er der adgang til at registrere plejeoplysninger elektronisk.

Anvendelsen af notatmodulet

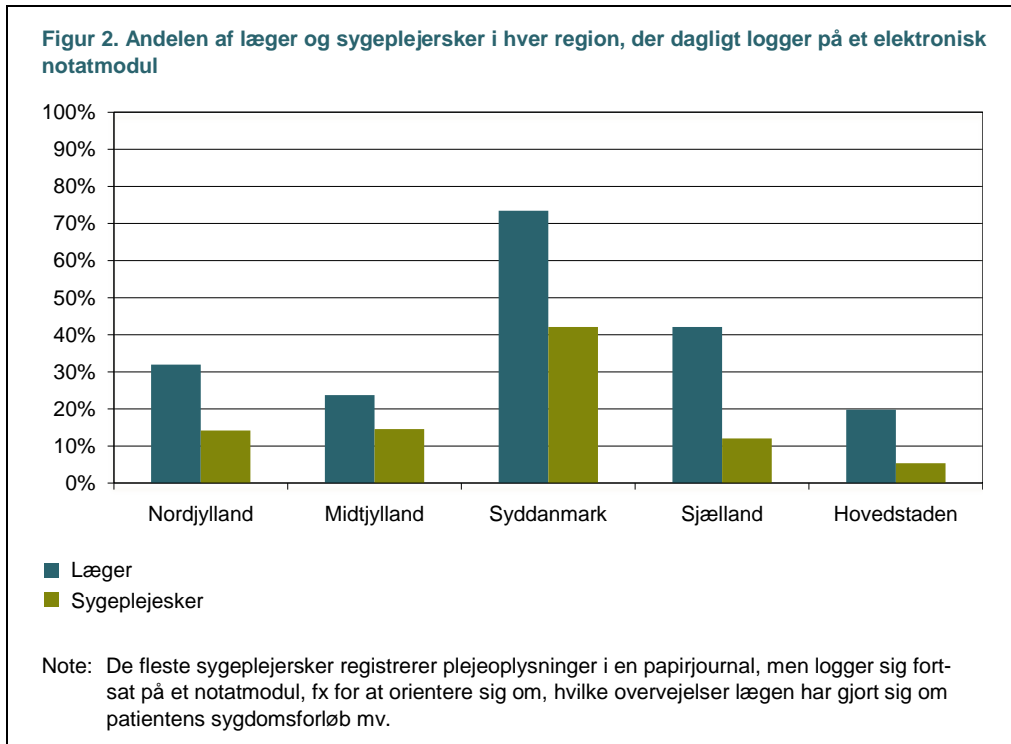
72. Sikker dokumentation af behandlings- og plejeindsatsen og resultaterne heraf er væsentligt for patientsikkerheden og for at opnå effektive arbejdsgange. For at opnå reelle effekter af den kliniske it-arbejdsplads er det efter Rigsrevisionens vurdering væsentligt, at læger og sygeplejersker dokumenterer deres arbejde direkte i et notatmodul.

Rigsrevisionen har undersøgt anvendelsen af notatmodulet på baggrund af oplysninger om lægers og sygeplejerskers log-on og registreringer i et notatmodul. Oplysningerne er indhentet via regionerne og viser, at læger og sygeplejersker har været logget på og har orienteret sig om patienten ved enten at læse om patienten eller registrere oplysninger om patienten.

Log-on

73. Figur 2 viser andelen af læger og sygeplejersker ansat i hver region, der dagligt logger på et elektronisk notatmodul.

Figuren bygger på data, som er indsamlet i samarbejde med regionerne, og opgørelsen er baseret på datakørsler. Data skal vurderes med en række forbehold. Fx er det ikke altid nødvendigt at logge på et notatmodul i løbet af en arbejdsdag, ligesom ikke alle ansatte læger og sygeplejersker er på arbejde hver dag. Det betyder, at det ikke er muligt at nå en anvendelse på 100 %.



Figur 2 viser, at der i Region Syddanmark i forhold til de andre regioner er en relativt stor andel af læger og sygeplejersker, som dagligt anvender et elektronisk notatmodul. Anvendelsen ligger på ca. 70 % for lægerne og ca. 40 % for sygeplejerskerne. For de øvrige regioner ligger lægernes anvendelse mellem 20 % og ca. 40 %, mens det for sygeplejerskerne er under 20 %. Det skal bemærkes, at log-on på et notatmodul ikke siger noget om, i hvilken udstrækning notatmodul anvendes i den konkrete opgaveløsning, men det indikerer dog, i hvilken udstrækning læger og sygeplejersker orienterer sig i et elektronisk notatmodul. Region Midtjylland adskiller sig fra de øvrige regioner ved, at læger og sygeplejersker på 4 af regionens 7 sygehuse ikke har adgang til et notatmodul. På regionens øvrige sygehuse logger 80 % af lægerne og sygeplejerskerne på et notatmodul i løbet af en arbejdsdag.

Registrering

74. Rigsrevisionen har bedt regionerne oplyse andelen af læger, der selv registrerer i et notatmodul. 3 regioner har gennemført datakørsler for at besvare spørgsmålet, mens 2 regioner har baseret besvarelsen på skøn. På 2 sygehuse i Region Midtjylland og ét sygehus i Region Syddanmark registrerer op til 60 % af lægerne selv i notatmodul. På de resterende sygehuse i regionerne registrerer under 20 % af lægerne selv. Det skyldes, at læger mange steder er vant til at bruge en diktafon, hvorefter lægesekretæren skriver lægens diktat ind i notatmodul.

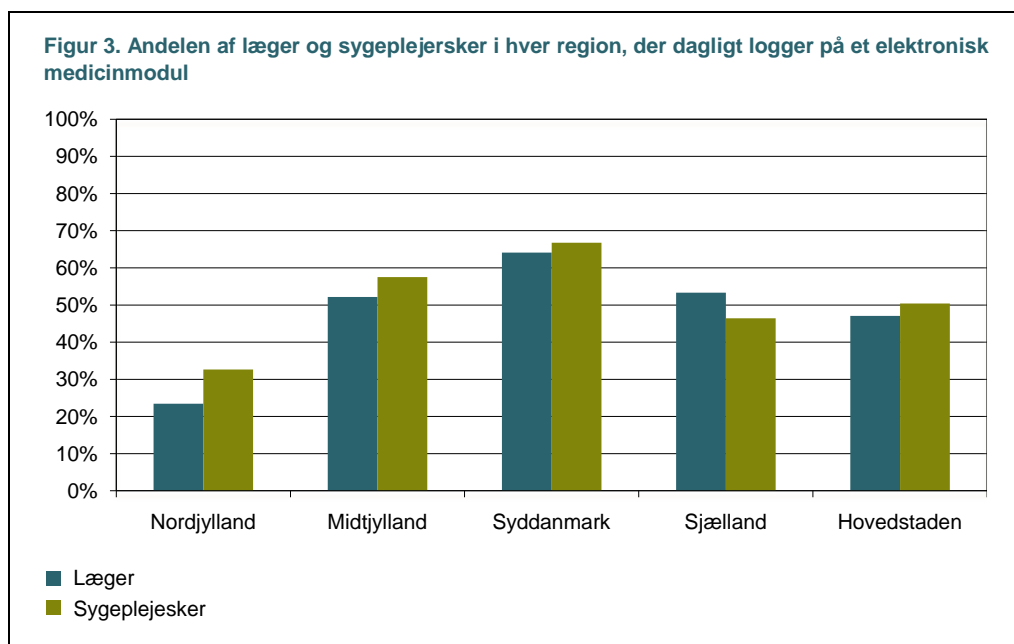
Data fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at sygeplejersker typisk fører håndskrevne optegnelser på papir, der fungerer som journaldokumenter. Der er imidlertid nogle undtagelser, idet sygeplejerskerne på 3 sygehuse i Region Midtjylland og 2 sygehuse i Region Syddanmark registrerer alle plejeoplysninger i et notatmodul.

75. Regionerne oplyser, at ovenstående konklusioner forekommer at være spinkelt underbyggede på grund af problemer med validiteten af data. Rigsrevisionen er enig i, at konklusionerne skal tages med forbehold, da afgrænsninger mv. er foretaget forskelligt i de regioner, der har foretaget datakørsler, og at 2 af regionerne har baseret deres besvarelse på skøn. Rigsrevisionen er imidlertid af den opfattelse, at regionernes svar stemmer godt overens med data fra andre dele af undersøgelsen. Fx er der en sammenhæng mellem de sygehuse, der har afskaffet papirjournalen eller dele heraf, jf. figur 1, og de sygehuse, der har en høj andel af læger, som selv registrerer i et notatmodul.

Anvendelsen af medicinmodulet

76. Figur 3 viser andelen af læger og sygeplejersker i hver region, der dagligt logger på et elektronisk medicinmodul.

Figuren bygger på data, som er indsamlet i samarbejde med regionerne, og opgørelsen er baseret på datakørsler. Data skal vurderes med en række forbehold. Fx er det ikke altid nødvendigt at logge på et medicinmodul i løbet af en arbejdsdag, ligesom ikke alle ansatte læger og sygeplejersker er på arbejde hver dag. Dette betyder, at det ikke er muligt at nå en anvendelse på 100 %.



Figur 3 viser, at andelen af læger og sygeplejersker, der logger på et medicinmodul, er højest i Region Syddanmark (ca. 65 %) og lavest i Region Nordjylland (henholdsvis ca. 20 % og ca. 30 %). I de øvrige regioner logger mellem ca. 45 % og ca. 55 % af både læger og sygeplejersker sig dagligt på et medicinmodul.

Fælles for regionerne er, at lægerne og sygeplejerskerne generelt registrerer medicinoplysninger elektronisk og ikke på papir.

B. Mål og planer for anvendelsen af modulerne

77. Rigsrevisionens undersøgelse af, om regionerne har udarbejdet mål og planer for at øge anvendelsen, har vist følgende:

- Regionerne har generelt ikke opstillet mål for at anvende et notatmodul, hvilket var forudsat i den nationale it-strategi.

78. Regionerne oplyser, at de har god erfaringsbaseret viden om anvendelsesgraden af notatmodul og medicinmodul på regionernes sygehuse, men at de ikke har fulgt op på anvendelsesgraden.

79. Regionerne har hidtil primært haft fokus på at udvikle og udbrede funktionaliteten og integrationen mellem de forskellige epj-moduler og i mindre grad på at sikre anvendelsen af epj i forhold til at dokumentere behandlings- og plejeindsatsen.

Region Midtjylland har dog et mål om, at 50 % af det kliniske personale skal logge på systemet mindst én gang dagligt mandag-fredag, før epj vurderes at være udbredt. Region Midtjylland oplyser desuden, at det er et politisk vedtaget mål, at et fælles tværfagligt epj-system er udrullet inden udgangen af 2012.

Region Hovedstaden har opstillet et mål om at understøtte lægerne bedst muligt i sikker, hurtig, tidstro og fejlfri inddatering i notatmodul.

80. Rigsrevisionen har undersøgt, om regionerne har mål og planer i forhold til at øge anvendelsen af notatmodul blandt læger og sygeplejersker. Gennemgangen af det fremsendte materiale, fx business case for epj og handlings- og strategiplaner, har vist, at regionerne ikke systematisk arbejder med mål og planer for at øge anvendelsen af notatmodul.

81. Regionerne oplyser, at det ikke er deres mål, at alle læger selv skal registrere patientoplysninger direkte i et notatmodul. Ifølge regionerne må det bero på en arbejdsgangsanalyse, om det er mere effektivt, at læger i en given arbejdssituation selv registrerer behandlingsoplysninger elektronisk. Der kan fx være behov for, at lægen selv registrerer, hvis der er behov for tidstro dokumentation (fx hvis patienten skal videre til en anden afdeling), mens digitalt diktat kan være mere rationelt i andre situationer, hvor behovet for tidstro dokumentation er mindre. Region Syddanmark oplyser, at lægerne på sygehusene selv inddaterer behandlingsoplysninger elektronisk, når det er nødvendigt og hensigtsmæssigt af hensyn til de øvrige lægelige opgaver.

