



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

07-10-2021

MDR-2021-00113

Maren Munk-Madsen

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 14. oktober 2021 kl. 10.30

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

Afbud:

Mødested: Virtuelt møde

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Offentlig) Valg af Behandlingsrådets analysetemaer.....	5
3 (Fortrolig)	10
4 (Offentlig) Status for jordforurening med fluorstoffer – PFAS og PFOS.....	11
5 (Offentlig) Status på hepatitis C	14
6 (Fortrolig)	16
7 (Offentlig) Principper for udmøntning af dimensioneringsplanen for speciallægeuddannelserne.....	17
8 (Fortrolig)	20
9 (Offentlig) 1. behandling af Danske Regioners budget 2022	21
10 (Offentlig) Rammer for Danske Regioners generalforsamling 2022	29
11 (Offentlig) Høringssvar - Forslag til lov om velfærd	32
12 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien	34
13 (Offentlig) Juridiske barrierer for sundhedsforskning	37
14 (Offentlig) Generelle orienteringer	42
15 (Offentlig) Formandens meddelelser.....	46
16 (Offentlig) Næste møde	47
17 (Offentlig) Eventuelt	48

1 (Fortrolig)

2 (Offentlig) Valg af Behandlingsrådets analysetemaer

Thomas Birk Andersen
EMN-2017-04443

Resumé

Danske Regioner har oprettet Behandlingsrådet, som bl.a. har fået til opgave at gennemføre 2-3 årlige analyser, som skal tage fat på mere grundlæggende spørgsmål om f.eks. behandlingsregimer, tilgange til eller organisering af behandlinger.

Hospitaller, regioner og Behandlingsrådet har stillet forslag til 11 analysetemaer på forskellige områder. Behandlingsrådet har gennemgået forslagene og anbefaler fire af analysetemaerne udvalgt, to analysetemaer anbefales eventuelt udvalgt og fem analysetemaer anbefales ikke udvalgt.

Bestyrelsen skal på baggrund af Behandlingsrådets vurdering foretage den endelige udvælgelse af de 2-3 analysetemaer, som Behandlingsrådet skal arbejde videre med i det kommende år.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen udvælger 2-3 analysetemaer, som Behandlingsrådet skal arbejde videre med.

Sagsfremstilling

Baggrund

Danske Regioners bestyrelse besluttede den 5. marts 2020 den endelige model for Behandlingsrådet. Det følger af modellen, at Behandlingsrådet kan udføre to typer af undersøgelser: Evalueringer og analyser. Hvor evalueringerne tager udgangspunkt i et produkt (et eller flere sammenlignelige produkter), så tager analyserne fat i mere grundlæggende spørgsmål om f.eks. behandlingsregimer, tilgange til eller organisering af behandlinger.

Det fremgår endvidere af modellen, at det er hospitalsledelser, regioner og Behandlingsrådet, som kan indstille emner til analyserne. Blandt de indstillede emner vælger Danske Regioners bestyrelse årligt 2-3 analysetemaer, som Behandlingsrådet skal arbejde videre med. Analyserne skal ligesom evalueringerne munde ud i konkrete anbefalinger, som regionerne og andre aktører i sundhedsvæsenet kan implementere.

Behandlingsrådets vurdering af analysetemaer

Behandlingsrådet har for første gang modtaget forslag til analysetemaer fra hospitaler og regioner. Hertil kommer, at Rådet selv har stillet ét forslag til analysetema. Der er i alt modtaget 11 forslag til analysetemaer.

Behandlingsrådet har gennemgået de indkomne forslag med henblik på at kvalificere bestyrelsens endelige valg af analysetemaer. Rådet har lagt vægt på følgende:

- Der indenfor de seneste år har været væsentlig teknologisk innovation
- Der umiddelbart kan ses en afgrænsning af temaet som muliggør udarbejdelse af evidensbaserede og praksisnære kliniske anbefalinger
- Problemstillingen overvejende er af klinisk, patientrelevant og/eller sundhedsøkonomisk karakter og i mindre grad vedrører drift og planlægning

Rådet anbefaler på baggrund af sin gennemgang følgende fire analysetemaer:

- Anvendelse af patientnær diabetes teknologi
- Håndholdt fokuseret ultralyd i akutmedicin
- Kunstig intelligens som beslutningsstøtte til koloskopi
- Intelligente/højteknologiske hospitalssenge

Analysetemaer Behandlingsrådet anbefaler udvalgt

Nedenfor følger en kort gennemgang af ansøgers motivation og Behandlingsrådets vurdering af de fire forslag, som anbefales.

Anvendelse af patientnær diabetesteknologi (indstiller Region Syddanmark efter fælles ønske fra regionernes sundhedsdirektører)

Diabetesteknologi og diabetesbehandling, herunder insulinpumper, flash glukosemålere mv. til måling og regulering af blodsukker for voksne med type-1 diabetes, har udviklet sig markant over de seneste år og har medført en forbedring i behandlingsresultater og livskvalitet for patienterne. Der tegner sig imidlertid store forskelle i anvendelsen af type-1 diabetesteknologi mellem regioner og kommuner. Samtidig er retningslinjer og anbefalinger på området ikke koordinerede på tværs af teknologierne, hvilket komplicerer en omkostningseffektiv brug af diabetesteknologien. Det er derfor uklart, hvordan ressourcerne anvendes bedst muligt i forhold til at sikre mest sundhed for pengene.