Region Hovedstaden skriver i sin sundheds-it-strategi, at der kan opnås en række fordele ved at lade alle læger inddatere direkte i epj-systemet. Fordelene er bl.a.:

- tidstro inddatering og umiddelbar tilgængelighed af data
- undgå at fejl opstår som følge af forsinkelse eller overlevering af informationer
- rationalisering via besparelse af fx sekretærressurser.

82. Regionerne har oplyst, at de har indført forskellige tiltag med det formål at sikre tidstro og tilgængelige data, uden at lægerne skal registrere direkte i notatmodul. Regionerne har fx indført digitalt diktat, hvorved en lydfil knyttes til patienten, der derefter kan aflyttes af læger og lægesekretærer fra alle lokaliteter. Et andet eksempel er Regionshospitalet Viborg og de fleste sygehuse i Region Syddanmark, hvor der er indført en døgnbemandet lægesekretærfunktion i akutmodtagelsen, så lægens notater kan indføres elektronisk hele døgnet. Endelig har Region Syddanmark indført talegenkendelse på ét sygehus.

National it-strategi

Regionerne skal ifølge strategien opstille konkrete mål for anvendelse og nytteværdi og efterfølgende arbejde mod løbende forbedringer i forhold til de opstillede mål.

Talegenkendelse

Lægen dikterer sit notat i en diktafon, der er koblet til en computer.

Lægens mundtlige diktering overføres automatisk til computer-skærmen, hvor lægens diktat fremkommer som tekst. Lægen kan efterfølgende redigere i teksten.

83. Rigsrevisionen har noteret, at regionerne har oplyst om forskellige tiltag til at gøre processen med at opdatere journalerne mere smidig. Rigsrevisionen er enig med regionerne i, at der kan være visse konkrete situationer, hvor det kan være effektivt, at en lægesekretær skriver lægens oplysninger ind i notatmodulet.

Rigsrevisionen finder dog, at det som hovedregel er mere formålstjenligt, at lægen selv registrerer behandlingsoplysninger elektronisk for derved at sikre, at oplysningerne altid er opdaterede og korrekte. Arbejdsgangene kan således effektiviseres, samtidig med at patient-sikkerheden øges, hvilket er hovedformålene med at indføre epj. Rigsrevisionens udgangspunkt i forhold til den direkte registrering i epj-systemet skal ses i lyset af følgende:

- Det er tidsbesparende, idet den arbejdsgang, som i dag varetages af lægesekretærene, undgås.
- Data bliver mere tidstro, idet registreringsefterslæb kan undgås, hvilket også er med til at reducere problemer med at rette data, som er et problem, hvis den ansvarlige læge ikke er til stede.
- Færre arbejdsgange mindsker risikoen for fejl i patientdata, fx på grund af misforståelser eller forkert fortolkning af uklarheder i lægens diktat.

Regionerne har, jf. pkt. 81 og 82, peget på en række relevante forhold, der skal tages i betragtning, før man pålægger læger selv at registrere alle behandlingsoplysninger i et notatmodul. Rigsrevisionen finder det dog væsentligt, at regionerne sikrer, at de forventede effekter af epj realiseres. Det indebærer, efter Rigsrevisionens vurdering, at der sigtes mod, at alt relevant sundhedspersonale selv inddaterer oplysninger i notatmodulet. Hvis nogle ansatte har problemer med at anvende den nye teknologi, kan regionerne overveje at anvende talegenkendelse og andre foranstaltninger til støtte for de pågældende personer.

84. Status for anvendelse af medicinmodulet viser en relativt høj og ensartet anvendelse. I Region Hovedstaden kan anvendelsesgraden skyldes, at der er truffet en klar beslutning på regionsniveau om, at medicinmodulet skal anvendes, og at det er lægen selv, der skal registrere oplysningerne elektronisk. Videre fremgår det af en vejledning, at alle ordinationer skal registreres af den, som ordinerer, hvad enten det er en papirjournal eller en elektronisk journal, der bruges. Der er ligeledes en vejledning om administration af medicin, som beskriver, at udlevering af medicin skal registreres i medicinmodulet og skal ske i én og samme proces og af samme person.

VI. Indenrigs- og Sundhedsministeriets indsats vedrørende epj i regionerne

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at Digital Sundhed havde fokus på at udvikle fælles service som Fælles Medicinkort og Nationalt Patientindeks, som har betydning for den digitale kommunikation på tværs af sundhedsområdets sektorgrens. Indenrigs- og Sundhedsministeriet sørgede ikke for, at Digital Sundheds målsætning fra 2006 om at fremme udviklingen og udbredelsen af epj blev omsat til konkrete initiativer.

85. Rigsrevisionens undersøgelse af Digital Sundhed og opfølgning på den regionale epj-udvikling har vist følgende:

- Digital Sundhed havde bl.a. til formål at fremme udviklingen og udbredelsen af epj, og udviklingsarbejdet skulle endvidere have et omkostningseffektivt sigte. Der er imidlertid ikke i regi af Digital Sundhed taget initiativ til et samarbejde, der imødekommer dette formål. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at hverken ministeriet eller Digital Sundhed havde bemyndigelse til at stille krav til, hvorledes regionerne skulle samarbejde på epj-området. Rigsrevisionen finder, at Digital Sundhed med fordel kunne have igangsat fælles initiativer om standarder og krav til udvikling og udbredelse af epj, så udviklingen i regionerne kunne bevæge sig i den samme retning.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i 2010 afsluttet en konsulentundersøgelse, hvori der blev fulgt op på udviklingen og udbredelsen af epj. Undersøgelsen omfatter ikke en opfølgning på mål for nytteværdi og anvendelse på epj-området, der ifølge den nationale it-strategi skal udarbejdes af regionerne.
- Digital Sundhed blev nedlagt i 2010. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne vurderede i den forbindelse, at der var behov for at etablere en klarere beslutningsstruktur for tværgående sundheds-it. Regionerne tog i 2010 initiativ til Regionernes Sundheds-it Organisation for i fællesskab at varetage opgaver som fx fælles indkøb/udbud på epj-løsninger, fælles kravspecifikationer og systematisk videndeling om epj. Ministeriet etablerede pr. 1. januar 2011 en ny styrelse, National Sundheds-it, som skal varetage national koordination/styring i forhold til samarbejdet med regioner, kommuner mv.

Digital Sundhed

86. For at fremme udviklingen og udbredelsen af epj i sundhedsvæsenet blev regeringen og Danske Regioner i 2006 enige om at etablere en ny organisation – Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (Digital Sundhed). Digital Sundhed blev nedlagt ved udgangen af 2010.

87. Formålet med Digital Sundhed var ifølge vedtægterne at understøtte effektivitet og kvalitet gennem digitalisering af sundhedsområdet med fokus på at fremme udviklingen og udbredelsen af epj.

Videre havde Digital Sundhed ansvaret for at udarbejde og realisere en national it-strategi og varetage udviklingsopgaver, som har betydning for den digitale kommunikation på tværs af sundhedsområdets sektorgrænser.

88. Digital Sundhed havde det overordnede ansvar for det tværgående udviklingsarbejde med sundheds-it og blev finansieret af staten, regionerne og kommunerne. Driftsbevillingen fremgik af finansloven for 2007, § 16.11.14. EPJ-organisation, Sundheds IT. Organisationen fik desuden tilskud til projekter og initiativer fra bl.a. EU og ABT-fonden – Anvendt Borger-nær Teknologi.

Digital Sundheds bestyrelse var sammensat af:

- 3 fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- 2 fra Danske Regioner
- 1 fra KL.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet havde formandsposten. Repræsentanter fra de enkelte regioner indgik ikke selvstændigt i Digital Sundheds bestyrelse med stemmeret, men blev formelt set repræsenteret af Danske Regioner.

89. Sundhedsministeren, Danske Regioner og KL lancerede i december 2007 den nationale it-strategi, der var udarbejdet af Digital Sundhed.

Den nationale it-strategi fokuserer bredt på sundhedsvæsenet og i mindre grad specifikt på de enkelte aktører, herunder regionerne. Strategien er i praksis udmøntet på følgende områder:

- udbygning af en fælles infrastruktur, bl.a. i form af en national serviceplatform
- etablering af fælles servicer såsom Fælles Medicinkort og Nationalt Patientindeks, der giver adgang til at dele data på tværs af sundhedsvæsenet
- digitalisering hos de enkelte aktører, så de lokale løsninger, fx epj-systemer, i relevant omfang er opkoblet til og gør brug af fælles servicier.

90. Rigsrevisionen kan konstatere, at Digital Sundhed hovedsageligt varetog udviklingsopgaver, som vedrørte den digitale kommunikation på tværs af sundhedsområdets sektorgrænser. Digital Sundhed havde ikke fokus på at fremme udviklingen og udbredelsen af epj, som ellers ifølge vedtægterne var formålet med at etablere Digital Sundhed.

91. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at staten har til opgave at fastsætte de overordnede rammer for udbredelsen af it i sundhedsvæsenet, herunder epj, mens regionerne som driftsansvarlige har ansvaret for at udfylde rammerne. Som følge af ansvarsfordelingen mellem stat og regioner er det ifølge ministeriet den enkelte region, der har pligten og retten til at træffe beslutninger om indkøb, drift og implementering af it-systemer.

Rigsrevisionen er enig i den beskrevne ansvarsfordeling, men finder samtidig, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med Danske Regioner havde mulighed for at igangsætte initiativer, der kunne sikre, at formålet med Digital Sundhed om at fremme udviklingen og udbredelsen af epj blev realiseret.

Nationalt Patientindeks

Formålet er at skabe en oversigt over den enkelte patients sundhedsinformationer.

Nationalt Patientindeks skal være fuldt integreret i regionernes kliniske it-arbejdsplads inden udgangen af 2013.

Opfølgning på den regionale epj-udvikling

92. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at den hidtidige koordinering af indsatsen på sundheds-it-området har været baseret på et samarbejde mellem sundhedsvæsenets forskellige parter og på, at hver enkelt part skulle tage ansvar for fremdriften inden for deres eget område.

93. Ifølge vedtægterne skulle Digital Sundheds udviklingsarbejde have et omkostningseffektivt sigte, og hvor det var hensigtsmæssigt tage afsæt i fælles principper for it-arkitektur og fælles standarder.

94. Det er i medfør af § 193 a i sundhedsloven muligt for sundhedsministeren at fastsætte bindende standarder for it-anvendelsen, herunder for epj, hvis der skulle vise sig et behov herfor.

Ministeriet har endnu ikke fundet anledning til at tage bestemmelsen i brug. Ministeriet har oplyst, at ministerens myndighedsfunktion er væsentlig, da den øger alle parter incitament til at samarbejde og blive enige om at implementere fælles standarder.

95. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har videre oplyst, at hverken ministeriet eller Digital Sundhed havde bemyndigelse til at stille krav til, hvorledes regionerne skal samarbejde. Det er ifølge ministeriet regionerne, der kan træffe beslutninger om et mere forpligtende samarbejde.

Rigsrevisionen skal hertil bemærke, at ministeriet i regi af Digital Sundhed havde mulighed for at sikre et stærkere samarbejde, der i øvrigt var et af principperne for den nationale it-strategi.

96. Ministeriet har med tilfredshed konstateret, at regionerne ved at etablere en fællesregional organisation – Regioners Sundheds-it Organisation – i 2010 har indgået et tættere samarbejde om udvikling og investering i sundheds-it på sygehusene. Ministeriet har oplyst, at regionernes ansvar fremover er at sikre sammenhæng i forhold til fælles it-løsninger, herunder navnlig i relation til epj. Videre er det regionernes ansvar at gennemføre fælles udbud og indkøb, tværregional drift og fællesregional it-infrastruktur.

97. Regionerne har siden dannelsen af regionerne i 2007 på hvert sit område varetaget udviklingen og udbredelsen af lokale epj-løsninger. Rigsrevisionen kan konstatere, at ministeriet ikke via Digital Sundhed bidrog til at realisere målsætningerne om at fremme udviklingen og udbredelsen af epj. Dermed har ministeriet heller ikke bidraget til, at udviklingsarbejdet havde et omkostningseffektivt sigte. Videre tog ministeriet ikke initiativ til at fastsætte standarder for it-anvendelsen.

98. Det fremgår af vedtægterne, at Digital Sundhed i samarbejde med bl.a. regionerne havde ansvaret for at udarbejde og realisere den nationale it-strategi. Strategien har til formål at skabe en samlet ramme for det fremtidige arbejde og sikre, at udviklingen hos de mange forskellige aktører går i samme retning.

99. Hvad angår opfølgning på udviklingen i epj i regionerne i forhold til kravene i den nationale strategi, har Indenrigs- og Sundhedsministeriet henvist til en undersøgelse af sundheds-it, der blev gennemført af et konsulentfirma. Undersøgelsen blev afsluttet i 2010 og indeholdt bl.a. en kortlægning af regionernes it-systemer. Ministeriet har oplyst, at Digital Sundhed skønnede, at det var mere hensigtsmæssigt at bidrage til konsulentundersøgelsen end at foretage selvstændige undersøgelser.

100. Rigsrevisionen kan konstatere, at konsulentundersøgelsen fulgte op på regionernes it-systemer, men at undersøgelsen ikke omfattede en opfølgning på den nationale it-strategi i forhold til kravene til regionerne om at opstille konkrete mål for nytteværdi og anvendelse på epj-området.

Regionernes Sundheds-it Organisation

Regionernes Sundheds-it Organisation skal understøtte, at regionerne i fællesskab løfter en række opgaver på sundheds-it-området, og har i den forbindelse formuleret 24 pejlemærker, som skal realiseres løbende frem til 2013.

Pejlemærker og projekter omhandler bl.a. fælles indkøb og udbud af nye it-systemer, koordineret videreudvikling af sygehusenes it-systemer og udvikling af nye løsninger, som giver sundhedspersonalet adgang til relevante patientdata på tværs af forskellige sektorer.

Det er planen, at regionernes fælles investeringer via Regionernes Sundheds-it Organisation fra 2011 vil udgøre mere end 100 mio. kr.

Ændret organisering i 2010

101. Det fremgår af "Aftale om sundheds-it" fra juni 2010 mellem regeringen, Danske Regioner og KL, at det i fællesskab blev besluttet at nedlægge Digital Sundhed ved udgangen af 2010 og i stedet etablere en klarere beslutningsstruktur for tværgående sundheds-it.

102. Ministeriet har oplyst, at den nuværende fase af digitaliseringen af sundhedsvæsenet indebærer etablering af flere nationale løsninger, som går på tværs af sektorer og dermed forudsætter en øget grad af sammenhæng i og koordinering af indsatsen på tværs af sundhedsvæsenets parter. Videre har ministeriet oplyst, at der er behov for en stærkere styringsmodel, der afspejler tydeligere forpligtelser, klarere arbejdsdeling og tværgående prioritering. Ministeriet henviser i den forbindelse til "Aftale om sundheds-it", hvoraf det fremgår, at på "statsligt niveau styrkes den nationale styring og koordination".

103. Som led i "Aftale om sundheds-it" blev det desuden besluttet at etablere en ny styrelse, National Sundheds-it, under Indenrigs- og Sundhedsministeriet med virkning fra den 1. januar 2011. National Sundheds-it skal varetage den nationale koordination/styring af samarbejdet med regioner, kommuner mv. Styrelsen skal desuden sikre en klar arbejdsdeling, sammenhæng og fremdrift i forhold til politisk aftalte mål og milepæle og viderefører i øvrigt opgaver fra Digital Sundhed. Der er knyttet en rådgivende bestyrelse med repræsentanter fra stat, regioner og kommuner til arbejdet i National Sundheds-it.

104. Rigsrevisionen kan konstatere, at ministeriet og regionerne i "Aftale om sundheds-it" har vurderet, at udviklingen på sundheds-it-området skal styrkes gennem en ny organisering, der præsenterer en klarere arbejds- og ansvarsfordeling mellem staten og regionerne. Videre har Rigsrevisionen noteret sig, at den nye styringsstruktur skal sikre øget tværregionalt og nationalt samarbejde. Fokus på udviklingen og udbredelsen af epj er ikke længere et nationalt anliggende, som det var tilfældet med etableringen af Digital Sundhed, men alene et fokusområde, som hører til den fællesregionale indsats i form af etableringen af den fælles regionale organisation – Regionernes Sundheds-it Organisation.

Rigsrevisionen, den 16. februar 2011

Kirsten Leth-Nissen
fg.

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Ordliste

Billeddiagnostik	Fx røntgen, ultralydsskanning, CT-skanning, MR-skanning og mammografi.
Bookingmodul	Funktionalitet, der anvendes til tidsbestilling af undersøgelser, der kræver særlige kapaciteter, fx røntgen og vævsprøver.
E-journal	Et nationalt samarbejdsprojekt mellem de 5 regioner, der har været i drift siden 2001. Formålet er at dele relevante informationer fra sygehusenes elektroniske patientjournaler (epj) og patientadministrative systemer (PAS).
Elektrokardiografi (EKG)	Grafisk registrering af spændingsforskelle i hjertet.
Funktionaliteter	Forskellige egenskaber i et epj-system, fx PAS-modul, notatmodul, medicinmodul, bookingmodul og rekvisitions-/svarmodul.
Fælles Medicinkort	Et projekt, som Digital Sundhed tog initiativ til at gennemføre. Fælles Medicinkort skal sikre, at patienter og personale på sygehusene, i kommunerne og hos praktiserende læger altid har adgang til korrekte og opdaterede medicinoplysninger. Fælles Medicinkort bliver en del af Nationalt Patientindeks og forventes udrullet i regionerne inden udgangen af 2011.
Kernefunktioner ved epj	Kan være elektronisk adgang til patientoplysninger, udveksling af patientoplysninger mellem sygehusene, dokumentation af behandlings- og plejeindsatsen og rekvisition af prøver og undersøgelser.
Klinisk arbejde	Omfatter undersøgelse, diagnostik, behandling og pleje af patienten.
Klinisk it-arbejdsplads	Personalets adgang til at se og arbejde med patientoplysninger, bestille og ordinere undersøgelser og behandling, dokumentere indsatsen, dele informationer mv.
Laboratoriesystem	Et system, der bruges til at rekvirere og gemme prøveresultater samt give svar tilbage.
Lægens dokumentation	Lægens notater om patienten.
Medicinmodul	Funktionalitet, der indeholder ordination af medicin, klargøring af medicin og kontrol af, at patienten tager medicinen.
Nationalt Patientindeks	Giver sundhedspersoner og patienter elektronisk adgang til medicinoplysninger, journaloplysninger fra e-journalen, vaccinationsoplysninger, billeddiagnostiske oplysninger og kontaktoplysninger i forbindelse med undersøgelse og behandling på tværs af regions- og sektorgænser.
National Sundheds-it	En national organisation, der afløste Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (Digital Sundhed) fra januar 2011. Formålet er at styrke den nationale styring og koordination på grundlag af de politiske aftaler og med udgangspunkt i den nationale it-strategi.
National sundhedsjournal	Regionerne har planlagt at udbygge e-journalen til at blive en national sundhedsjournal inden udgangen af 2013. Den nationale sundhedsjournal vil give adgang til væsentlige patientoplysninger (journalnotater, laboratoriedata, medicinoplysninger og billeddiagnostiske data).
Notatmodul	Funktionalitet, der indeholder notater om patienten, herunder anamnese (sygehistorie), objektiv undersøgelse, diagnoser m.m.
Overbliksbillede	Skærbillede i epj-systemet, hvor væsentlige oplysninger om patienten vises på ét billede.

Papirjournal	Journal, hvor oplysninger om patienten foreligger i papir, der er samlet i et omslag.
Papirløse arbejdsgange	Papirjournalen er afskaffet. Patientoplysninger registreres direkte i epj-systemet.
Patientadministrativt system (PAS-modul)	Funktionalitet, der indeholder information om patienten, herunder status for aktuell indlæggelse, information om tidligere indlæggelser m.m.
Rekvissions-/svarmodul	Funktionalitet til bestilling af varer og/eller tjenesteydelser, fx resultat af laboratorieundersøgelser og levering af mad.
Regionernes Sundheds-it Organisation	Fællesregional organisation på sundheds-it-området etableret i februar 2010. Formålet med Regionernes Sundheds-it Organisation er at skabe en organisatorisk ramme for et forpligtende samarbejde mellem regionerne.
Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (Digital Sundhed)	Digital Sundhed dannede rammen om digitalisering af det danske sundhedsvæsen og blev nedlagt ved udgangen af 2010.
Single sign-on	Funktion, der medfører, at en sundhedsperson kun skal logge på én gang for at få adgang til alle oplysninger i epj-systemet.
sundhed.dk	En it-plattform for udveksling af informationer på tværs af sundhedsvæsenet.

Bilag 2. Metode

Rigsrevisionens undersøgelse bygger på interviews med Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne, 2 spørgeskemaer og dokumentgennemgang.

Regionerne har valgt forskellige strategier i deres arbejde med at udbrede epj-systemer, som rummer forskellige muligheder i forhold til at udtrække data mv. Som følge heraf har Rigsrevisionen truffet en række metodiske valg.

Afgrænsning

Regionernes anvendelse af epj knytter sig til sundhedspersonalets anvendelse af systemerne en konkret dag, nærmere bestemt onsdag den 5. maj 2010. Denne dag er tilfældigt udvalgt for at opnå følgende:

- at kunne generalisere på tværs af sygehuse og sammenligne på tværs af regioner
- begrænse mængden af data, som regionerne skulle udtrække og bearbejde.

Sygehuse

Der indgår i alt 31 sygehuse i undersøgelsen. Rigsrevisionen har ikke skelnet mellem store og små sygehuse. Videre var fokus på indlagte patienter, hvorfor ambulatorier ikke indgår i undersøgelsen. Psykiatriske sygehuse indgår heller ikke i undersøgelsen.

Af formidlingsmæssige hensyn afrapporteres resultaterne af undersøgelsen så vidt muligt på regionsniveau. Det betyder, at forhold, som kun gør sig gældende på enkelte sygehuse, generelt ikke trækkes frem i teksten. Det sker kun, hvis der er særlige forhold eller resultater, der har været relevante at fremhæve som eksempel for at understøtte et argument.

Epj-system

Rigsrevisionen har, ligeledes af formidlingsmæssige hensyn, valgt at anvende betegnelsen epj-system frem for epj-landskab, der er den mest almindelige terminologi. Begrebet epj-landskab henviser til, at epj ofte ikke kan betragtes som ét system, men derimod som en række forskellige moduler (fx notatmodul og medicinmodul), der er mere eller mindre integrerede, og som på et sygehus samlet set kan defineres som epj. Et epj-landskab kan således defineres som et "sæt" af epj-systemer. I nærværende beretning anvender Rigsrevisionen begrebet epj-system i samme betydning som epj-landskab.

Dataindsamling

Rigsrevisionen har udarbejdet 2 spørgeskemaer til indsamling af data om udbredelse og anvendelse af epj på regionernes sygehuse.

Grundlaget for spørgeskemaerne blev skabt i tæt dialog med regionerne. På et indledende møde med regionerne blev der lagt vægt på, at spørgsmålene skulle rette sig mod det kliniske arbejde og de kernefunktioner, der knytter sig til det. Desuden skulle spørgeskemaerne udformes, så regionerne selv kunne følge op på udviklingen i udbredelsen og anvendelsen af epj på et senere tidspunkt. Spørgsmålene blev diskuteret og revideret flere gange, i takt med at regionerne indhentede oplysninger om faktiske forhold på sygehusene og oplysninger om, hvilke datakørsler der var mulige at gennemføre. Spørgeskemaet om udbredelse blev testet for forståelse og relevans i en pilotundersøgelse med et begrænset antal sygehuse.

Spørgeskemaet om udbredelse havde fokus på at afdække, hvilke moduler der er tilgængelige på de enkelte sygehuse og udbredelsen af papirjournaler. Spørgeskemaet blev sendt til regionerne, som sørgede for at indhente besvarelserne fra de enkelte sygehuse.

Spørgeskemaet om anvendelse havde fokus på at afdække, hvordan læger og sygeplejersker anvender notatmodulet og medicinmodulet i epj-systemet i dagligdagen. Spørgeskemaet blev sendt til regionerne, som i de fleste tilfælde besvarede det centralt.

Data for, hvor mange der anvender notatmodulet og medicinmodulet i løbet af en arbejdsdag, er baseret på bruger-id. Dvs. at regionerne har oplyst, hvor mange unikke brugere der loggede på modulerne, og hvor mange unikke brugere der registrerede i modulerne på de enkelte sygehuse. I undersøgelsen har vi ikke taget højde for:

- at det kan forekomme, at flere personer anvender samme bruger-id, fx i forbindelse med medicinering
- at et bruger-id, som ikke anvendes længere, ikke systematisk slettes, men stadig eksisterer i systemet.

De fleste spørgsmål vedrørende anvendelse af epj blev besvaret ved hjælp af datakørsler foretaget af regionernes it-leverandører, mens enkelte besvarelser er baseret på skøn foretaget af regionerne i samarbejde med de enkelte sygehuse.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at validiteten af det samlede resultat er høj, da besvarelserne svarer til de oplysninger, Rigsrevisionen fik i forbindelse med besøg på forskellige sygehuse og afholdelse af møder med regionerne.

Rigsrevisionen har opsat inklusions- og eksklusionskriterier for de forskellige variable, men har erfaret, at det ikke har været muligt for regionerne at følge dem alle stringent. Fx indeholder nogle af opgørelserne fra Region Sjælland også psykiatrien, da det ikke har været muligt skarpt at ekskludere psykiatrien i datakørslerne. Ligeledes har det ikke været muligt for Region Nordjylland at ekskludere ambulatorierne.

EU-initiativer 2011

De vigtigste EU-initiativer for Danske Regioner i 2011

Nr.	Titel	Initiativtype	Beskrivelse	Kontor	Dato/Kommentarer
Danske Regioners top 5 EU-sager					
1	Revision of the Directive on Working Time (Directive 2003/88) (Carry-over 2010)	Legislative	The objective is to adapt the Directive to the new realities created by the evolution of working patterns and to clarify the implementation of the Directive in particular as regards the problem of on-call time. The scope of the revision will be determined taking into account the results of the consultation of the social partners.	Lønoverenskomster og Ansættelsesvilkår	3rd quarter 2011
2	White Paper on Pensions	Non-legislative	Rapidly approaching population ageing creates both an immediate and a long-term challenge for pension systems. If the EU is to sufficiently support and complement Member State efforts to deliver adequate and sustainable pensions for citizens, the incomplete and fragmented European framework of policy coordination and Regulation needs to be reconsidered holistically. As a follow-up to the wide-ranging consultation, launched by the Green Paper (7 July 2010), the White Paper would address some or all of the issues identified.	Lønoverenskomster og Ansættelsesvilkår	3rd quarter 2011
3	Proposal for a new Multiannual Financial Framework, including the proposals on the different policy areas	Legislative / Nonlegislative	Setting out the budgetary priorities and the proposal for a new MFF for the coming period, which will consist of: 1) Commission Communication on the next multi-annual financial framework. 2) Commission proposal for a Council Regulation on a new Multi-annual financial framework, 3) Commission proposal for a new own resources decision 4) Commission proposal for a new Inter-Institutional Agreement on sound financial management and cooperation in budgetary matters Drawing on the in-depth discussions with the other institutions on the EU Budget Review and on the consultations the Commission will carry out in particular on the Common Agricultural Policy, the Common Fisheries Policy, the Cohesion policy and the Research	Regional udvikling	2nd quarter 2011

			<p>Policy, the Commission will also present ambitious proposals for the next generation of financial programmes and instruments to better align the EU budget with the policy priorities, in particular the Europe 2020 Strategy. These proposals will be put forward in a number of packages, in the second half of 2011. Important policy areas to be addressed in the financial framework will include <i>inter alia</i> agriculture, climate change, cohesion, competitiveness, employment, environment, ICT-, energy-, TEN-T and transport infrastructure, fisheries and maritime affairs, justice and home affairs cooperation and research and innovation. The external projection of the EU interests in the world will also be addressed. The existing architecture will be streamlined and simplified, for example with a stronger emphasis on financial engineering and leverage funding, in order to optimize management and impact.</p>		
4	<p>Review of Council Directive 89/105/EEC relating to the transparency of measures regulating the pricing of medicinal products for human use and their inclusion in the scope of national health insurance systems</p>	Legislative	<p>The underlying policy objective is to improve the functioning of the internal market for medicines. The aim of the review is therefore to look at the opportunity to update a directive dating back from 1989, taking into account the case-law developed by the European Court of Justice, the outcomes of the Pharmaceutical Sector Enquiry and of the market monitoring as well as developments in the market and in national pricing and reimbursement regulations.</p>	Sundheds- og Socialpolitik	December 2011
5	<p>Modernisation of the EU Public Procurement legislative framework</p>	Legislative	<p>This initiative will aim at modernising and simplifying the existing EU public procurement framework (Directives 2004/17/EC and 2004/18/EC). While preserving the transparency and non discrimination principles, the review will seek to ensure that the EU procurement framework is optimised, in line with smart regulation principles, so that it provides the best possible procurement outcomes with the least possible transaction costs and administrative burdens. Issues such as the simplification of the procurement procedures, the updating of e-procurement provisions, public-public cooperation, the possible use of public procurement to achieve other policy objectives will be, <i>inter alia</i>, addressed.</p>	Strategisk indkøb	4. kvartal 2011

Andre betydningsfulde EU-sager, som skal følges					
6	Low-carbon economy 2050 roadmap	Non-legislative	This Communication analyses the temporal pathway for the transition to a low carbon economy for the EU by 2050, including milestones by 2030, with a view of making EU energy secure and promoting sustainable growth and jobs, while ensuring that the proposed measures are most cost-efficient and do not bring negative distributional consequences. The resulting vision of structural and technological changes needed contributes to the flagship initiative "Resource efficient Europe" of the Europe 2020 strategy.	Regional udvikling	Forventes 2. marts 2011
7	Energy Roadmap 2050	Non-legislative	The roadmap will present a range of possible development paths for the EU energy system to 2050, towards a low carbon, resource efficient system, allowing implications of today's decisions to be better assessed and decisions needed today of strategic importance (e.g. infrastructure planning) to be better understood.	Regional udvikling	3rd quarter 2011
8	Roadmap to a Resource Efficient Europe	Non-legislative	As part of the Resource Efficient Europe flagship initiative, building on and complementing the other proposals under this flagship, the roadmap will set out a coherent framework of policies and actions in a variety of policy areas, required for the shift towards a resource efficient economy. The aim is to increase resource productivity and decouple economic growth from resource use and resource use from its environmental impact, enhance competitiveness and promote security of supply and resource independence of the EU.	Regional udvikling	2nd quarter 2011
9	European Energy Efficiency Plan until 2020		The Communication will identify the key measures to fully achieve the cost-effective energy savings potentials of 20% by 2020, across all sectors, including building, utility, transport and industry. In parallel, experience from the first Energy Efficiency Action Plan will be analyzed.	Regional udvikling	Forventes d. 2. marts 2011
10	Directive on energy efficiency and savings	Legislative	This initiative is a follow up to the European Energy Efficiency Plan. It will provide an enhanced framework for energy efficiency and savings policies of Member States, including targets, role of National Energy Efficiency Action Plans, exemplary role of public sector, financing, consumer information. It will also define instruments to develop the energy services market and the roles of energy companies in promoting energy savings throughout the energy supply chain, including supply to end-users. It will set framework conditions for increased generation, transmission and	Regional udvikling	3rd quarter 2011

			distribution efficiency, including strengthened measures for the promotion of cogeneration and district heating & cooling. It will replace the Energy Services Directive 2006/32/EC.		
11	White Paper on the future of transport (Carry-over 2010)	Non-legislative	The White Paper will outline the future of transport until 2050, to achieve an internal market for transport, innovation and modern infrastructure. It will define the overall framework for actions in the next ten years in the field of transport infrastructure, internal market legislation, decarbonisation of transport, technology for traffic management and clean vehicles, and the use of standardisation, market based instruments and incentives.	Regional udvikling	Forventes d. 2. marts 2011
12	Legislative initiative on Posting of Workers	Legislative	The general objective is to improve the implementation and enforcement of Directive 96/71/EC on Posting of Workers. More specifically, the aim is to ensure effective respect of the posted workers rights and clarify the obligations of national authorities and businesses. The aim is also to improve cooperation between national authorities, the provision of information for companies and workers, ensure effective enforcement through sanctions and remedial action and prevent circumvention and abuse of the rules applicable.	Lønoverenskomster og Ansættelsesvilkår	4th quarter 2011
13 a	Revision of the State aid rules applicable to the services of general economic interest (SGEI): Framework for State aid in the form of public service Compensation	Non-legislative	Both the framework and the decision expire in November 2011. The objective of the revision will be to evaluate the current provisions and to explore possibilities to adjust and improve the rules.	Strategisk indkøb	4th quarter 2011
13 b	Revision of the State aid rules applicable to the services of general economic interest (SGEI): Commission Decision on the application of article 106.2 TFEU to State aid	Non-legislative	Both the framework and the decision expire in November 2011. The objective of the revision will be to evaluate the current provisions and to explore possibilities to adjust and improve the rules.	Strategisk indkøb	4th quarter 2011

	in the form of public service compensation				
14	A new comprehensive legal framework for the protection of personal data in the EU (Carry-over 2010)	Legislative	This initiative aims at modernising the existing system for the protection of personal data in all areas of the Union's activities in order to maintain the effective application of the data protection principles, and to improve current data protection legislation, in the light of the challenges of globalisation, new technologies, and requirements of public authorities.	IT og kvalitet	Juni 2011
15	Review of the Directive on reuse of public sector information 2003/98/EC	Legislative	Review of the Directive on reuse of public sector information 2003/98/EC that will address 1) the scope of the instrument, 2) limitations on charges for the re-use of public sector information 3) clarifying the principle that all material that is generally accessible is also re-usable for non-commercial and commercial purposes.	IT og kvalitet	4. kvartal 2011
16	Revision of the e-signature Directive following an action plan on e-signatures and eidentification to facilitate the provision of cross-border public services in the Single Market; Directive 1999/93 of the European Parliament and of the Council on a Community framework for electronic signatures.	Legislative	The 2008 eSignature /eidentification Action Plan seeks an EU-wide solution to cross-border use of online public services. Progress report envisaged in 2010. The Commission will assess whether further horizontal and/or sectoral initiatives are needed	IT og kvalitet	4. kvartal 2011
17	Communication on innovative financial instruments for the new MFF	Non-legislative	The subgroup of Commissioners on innovative financial instruments is expected to adopt principles for the design and implementation of innovative financial instruments supporting Europe 2020 and external action over the period 2014- 2020. It is also expected to conclude on new joint instruments with the EIB as well as other capital market instruments like project bonds or financial instruments operated together with national public financial institutions and IFIs. This Communication will set out these principles and instruments in order to inform the EP, the Council and the stakeholders. It would support the Commission's proposals for a new MFF.	Regional udvikling	2. kvartal 2011
18	Commission Communication on a New	Non-legislative	The Communication is linked to the New Skills for New Jobs initiative and seeks to develop the key competences approach in the	Regional udvikling	Juni 2011

	Competences Initiative		fields of vocational training, adult learning and higher education, building on the 2006 Key Competences Recommendation but going beyond. It supports efforts in Member States to modernise these other areas of education and training provision, looking especially at assessment and validation questions and the development of a common language on competences between the worlds of education/training and of work, including the proposals for a High Level Forum on basic skills and for a European Skills Passport.	Lønoverenskomster og Ansættelsesvilkår	
19	Recommendation on the promotion and validation of informal and non-formal learning*		Part of the Youth on the Move initiative; it will address how national qualifications frameworks should facilitate the promotion and validation of non-formal and informal learning outcomes and provide permeability between VET and higher education, as well as how to promote professionalism and recognition of those delivering such learning experiences, in particular in the youth field.	Regional udvikling	Juni 2011
20	Unlocking the potential of Cultural and Creative Industries	Non-legislative	The objective is to foster the right environment for cultural and creative industries (CCIs) to flourish and contribute to smart, sustainable and inclusive growth. The initiative should make it easier for CCIs (in particular SMEs) to access funding, improve the monitoring of skills needs of CCIs, better embed CCIs in regional development strategies, and set up "creative partnerships" between CCIs and education institutions / businesses / administrations.	Regional udvikling	2. kvartal 2011
21	Proposal for a Council Decision on Employment Guidelines	Non-legislative	As provided for by article 148 TFEU, the Council, on a proposal from the Commission shall each year draw up guidelines which the Member States shall take into account in their employment policies. The Commission proposal will be adopted each year in January, starting in 2011.	Regional udvikling Lønoverenskomster og Ansættelsesvilkår	Januar 2011
22	(second-phase) consultation of social partners on the protection of workers' health from risks related to exposure to Environmental Tobacco Smoke at the workplace	Non-legislative	Approximately 7.5 million workers in the EU are exposed to "environmental tobacco smoke" (ETS) at the workplace. This exposure to ETS can cause lung cancer, cardiovascular diseases and a range of other health problems. There is evidence that exposure to ETS at work accounted for over 7000 deaths in the EU in 2002. While many Member States have already taken actions in this area, there is no uniform or comprehensive protection for workers in the European Union as regards exposure to ETS. In December 2008, the Commission launched a first-stage consultation of the European social partners, in accordance with Article 154 TFEU, on the possible orientation of an EU initiative as regards workers exposure to ETS at the workplace.	Lønoverenskomster og Ansættelsesvilkår	

23	Initiative to support the implementation of smart grids	Legislative	This legislation will provide a framework for the implementation of smart grids in the Member States. The large scale implementation of smart grids is key to increase energy efficiency, to support the uptake of electricity from renewable energy and the setting up of an infrastructure for electric vehicles. It will inter alia define quality criteria to which smart grids need to respond and the obligation for development of national plans.	Regional udvikling	December 2011
24	Review of the list of priority substances under the Water Framework Directive	Legislative	The Water Framework Directive requires the Commission to review the list of priority substances every 4 years. Priority substances are those posing a risk to or via the aquatic environment at EU level. They are part of the basis of the EU strategy to combat chemical pollution in EU waters.	Videncenter for Jordforurening	Juni 2011
25	Communication on implementing EU environmental law and policy: a common challenge.	Non-legislative	The communication will address the shortcomings in implementing environmental legislation and propose a strategic way forward as well as exploring a number of practical avenues to improve the current gaps in implementation of the EU acquis. Issues to be addressed, among others, will be improving the coherence of legislation, enhancing compliance promotion, strengthening the effectiveness of inspections and enhancing the role of national judges in supporting the implementation of EU legislation.	Videncenter for Jordforurening	September 2011
26	Proposal for a revision of the Decision on communicable diseases combined with an initiative on prevention and control of other serious cross border health threats at EU level (Health Security in the European Union)	Legislative	The Health Security initiative aims to review and update the existing EU legislation on communicable diseases (Decision 2119/98 and its implementing decisions) and to reinforce the collaboration at EU level on serious cross-border health threats from a global public health perspective ("all- hazards approach" taking account of the existing structures and mechanisms at EU level).	Sundheds- og Socialpolitik	4. kvartal 2011
27	Green Paper on the Professional Qualifications Directive: a way forward to a possible reform	Non-legislative	To present the evaluation report based on the ex-post evaluation of the current functioning of the Professional Qualifications Directive and a Green Paper consulting on the need for further reform of the Professional Qualifications Directive.	Sundheds- og Socialpolitik	4. kvartal 2011
28	(first-stage and second-	Non-legislative	In line with the 2010 Women's charter and following from the 2008	Lønoverenskomster	2. kvartal 2011

	stage) consultation of the European social partners on reconciliation between work, family and private life (2011)		reconciliation package, the Commission will consult the European social partners on further legislative measures to improve work life balance, including paternity and filial leave. These measures will have the double aim of increasing female employment rates as women bear the main responsibilities for caring for children and other dependants as well as tackling the demographic challenge. Depending on the outcome of the consultation, the Commission may adopt a legislative proposal on reconciliation, including on paternity and filial leave, in 2012.	og Ansættelsesvilkår	
29	European Strategy and Action plan towards a sustainable biobased economy by 2020	Non-legislative	The Communication will provide a vision and action plan for a sustainable and innovative European Bio economy by 2020, including : - Implementation of a European Innovation Partnership and completion the European Research Area in the bio-economy sectors - to improve framework conditions for innovation including promotion of knowledge transfer and public procurement and development of standards - to stimulate the reforms of Member States national R&D and innovation systems, in order to enable the development of the bio-economy at national level.	Regional udvikling	
30	Communication on "Partnerships in Research and Innovation	Non-legislative	The Commission will present a Communication on how partnerships for innovation and research of different nature (such as public-private and public-public), can deliver towards the EU 2020 strategy and the Innovation Union. In this context special attention will be paid to the Innovation Partnerships concept.	Regional udvikling IT og kvalitet	Juni 2011
Sager som er overført fra 2010					
31	Commission Communication: Proposal for benchmarks on mobility and on employability	Non-legislative	The Commission has been requested to make proposals for new European benchmarks in the fields of mobility and employability relating to how well different parts and levels of education and training prepare people for the labour market.	Lønoverenskomster og Ansættelsesvilkår	Forventes 16. marts 2011
32	Proposal to improve the protection of workers against the risk arising from exposure to electromagnetic fields	Legislative	The aim is to maintain a high level of protection of the workers whilst taking account of the concerns expressed by some stakeholders, in particular in the health care sector using MRI (magnetic resonance technology) for advanced diagnostic and interventional medical procedures.	Lønoverenskomster og Ansættelsesvilkår Sundheds- og	Marts 2011

				Socialpolitik	
33	Commission Staff Working paper on the Implementation of the Adult Learning Action Plan (2007)		The initiative will review progress made on the five priority actions of the Action Plan on Adult Learning: It is always a good time to learn, (adopted in 2007 and ending in December 2010) and give an overview of the work done to fulfil the objectives set in the 2006 Communication: It is never too late to learn. It will set the priorities for adult learning in the context of the broader strategic policy objectives which have been defined in the meantime, including E&T 2020 and EU 2020, and draw conclusions for the future direction of policy in this field. It will form the basis for an evaluation conference in March 2011, under the Hungarian Presidency.	Lønoverenskomster og Ansættelsesvilkår Regional Udvikling	Januar 2011
34	Progress Report on the Soil Thematic Strategy		The Soil Thematic Strategy (COM(2006)231) was adopted in 2006. It sets out a strategy for the EU with the objective of preventing further soil degradation, preserving soil functions, and restoring degraded soils. The strategy contains a number of implementing measures that the Commission has undertaken to deliver. The progress report will take stock of what has been achieved so far to fulfil the strategy's objectives.	Videncenter for Jordforurening	1. trimester 2010
35	Guidelines on EU coding system on tissues and cells		Implementation of a requirement of the Directive 2004/23/EC on human tissues and cells. Introduces a new non binding mechanism to facilitate European and international traceability of human tissues and cells.	Sundheds- og Socialpolitik	3. trimester 2011
36	Communication on raw materials	Non-legislative	The Communication will set out the key challenges with regard to access to raw materials as well the crucial role that raw materials will play after the crisis in order to ensure a sustainable development of the EU economy in the long term and therefore its contribution to the EU 2020. The revision of the 2008 Communication will include key strategic issues such as the definition of critical raw materials, policy actions to fight export restrictions applied by third countries, how to better integrate the raw materials dimension into the EU development policy and actions to promote research and substitution inside the EU.	Videncenter for Jordforurening	Forventes d. 26. januar 2011
37	Communication on passenger rights		The Communication will take stock of the situation of passenger rights in all modes of transport, incorporating results of public consultations, will assess whether application of current EU rules ensures adequate protection of passenger rights and will identify possible areas for further action.	Regional Udvikling	Oktober 2011
38	Commission Staff		The purpose of this Commission Staff Working Paper will be to	Regional Udvikling	1. trimester 2011

	Working Paper on the green aspects of sustainable growth		provide a conceptual framework for the green dimension of the sustainable growth pillar of the Europe 2020 strategy, i.e. commonly agreed principles on the design of the policies and initiatives under this pillar, acknowledging that "green" does not necessarily mean "growth". Accordingly, the Commission Staff Working Paper would not list forthcoming Commission proposals, but would set out principles, identify bottlenecks to growth and suggest monitoring tools. This would provide a sound starting point for formulating policy recommendations on structural reforms aimed at supporting Member States' transition towards greener growth.		
--	--	--	---	--	--

EU på den regionale dagsorden

En analyse af EU's påvirkning af dagsordenen i de danske regioner

Danske Regioner

Januar 2011

Sanne Bjeldbak-Olesen

Indholdsfortegnelse

1.	SAMMENFATNING	3
2.	INDLEDNING.....	4
2.1.	HVAD MENES DER MED PÅVIRKNING?	5
2.2.	UDVÆLGELSE AF DAGSORDENER OG ANALYSEMETODE	6
3.	EU'S PÅVIRKNING AF DEN REGIONALE DAGSORDEN	9
3.1.	RETSLIG PÅVIRKNING	10
3.1.1.	<i>EU's konkurrenceregler.....</i>	<i>10</i>
3.1.2.	<i>Energieffektivitet og miljøpåvirkning.....</i>	<i>12</i>
3.1.3.	<i>EU's grundlæggende rettigheder – ligestilling</i>	<i>13</i>
3.2.	POLITISK/KULTUREL PÅVIRKNING	14
3.2.1.	<i>Regional udvikling</i>	<i>14</i>
3.2.2.	<i>Uddannelse</i>	<i>15</i>
3.2.3.	<i>Folkesundhed - forebyggelse og psykiatri.....</i>	<i>15</i>
3.2.4.	<i>Energi og klima.....</i>	<i>16</i>
3.2.5.	<i>Informationsteknologi, forskning og transport</i>	<i>17</i>
4.	KONKLUSION	17
5.	LITTERATURLISTE.....	20
6.	OVERSIGT OVER DAGSORDENER	21

1. Sammenfatning

Denne analyse undersøger EU's påvirkning af dagsordenen i de fem danske regioner. Dette emne er før blevet analyseret i henholdsvis en svensk og en norsk kontekst, og formålet med analysen er at lave en mindre undersøgelse med danske tal. Dette gøres for at bedømme om de svenske konklusioner kan overføres på danske forhold.

Analysen har først og fremmest et kvantitativt mål: at finde ud af hvor stor en procentdel af en gennemsnitlig regionsrådsdagsorden, som er påvirket af EU. Derudover ser analysen også på hvordan og på hvilke områder regionerne er påvirket. Dette gøres gennem en analyse af ti dagsordener, to fra hver af de fem regioner, jævnt fordelt hen over året 2009.

Konklusionen på analysen er, at 53 procent af en gennemsnitlig regionsrådsdagsorden er påvirket af EU. Dette er meget tæt på den svenske analyses resultat på ca. 50 procent, hvilket betyder at man med rimelighed kan overføre de svenske konklusioner.

Påvirkningen er defineret som de initiativer, som EU igangsætter for at få indflydelse på medlemsstaternes handlinger, og den kan opdeles i to kategorier. Retslig påvirkning er den påvirkning, som sker gennem bindende lovgivning, mens politisk/kulturel påvirkning sker gennem ikke-bindende værktøjer, som f.eks. den åbne koordinationsmetode, fælles målsætninger og muligheder for at søge støtte. Hver af disse kategorier udgør ca. halvdelen af den samlede påvirkning fra EU.

Analysen viser, at EU's regler om offentlige udbud og regler om energieffektivitet og miljøpåvirkning i høj grad påvirker regionerne retsligt. Det skyldes, at disse regler påvirker alle de mange beslutninger, som regionerne tager om bl.a. offentlige udbud, nybyggeri og renovation. Derudover er regionerne bundet af regler om statsstøtte og EU's grundlæggende rettigheder, hvilket f.eks. påvirker punkter om garanti for lån og ligestillingsstrategier.

I den politisk/kulturelle kategori blev syv forskellige områder gennemgået. Mest på dagsordenen var regional udvikling, som påvirkes på grund af regionernes mulighed for at søge støtte gennem

EU-fonde, bl.a. til grænseoverskridende projekter. De andre påvirkede områder var uddannelse, folkesundhed, energi og klima, informationsteknologi, transport og forskning. Disse områder påvirkes primært gennem EU-målsætninger, men også gennem muligheder for at søge støtte.

Ikke alle regionale spørgsmål, som påvirkes af EU, dukker op som punkter på den regionale dagsorden. Det betyder bl.a. at EU's regler på det arbejdsretlige område ikke er med i analysen, selvom det er et område, som fylder rigtig meget hos regionerne.

I fremtiden vil påvirkningen fra EU givetvis blive endnu større, da EU overordnet går mod mere og mere samarbejde. Allerede fra 2011 kommer der en del forslag fra EU, som kommer til at påvirke regionerne i høj grad. Det drejer sig bl.a. om forslaget angående grænseoverskridende sundhedsydelse, men også forslag om højere energieffektivitet og ikke mindst revisionen af direktivet om arbejdstid.

2. Indledning

I den danske debat hører man ofte EU beskrevet som en størrelse, som er langt væk fra Danmark og dansk politik, men i realiteten påvirker EU i høj grad de fleste danske offentlige myndigheder. De fem danske regioner er ingen undtagelse. Det kan være svært at forestille sig, at EU har indflydelse på anlæggelsen af et nyt sygehus i Region Midtjylland, men det er ikke desto mindre tilfældet. Det skyldes, at bl.a. EU's lovgivning om udbud og energieffektive bygninger er blevet implementeret i dansk lovgivning, og dermed er noget som regionerne må forholde sig til, i samme grad som hvis reglerne kom fra Folketinget.

Men præcis i hvor høj grad er regionerne påvirket og hvordan og på hvilke områder kommer denne påvirkning til udtryk? Disse spørgsmål har tidligere været undersøgt af henholdsvis Sveriges Kommuner og Landsting¹ og Norsk institut for by- og regionforskning, efter anmodning af KS, den norske kommuneforening². Begge analyser har taget udgangspunkt i svenske og norske kommuner og landsting/fylkeskommuner og gennemgår dagsordener fra disse, for at bedømme i hvor høj grad

¹ SKL 2010

² Indset og Hovik 2008

en gennemsnitlig dagsorden er påvirket af EU. Den svenske analyse gennemgår dagsordener fra syv landsting og en region, og konkluderer at ca. 50 procent af en dagsorden er påvirket, mens den norske gennemgår fra i alt 20 kommuner og fylkeskommuner, og konkluderer at 73 procent af en dagsorden er påvirket.

Formålet med denne analyse er at lave en mindre udgave af den svenske analyse med henblik på at bedømme om resultaterne ligner hinanden, og dermed hvorvidt det er muligt at overføre de svenske konklusioner til danske forhold. Det svenske og danske regionalstyre ligner hinanden så meget, at det er oplagt at søge inspiration her. Det er derimod ikke muligt at sammenligne med den norske analyse, da den ikke adskiller mellem kommuner og regioner, men analysen er blevet brugt som baggrundsmateriale. Analysen bygger dermed på den metode og analysestrategi, som de to andre analyser helt overordnet har til fælles, og det konkrete spørgsmål som analysen ønsker at besvare er: *Hvor stor en andel af regionsråds dagsordener er påvirket af EU?*

Sigtet med analysen er både kvantitativt og kvalitativt. Først og fremmest søger analysen at komme med et konkret tal for hvor stor en procentdel af regionrådenes dagsordener, som er påvirket, men forsøger også at komme med en kvalitativ forklaring af, hvordan og på hvilke områder EU påvirker regionerne.

2.1. Hvad menes der med påvirkning?

Påvirkning er et bredt begreb med mange forskellige betydninger. Den traditionelle opfattelse af påvirkning er, at A får B til at gøre noget, som B ellers ikke ville have gjort, f.eks. gennem bindende lovgivning. Men påvirkning kan også bestå i at få B til at afstå fra at gøre noget, eller endda at få B til at ændre holdning eller tankegang. Det betyder, at man ikke nødvendigvis kan se, om der er sket en påvirkning, og hvad eller hvem der i første instans har påvirket. Altså kan det være meget svært at måle påvirkning.

I denne analyse defineres påvirkning fra EU meget konkret, nemlig som den samlede mængde af initiativer, som EU igangsætter for at få indflydelse på medlemsstaternes handlinger. Denne påvirkning kan ske direkte gennem bindende lovgivning, men den kan også ske indirekte, på

områder hvor EU ikke har beføjelse til at lave lovgivning. På dette område kan de så i stedet forsøge f.eks. at skabe samarbejde mellem medlemsstaterne ud fra EU-målsætninger, i håbet om at det vil skabe en fælles forståelsesramme.

Den første kategori kaldes i denne undersøgelse for 'retslig påvirkning' og dækker over direktiver og forordninger fra EU. Den anden kaldes 'politisk/kulturel påvirkning' og dækker over alle de tiltag fra EU, som ikke er bindende for medlemsstaterne, bl.a. målsætninger, meddelelser, den åbne koordinationsmetode og regler for fondsstøtte. Det er klart, at det kan være svært at adskille de to grupper af påvirkning, specielt da mange punkter på regionsrådsdagsordener både dækker over emner, som er retsligt påvirket og politisk/kulturelt påvirket, men de er blevet taget med, da de giver et bedre billede af, ikke bare hvor meget EU påvirker regionerne, men også på hvilken måde.

Her skal det understreges, at analysen altså bedømmer påvirkning af regionerne ud fra, om EU har lavet initiativer på de områder, som regionerne arbejder med, men ikke har til formål at undersøge, i hvilken udstrækning disse initiativer reelt har haft en effekt.

Denne forståelse af påvirkning er valgt som udgangspunkt, fordi den på én gang er bred nok til at opfange de mange forskellige måder, hvorpå EU kan tænkes at påvirke regionerne, men også fordi den er konkret nok til at kunne bruges i en analyse af regionernes dagsordener.

2.2. Udvælgelse af dagsordener og analysemetode

For at bedømme hvor stor en andel af regionsrådsdagsordener, som er påvirket af EU, er ti dagsordener, repræsentativt udvalgt med hensyn til tid og sted, blevet gennemgået.

Alle dagsordener er fra 2009, sådan at analysen tager udgangspunkt i et helt år, samtidig med, at det mest aktuelle materiale er blevet analyseret. Alle fem regioner er repræsenteret med to dagsordener hver, jævnt fordelt hen over året, og i alt er der 245 punkter.

Analysen af dagsordenerne blev udført på følgende måde: Alle dagsordenerne blev gennemgået således, at hvert punkt på dagsordenen blev kategoriseret efter emne. Herefter blev det vurderet, om

EU har igangsat initiativer indenfor det konkrete emne, og om disse initiativer havde relevans for sagen.

Som eksempel kan nævnes et punkt om ansøgninger om tilskud til kulturelle aktiviteter, som Region Midtjylland havde på dagsordenen d. 29. april 2009. EU har igangsat initiativer på kulturområdet, så punktet kunne umiddelbart være påvirket, men da EU's kulturprogram handler om grænseoverskridende kultur, så er det blevet bedømt, at denne sag ikke var påvirket. Analysen forsøger altså at give et generelt billede af, på hvilke områder EU påvirker regionerne, uden at gå ind i alle de konkrete detaljer af en sag. Hvis punktet var påvirket, blev det derefter bedømt, om det primært var en retslig eller en politisk/kulturel påvirkning.

Undervejs i analysen blev det klart, at nogle typer af sager var svære at bedømme ved primært at kigge på hvilket emne, som sagen faldt ind under. Det skyldes blandt andet, at nogle punkter var meget overordnede eller primært handlede om processer. For at bedømme om punktet var påvirket besluttedes det, at hovedformålet med punktet skulle være påvirket, samt at punkter, der var procesorienterede, ikke var påvirket.

Det betyder f.eks., at selvom en generalplan for sundhed også omhandler psykiatriområdet, et område som EU har igangsat initiativer på, så er punktet om planen ikke påvirket, da det er beslutninger om sygehuse og lignende, som er det centrale i punktet. Derudover er procespunkter om f.eks. afrapportering og budgetomflytninger ikke påvirket. Sidst besluttedes det at udelukke diverse interne og administrative punkter fra analysen, f.eks. mødetekniske punkter, valg til forskellige poster og punkter om studieture. Nedenunder ses et eksempel på, hvordan analysen er udført.

Region	Emne	Påvirkning	Retslig	Pol./kult.	Form for påvirkning	Tema
Nordjylland	Organisering af jordemoderområdet i Region Nordjylland	Nej				
20-01-2009	Udviklingsplan for Sødisebakke 2008	Ja	X		Regler om offentlige udbud, regler om energieffektivitet	Udbud, byggeri.
	Godkendelse af forskningsstrategi for Region Nordjylland	Ja		X	EU's forskningsprogrammer	Forskning
	Godkendelse af Kvalitetspolitikken for sygehusområdet i Region Nordjylland	Nej				
	Anlægsbevilling på 4,0 mio. kr. til etablering af øre-, næse- og halsklinik samt forberedelse til lægeklinik i Behandlerhuset Nykøbing Mors.	Ja	X		Regler om offentlige udbud, regler om energieffektivitet	Udbud, byggeri
	Anmodning fra regionsrådsmedlem Marian Geller om optagelse af sag på Regionsrådets møde den 20. januar 2009	Nej				
	Ansøgning om at drive indtægtsdækket virksomhed i HR 2009-2012	Ja	X		Regler om statsstøtte	Konkurrenceregler

Én af ulemperne ved denne tilgang er, at ikke alle emner, som påvirkes af EU, dukker op på dagsordenen. EU's regler på det arbejdsretlige område har stor betydning for regionerne som arbejdsgivere, men det er oftest ikke et emne, som behandles i regionsrådet. Derudover vægter analysen ikke de forskellige punkter, hvilket betyder, at beslutningen om at bygge et nyt sygehus får samme status i analysen som beslutningen om at renovere et svømmebad på en institution.

Sidst, men ikke mindst, så afhænger analysen utrolig meget af, hvordan påvirkning defineres, og helt konkret af, at påvirkning i dette tilfælde er potentiel påvirkning. I mange tilfælde kan det sagtens tænkes, at regionen ikke har haft EU inde i overvejelserne, når de tager en beslutning, som analysen har bedømt er potentielt påvirket, men det betyder ikke, at EU ikke påvirker eller sætter rammerne for regionrådets beslutning.

Når denne tilgang alligevel vælges skyldes det, at den giver et overordnet, aktuelt og letforståeligt billede af hvor stor en andel af en regionsrådsdagsorden, som er påvirket af EU. Derudover giver analysen mulighed for at bedømme hvilke af regionernes arbejdsområder, som er berørt af EU.

3. EU's påvirkning af den regionale dagsorden

Formålet med denne analyse er at finde ud af, hvor mange procent af et regionsrådsdagsorden, som er påvirket af EU, og konklusionen af analysen er, at 53 procent af en gennemsnitlig regionsrådsdagsorden er påvirket. Desværre siger et tal siger jo ikke meget i sig selv. Mindst lige så vigtigt er det at vide, hvordan EU påvirker regionerne og på hvilke områder. Gennem analysen af de ti dagsordener fra de fem regionsråd blev det klart, at påvirkning fra EU ikke er en entydig størrelse. Det skyldes, at EU både har mange forskellige instrumenter at påvirke med og har en meget bred flade af emner, som de laver initiativer indenfor.

I dette afsnit vil nogle af de regionale emner som EU påvirker blive gennemgået. Emnerne er opdelt i de to kategorier retslig påvirkning og politisk/kulturel påvirkning, alt efter om regionerne er påvirket gennem bindende lovgivning på området eller er påvirket gennem andre instrumenter. Først gennemgås de emner, som bliver påvirket retsligt, og bagefter ser analysen på de emner, som bliver påvirket politisk/kulturelt. I hvert afsnit forklares hvilke initiativer, som EU har igangsat på

området og hvordan de påvirker regionerne, eksemplificeret med konkrete sager fra analysen. Gennemgangen forsøger på ingen måde at være udtømmende, men skal ses som eksempel på, hvordan forskellige EU-initiativer påvirker regionerne.

3.1. Retslig påvirkning

Gennem EU er der blevet lavet en hel del regler, som påvirker regionerne ved at binde dem retsligt. Analysen viser, at lige over halvdelen af de påvirkede punkter påvirkes gennem bindende lovgivning. I det følgende vil bl.a. EU's konkurrenceregler, miljøregler omkring byggeri og EU's grundlæggende rettigheder blive gennemgået.

3.1.1. EU's konkurrenceregler

EU-samarbejdet hviler bl.a. på idéen om ét fælles indre marked, der dækker hele EU-området. For at realisere dette indre marked har EU opstillet en lang række regler, der bl.a. skal sikre, at medlemsstaterne ikke støtter deres egne virksomheder på bekostning af andre EU-virksomheder, støtter offentlige virksomheder på bekostning af private, og at der ikke er nogen barrierer for den fri handel med varer og tjenester. Dette regelsæt har stor betydning for regionernes virke, og det er da også dagsordenspunkter af denne art, som først og fremmest forklarer EU's retslige påvirkning af regionerne.

Alle områder er dog ikke dækket af disse EU-regler, idet såkaldte tjenester af almen økonomisk interesse er fritaget. Ifølge retspraksis, så er tjenester af almen økonomisk interesse 'al økonomisk aktivitet, som følger af at en virksomhed, offentlig eller privat, er underlagt samfundsmæssige forpligtelser'³. Definitionen dækker de fleste af de tjenester, som det offentlige tilbyder som en del af velfærdssamfundet, hvilket vil sige, at tjenester som bl.a. sundhedsvæsenet og kollektiv trafik falder her ind under.

Det er ikke helt klart, hvor grænsen for, hvad der er en tjeneste af almen økonomisk interesse går, men det er bl.a. klart, at 'opgaver og tjenester som offentlige organer udfører i eget regi er undtaget

³ Indset og Hovik 2008: 57, forfatters oversættelse

fra regelsættet⁴. Hvis en region derimod vælger at tilbyde en tjeneste på markedsmæssige vilkår, så er den underlagt EU's konkurrenceregler. Inden for dette regelsæt er det så konkret to pakker af lovgivning som påvirker regionerne, nemlig regler om offentlige udbud og statsstøtte.

Offentlige udbud

EU's regler om offentlige udbud påvirker de fleste af de beslutninger, som regionerne tager om køb af varer og tjenester. De er sat i verden for at sikre, at store offentlige myndigheder, herunder regionerne, ikke bare kan tildele ordrer over et vist beløb til tilfældige virksomheder på baggrund af eksempelvis vane, men skal sende deres ordrer i EU-udbud, så alle europæiske virksomheder har en lige chance for at konkurrere om udbuddet.

Når regionerne skal købe en vare eller tjeneste, så har EU fastsat diverse tærskelværdier for, om de skal lægge ordren ud til EU-udbud. Om ordren falder over tærskelværdien eller ej har stor betydning for regionen, da de i så tilfælde skal følge EU-procedurer for udbuddet. F.eks. skal udbuddet lægges ud i en særlig database, så det nemmere kan findes af virksomheder fra resten af EU.

Umiddelbart skulle man altså mene, at de offentlige udbud, som ligger under tærskelværdien, *ikke* er påvirket af EU, men sådan er det ikke. Alle udbud skal nemlig overholde generelle regler angående det indre marked, regler som bl.a. kræver fuld gennemsigtighed over processen og forbud mod at diskriminere mod tilbud pga. nationalitet⁵. Desuden kan man sige, at reglerne påvirker regionerne på den måde, at de skal tage stilling til EU-reglerne hver gang, om så udbuddet ender over tærskelværdien eller ej. Af denne årsag bedømmes alle punkter om udbud som påvirket af EU.

Gennemgangen af dagsordenerne har givet rigtig mange eksempler på denne form for påvirkning, da mange af regionsrådenes beslutninger handler om f.eks. nybyggeri, renovering eller indkøb af varer. Alle slags udbud er repræsenteret, fra Region Midtjyllands beslutning om at godkende et projektforslag for udvidelse af strålekapacitet i Århus, som de selv nævner skal i EU-udbud, til Region Hovedstadens køb af tjenester i forbindelse med deres lederudviklingsprogram. Det er

⁴ Indset og Hovik 2008: 49, forfatters oversættelse

⁵ SKL 2010: 21

specielt interessant at bemærke, at disse regler i høj grad påvirker sundhedsområdet, et område som ellers ikke er underlagt så mange EU-regler. EU påvirker ikke, hvordan området skal styres og finansieres, men påvirker til gengæld i høj grad indkøb af varer og tjenester til f.eks. byggeri af nye sygehuse og til renovering af de gamle.

Regler om statsstøtte

En anden regelgruppe fra EU forsøger at sikre, at staten eller andre offentlige myndigheder ikke uretmæssigt forvrider konkurrencen ved at give forskellige former for støtte til bestemte virksomheder. At staten ikke har lov til at give direkte støtte til en virksomhed er klart, men staten har heller ikke lov til f.eks. at stille sig som garant for lån på favorable vilkår. De må heller ikke sælge grunde eller ejendomme under markedsprisen, og hvis de vil udbyde en tjeneste, skal det ske på markedsvilkår, så de ikke risikerer at skabe unfair konkurrence for private virksomheder. Igen er der selvfølgelig undtagelser, da EU tillader støtte til f.eks. forskning, beskæftigelsestiltag i udsatte regioner og miljøtiltag⁶.

Der var ikke mange eksempler på denne slags påvirkning i analysen, men nogen kan da nævnes. Først og fremmest var der et punkt på Region Nordjyllands dagsorden vedrørende uddannelsesafdelingens ansøgning om at drive indtægtsdækket virksomhed, da de gerne vil udbyde uddannelsesaktiviteter til andre regioner, kommuner eller lignende. Dette eksempel falder under denne gruppe, da de skal tage hensyn til EU's regler om ikke at forvride konkurrencen, når de udbyder en tjeneste, som også private firmaer udbyder. Et andet eksempel gælder Region Sjælland, som bliver bedt om at stille garanti for et lån til Regionstog A/S.

3.1.2. Energieffektivitet og miljøpåvirkning

Energieffektivitet og miljøpåvirkning er ligesom EU's konkurrenceregler et godt eksempel på regler, som ikke så meget påvirker regionernes indholdsmæssige beslutninger, men nærmere måden disse beslutninger føres ud i livet på.

⁶ Konsolideret udgave af traktaten om den europæiske unions funktionsmåde. Den europæiske unions tidende, C 83/47.(30.03.2010), artikel 107

Regionerne tager utrolig mange beslutninger om at bygge, ombygge eller renovere bygninger, og i den forbindelse er de bundet af EU's miljøregler om henholdsvis miljøpåvirkning og energieffektivitet. Gennem EU er det blevet besluttet, at regionerne skal lave en udredning af, hvilken betydning et nyt byggeprojekt kan få for miljøet. Hvilke projekter som kan få store nok konsekvenser til, at man skal lave en udredning, må bedømmes fra sag til sag, men det er i hvert fald klart, at de fleste omfattende planer vil kræve en udredning. Hvad angår energieffektivitet, så har EU vedtaget et direktiv⁷, som bl.a. kræver, at regionerne skal indføre regler, som kan sikre, at regionens bygninger bliver mest muligt energieffektive.

I analysen bedømmes alle punkter omhandlende byggeri eller renovering som påvirket af disse regler. Der var rigtig, rigtig mange punkter, men de fleste af dem faldt også ind under temaet om regler angående offentlige udbud, hvilket gør det svært at adskille, hvor meget disse to grupper påvirker hver især.

3.1.3. EU's grundlæggende rettigheder – ligestilling

Da Lissabontraktaten blev vedtaget i 2009 blev Chartret for Grundlæggende Rettigheder⁸ skrevet ind i traktaten og blev dermed juridisk bindende. Chartret samler dels de rettigheder, man allerede havde som EU-borger, men stadfæster også nye rettigheder. Det betyder, at EU fortsætter med at have et af verdens mest udvidede regelsæt omkring grundlæggende rettigheder. For regionerne betyder disse regler blandt andet, at de skal sikre, at der ikke sker diskrimination på regionale arbejdspladser, og, mere proaktivt, at alle generelt har lige muligheder, uden skelen til køn, etnicitet, religion, handicap osv.

Grundlæggende rettigheder er ikke noget, som fylder meget på regionernes dagsorden. I analysen fandtes tre eksempler på dagsordenspunkter, som faldt ind under denne kategori. Region Sjælland har en ligestillingsredegørelse på dagsordenen i november 2009, det samme har Region Hovedstaden i oktober, og Region Midtjylland kigger på at vedtage en mangfoldighedsindsats i maj.

⁷ Europaparlamentets og rådets direktiv 2002/91/EF af 16. december 2002 om bygningers energimæssige ydeevne

⁸ Den europæiske unions charter for grundlæggende rettigheder. 2010/C 83/02

3.2. Politisk/kulturel påvirkning

I dette afsnit gennemgås nogle forskelligartede områder, som har det til fælles, at EU ikke påvirker medlemsstaterne gennem bindende lovgivning, men i stedet forsøger at påvirke gennem bl.a. fælles målsætninger, muligheder for at søge støtte, frivilligt samarbejde og vidensdeling og generelt inspiration og gode råd. Analysen viser, at lige under 50 procent af de påvirkede sager er påvirket politisk/kulturelt, hvilket understøtter behovet for at se ud over gældende lovgivning, når man skal bedømme EU's påvirkning af regionerne. Kategorien dækker mange forskellige områder og forsøger på ingen måde at være udtømmende. I stedet præsenteres nogle eksempler på de områder, hvor regionerne er mest påvirkede.

3.2.1. Regional udvikling

Regional udvikling er en hovedprioritet for EU og selvfølgelig også for regionerne. Målet for EU er at skabe et sammenhængende Europa ved at sørge for, at der ikke er for stor økonomisk og social forskel på de forskellige europæiske regioner. Til det formål uddeler EU store mængder af penge gennem tre forskellige instrumenter; Den europæiske regionalfond, Den europæiske socialfond og Interregprogrammer. De fleste penge går til Europas mindre udviklede regioner, hovedsageligt i Østeuropa, gennem de såkaldte mål 1-midler, men regionerne i Danmark har også mulighed for at søge de såkaldte mål 2-midler, f.eks. til beskæftigelsestiltag eller grænseoverskridende projekter.

Påvirkningen af regionerne sker altså primært gennem, at de kan søge penge til udviklingsprojekter, hvis projekterne opfylder EU's krav. Da det er en god mulighed for regionerne vil mange af dem søge at målrette deres projekter mod EU-støtte. Derudover har staten forpligtet sig til at udnytte den regionale udviklingspolitik som middel til at opnå målsætningerne i EU's forskellige vækststrategier, f.eks. den nyligt lancerede EU2020-plan.

I Danmark er systemet indrettet således, at alle regioner har oprettet et vækstforum, som modtager ansøgninger om penge til projekter. Disse ansøgninger behandles så i regionsrådet efter indstilling fra de forskellige vækstfora, og i fald de godkendes, sendes de videre til staten, som uddeler de penge, som de har fået tildelt af EU. I analysen betyder det, at alle indstillinger fra de forskellige vækstfora er blevet noteret som påvirket af EU.

Det er svært at bedømme, hvor meget regional udvikling fylder på dagsordenen, da det er en bred, tværgående kategori, som reelt dækker over mange andre af EU's initiativer og målsætninger. Som udgangspunkt skal EU's midler gå til at fremme vækst og beskæftigelse, men dette kan jo godt ske gennem projekter som handler om klima, forskning eller uddannelse. Disse kategorier vil blive gennemgået nedenfor, så derfor sluttet dette afsnit bare med nogle enkelte eksempler på dagsordenspunkter om regional udvikling, som kunne tænkes at være påvirket af EU.

Her findes f.eks. Region Syddanmarks Årsplan 2009-2010 for deres samarbejde med Schleswig-Holstein, et grænseoverskridende projekt, som kan søge EU-støtte. I samme boldgade har Region Nordjylland haft godkendelse af aftaler om et interreg-projekt for Østersøen, Kattegat og Skagerrak på dagsordenen, mens Region Hovedstaden har haft interreg-projektet 'Konkurrencedygtig Øresundsregion' på dagsordenen.

3.2.2. Uddannelse

EU har ikke nogen lovgivningsmæssig kompetence på uddannelsesområdet, men forsøger derimod at påvirke medlemslandene gennem støttende aktiviteter, blandt andet fælles målsætninger, specielt målsætninger om at få flere unge til at tage en uddannelse, få færre til at springe fra og få flere voksne til at efteruddanne sig. Dette sker bl.a. som et led i unionens vækststrategier, hvor livslang læring er en hovedprioritet⁹. Regionerne har nogle af de samme målsætninger, som de forsøger at fremme på mange måder, bl.a. gennem den regionale udvikling. De punkter, som dukkede op i analysen, handlede da også om blandt andet at give tilskud til projekter, som skal få flere unge i uddannelse, om tilskud til at oprette flere klasser til de unge, samt om initiativer indenfor livslang læring.

3.2.3. Folkesundhed - forebyggelse og psykiatri

Som nævnt har EU ikke som udgangspunkt kompetencer på sundhedsområdet, men folkesundhed er en undtagelse. Området dækker bl.a. forebyggelse og psykiatri, hvilket betyder, at EU f.eks.

⁹ Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1720/2006/EF af 15. november 2006 om et handlingsprogram for livslang læring

arbejder for at fremme en sund livsstil uden rygning og stoffer¹⁰, har lanceret en grøn bog om mental sundhed¹¹ og desuden kontrollerer kvaliteten af lægemidler. Derudover bliver nogle sundhedsspørgsmål reguleret i forbindelse med andre regler f.eks. om arbejdstid og det indre marked. Dette har blandt andet givet sig udtryk i EU's regler angående grænseoverskridende sundhedsydelse, et emne som har tiltrukket sig rigtig meget debat i regionerne. På regionernes dagsorden dukker disse spørgsmål bl.a. op, når regionsrådet skal diskutere indsatsen på psykiatrimrådet, mens andre eksempler er diskussion af selvmordsforebyggelse og rygepolitik i Region Syddanmark. Her kan det nemt tænkes, at regionerne finder inspiration i EU's politikker på området.

3.2.4. Energi og klima

Energi og klima står højt på verdens dagsorden i øjeblikket og fylder derfor også en hel del i EU. EU har bl.a. vedtaget sine 20-20-20 mål, som betyder, at 'EU vil reducere sit udslip af drivhusgasser med mindst 20 % frem til 2020 (sammenlignet med 1990), øge den vedvarende energis markedsandel til 20 % og sænke det samlede energiforbrug med 20 % (sammenlignet med den forventede udvikling)¹². I forklaringen af denne 20-20-20 strategi nævnes regionerne som vigtige spillere¹³.

I analysen dukkede emnet bl.a. op i forbindelse med regionale udviklingsprojekter, f.eks. Region Midtjyllands megasatsning Energi og Miljø, men også i form af samme regions beslutning om at analysere regionens bilflåde med henblik på at få 'grønne biler'. Begge initiativer ligger i tråd med EU's målsætninger om at modvirke klimaforandringer. Et andet eksempel er Region Hovedstadens diskussion om en Agenda 21-strategi, som bl.a. skal sikre, at regionen nedbringer sit energiforbrug.

¹⁰ Rådets anbefaling 2003/54/EC af 2. december 2002 om forebyggelse af rygning og om initiativer for at forbedre tobakskontrol

¹¹ Kommissionens grøn bog af 14. oktober 2005 "Forbedring af befolkningens mentale sundhed. På vej mod en strategi for mental sundhed i Den Europæiske Union"

¹² http://europa.eu/pol/env/index_da.htm

¹³ SKL 2010: 33

3.2.5. Informationsteknologi, forskning og transport

De tre sidste områder, som skal nævnes her, er informationsteknologi, forskning og transport. Der var ikke mange punkter på dagsordenen, som faldt ind under de tre kategorier, så derfor er de medtaget under samme punkt. Informationsteknologi og transport er primært påvirket gennem EU's målsætninger på disse områder, mens forskning primært påvirkes gennem muligheden for at søge forskningsmidler. Inden for informationsteknologi påvirkes regionerne bl.a. af EU's arbejde med at give borgerne mulighed for at få adgang til offentlige tjenester på nettet, gøre de offentlige tjenester mere effektive samt af EU's fokus på, hvordan innovativ teknologi kan bidrage til effektivitet i sundhedsvæsenet, f.eks. gennem telemedicin¹⁴. Transportområdet påvirkes pga. EU's målsætninger om et sammenhængende transportsystem i Europa. EU's indsats på forskningsområdet finder sted gennem fortløbende forskningsrammeprogrammer, hvorunder regionerne har mulighed for at søge støtte til en bestemt slags forskning i samarbejde med andre partnere.

Disse instrumenter påvirker sager som f.eks. Region Hovedstadens handlingsplan for sundhedsforskning, hvor det påtænkes at forsøge at skaffe flere forskningsmidler fra EU. Et eksempel fra transportområdet er Region Sjællands høring om baneanlægget fra Ringsted til Femern Bælt forbindelsen, et initiativ som vil binde Europa bedre sammen, mens Region Midtjylland diskuterer hvordan informations- og kommunikationsteknologi kan gavne psykiatrien i forbindelse med en rapport fra udvalget vedrørende ny teknologi.

4. Konklusion

Denne analyse har haft til formål at undersøge, i hvor høj grad EU påvirker de fem danske regioner, og specifikt at svare på spørgsmålet: *Hvor stor en andel af regionsråds dagsordener er påvirket af EU?* Ti dagsordener, to fra hver region og jævnt fordelt hen over året 2009 er blevet gennemgået for at svare på disse spørgsmål.

Først og fremmest kan det konkluderes, at 53 procent af punkterne på regionrådenes dagsordener er potentielt påvirket. Af disse 53 procent fordeler lidt over halvdelen, 54 procent, sig på påvirkning

¹⁴ KOM 2008 689 - Meddelelse fra Kommissionen om telemedicin til gavn for patienter, sundhedssystemer og samfundet

gennem bindende lovgivning, mens de sidste 46 procent dækker over påvirkning gennem andre initiativer fra EU. Disse tal stemmer ganske godt overens med den svenske analyses 50 procent påvirkning af en landstingsdagsorden, hvilket betyder, at man med rimelighed vil kunne overføre de svenske konklusioner.

For at give et bedre billede af EU's påvirkning af regionerne har analysen gennemgået en del eksempler på områder, hvor EU påvirker enten gennem lovgivning eller andre forskellige initiativer. Her har det bl.a. vist sig, at EU's udbudslovgivning er en af de pakker af lovgivning, som i høj grad påvirker regionerne, men at også EU's regler omkring energieffektivitet og miljøpåvirkning betyder meget for regionerne. At specielt disse to har betydning, skyldes, at regionsrådene skal tage stilling til rigtig mange spørgsmål angående køb og salg af varer og tjenester, samt om bygning, ombygning og renovering af bygninger.

Inden for EU's politisk/kulturelle påvirkning kan det konkluderes, at EU påvirker mange forskellige områder og har mange forskellige instrumenter at gøre det med. Analysen så blandt andet på områder som regional udvikling, forebyggelse og uddannelse, og fandt ud af, at områderne i høj grad overlapper hinanden. Specielt regional udvikling er en meget bred kategori, da alskens forskellige projekter – om uddannelse, infrastruktur, energi og klima – kan hjælpe til at udvikle regionen.

Afsluttende skal det understreges, at man ud fra undersøgelsen kan konkludere, at der er brug for mere forskning på dette område. Specifikt vil der f.eks. være brug for at benytte andre metoder end dagsordensanalysen til at analysere EU's påvirkning, for bl.a. at få inkluderet EU's påvirkning af regionerne i deres rolle som arbejdsgivere. Derudover vil det være meget nyttigt at få lavet en nærmere analyse af, om regionsrådene bl.a. udnytter de muligheder EU tilbyder og tilpasser sig EU's målsætninger, for at se om f.eks. fælles EU-målsætninger og samarbejde reelt har en effekt på regionerne.

Denne analyse har taget udgangspunkt i år 2009, og derfor kan man passende spørge sig selv, om EU kommer til at påvirke regionerne mere eller mindre i fremtiden. Siden EU's begyndelse er EU's medlemsstater primært gået mod mere samarbejde, og de følgende år ser ikke ud til at afvige markant fra den tendens.

Konkret kan det nævnes, at flere tiltag på sundhedsområdet er på vej, bl.a. direktivet om grænseoverskridende sundhedsydelser, men også mindre tiltag om e-sundhed og lignende, tiltag som i høj grad kommer til at påvirke de danske regioner. Der lanceres også en hel del på energiområdet, bl.a. et direktiv om energieffektivitet og energibesparelser og derudover kommer der givetvis en revision af EU's direktiv om arbejdstid, et emne som som sagt ikke dukker op på en regionsrådsdagsorden, men som ikke desto mindre kommer til at have stor betydning. Altså gør regionerne klogt i at holde øje med hvad der foregår 'nede i EU'.

5. Litteraturliste

Indset, Marthe og Sissel **Hovik**. (2008). 'Lojal iverksetting eller målrettet medvikning – Om kommunesektoren og EØS-avtalen'. Norsk institutt for by- og regionforskning: NIBR-rapport 2008: 12.

Sveriges Kommuner og Landsting (**SKL**). (2010). 'EU i lokalpolitiken – En undersökning av dagordningar från kommuner, landsting og regioner'. Sveriges Kommuner og Landsting.

EU-dokumenter

Den europæiske unions charter for grundlæggende rettigheder. 2010/C 83/02

Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1720/2006/EF af 15. november 2006 om et handlingsprogram for livslang læring

Europaparlamentets og rådets direktiv 2002/91/EF af 16. december 2002 om bygningers energimæssige ydeevne

Konsolideret udgave af traktaten om den europæiske unions funktionsmåde. C 83/47.(30.03.2010)

Kommissionens grønbog af 14. oktober 2005 "Forbedring af befolkningens mentale sundhed. På vej mod en strategi for mental sundhed i Den Europæiske Union"

KOM 2008 689 - Meddelelse fra Kommissionen om telemedicin til gavn for patienter, sundhedssystemer og samfundet

Rådets anbefaling 2003/54/EC af 2. december 2002 om forebyggelse af rygning og om initiativer for at forbedre tobakskontrol

http://europa.eu/pol/env/index_da.htm

6. Oversigt over dagsordener

Region Nordjylland

- 20.01.2009
- 10.03.2009

Region Midtjylland

- 29.04.2009
- 20.05.2009

Region Syddanmark

- 24.08.2009
- 22.06.2009

Region Sjælland

- 05.11.2009
- 24.09.2009

Region Hovedstaden

- 03.02.2009
- 27.10.2009