Behandlingsrådets vurdering: Rådet anbefaler temaet udvalgt til analyse, men konstaterer samtidig, at der er væsentlige aspekter, som taler for og imod. Rådet finder temaet karakteriseret ved, at meget ny, dyr teknologi er introduceret på få år. Temaet indeholder nogle væsentlige analyseperspektiver, der fordrer afvejning mellem patientsikkerhed, effekt, produktkvalitet og sundhedsøkonomi, som gør det relevant at udvælge temaet til analyse. Rådet er opmærksomt på, at der i andre fora er dialog og drøftelser om, hvordan der kan skabes mest værdi på området. Rådet

nævner, at man er opmærksom på, at temaet er blevet indstillet efter en drøftelse i sundhedsdirektørkredsen.

Håndholdt fokuseret ultralyd i akutmedicinen (indstiller Odense Universitetshospital)

Ultralydsskanninger anvendes i stigende grad i akutmedicinen som en del af den tidlige diagnostik. Udviklingen af små håndholdte, bærbare enheder, der kan kobles til en smartphone eller tablet, har øget tilgængeligheden af ultralyd til besvarelse af diagnostiske spørgsmål. Der er potentiale for at forkorte forløb i hospitalernes fælles akutmodtagelse og undgå unødvendige undersøgelser ved at igangsætte det rette behandlingsspor tidligere. Da der er flere producenter af ultralydsudstyr i flere prisklasser og med forskellig funktionalitet, er der også behov for at pege på velegnet udstyr til forskellige situationer. Af patientsikkerhedsmæssige årsager er der behov for viden om evidensniveauet for den diagnostiske præcision af den nye generation af håndholdte apparaturer sammenlignet med det traditionelle apparatur.

Behandlingsrådets vurdering: Rådet anbefaler temaet udvalgt til analyse. Rådet bemærker, at håndholdt ultralyd er et meget aktuelt tema, og at retningslinjer vedrørende brug af teknologien er bredt efterspurgt. Det indstillede tema tager udgangspunkt i akutte patienter, men det bemærkes, at viden opnået ved en eventuel analyse muligvis vil kunne overføres til andre kliniske sammenhænge herunder i andre sektorer.

Kunstig intelligens som beslutningsstøtte til koloskopi (indstiller Region Midtjylland)

Anvendelse af kunstig intelligens (AI) vinder frem indenfor koloskopi, og potentialet vurderes at være stort. Leverandører beretter om studier, der viser positive konsekvenser i form af ensartede behandlinger, større patientsikkerhed og tidligere opsporing og behandling af sygdom. Andre studier belyser de negative konsekvenser ved brug af AI såsom overdiagnosticering, hvor patienter udsættes for unødige behandling. Der er behov for at undersøge teknologien nærmere, så fordele og ulemper kan vægtes i forhold til anvendelse af teknologien som beslutningsstøtte.

Behandlingsrådets vurdering: Rådet anbefaler temaet udvalgt til analyse. Rådet bemærker, at der sker stor udvikling inden for kunstig intelligens, hvorfor temaet er relevant. En potentiel forbedring på området kan, i kraft af det nationale screeningsprogram for tarmkræft, samlet set have stor klinisk betydning. Rådet bemærker dog, at der netop inden for koloskopi sker en udvikling af konkurrerende teknologier.

Intelligente/højteknologiske hospitalssenge (indstiller Behandlingsrådet)

Der er et muligt potentiale ved benyttelsen af intelligente senge på særligt plejkrævende behandlingsområder på eksempelvis intensivafdelinger og akutafdelinger. De konkrete funktionaliteter varierer mellem fabrikanter af

højteknologiske senge, men generelt kan de understøtte og i visse tilfælde automatisere forskellige behandlings-, pleje- og terapirelaterede opgaver. Det kan f.eks. være automatisk lejring af patienter, automatisk vejning af patienter, hjælp til mobilisering af patienter og assistance ved hjælp af elmotor ved flytning af patienter mellem afdelinger. Potentialets omfang, herunder bredden af behandlingsområder samt fordele og ulemper ved specifikke produkter, kan med fordel belyses yderligere inden eventuel udbredelse.

Behandlingsrådets vurdering: Rådet anbefaler temaet udvalgt til analyse. Rådet bemærker, at der sker en stor udvikling på området, og at overvejelser om anvendelse af intelligente/højteknologiske hospitalssenge er udbredt på tværs af hospitalerne. Temaet adresserer potentielt flere væsentlige perspektiver såsom mulig frigørelse af personaleressourcer og patientsikkerhed.

Analysetemaer Behandlingsrådet anbefaler eventuelt udvalgt

Foruden de fire analysetemaer, som Behandlingsrådet anbefaler udvalgt til yderligere analyse, så anbefaler rådet følgende to temaer, der eventuelt kan udvælges:

- Diagnostik og behandling af infektionskirurgiske tilstande
- Systematisk monitorering af vitalparametre med henblik på tidlig opsporing af kritisk sygdom (evt. udvælgelse næste år)

Nedenfor følger en kort gennemgang af ansøgers motivation og Behandlingsrådets vurdering af de to forslag.

Diagnostik og behandling af infektionskirurgiske tilstande (indstiller Afdeling for klinisk mikrobiologi på Rigshospitalet)

Patienter med infektioner i knogler eller led udgør en voksende gruppe. Flere i gruppen er ældre borgere, som har gennemgået akutte eller planlagte operationer med indsættelse af fremmedlegemer. Dybe knogle- eller ledinfektioner medfører en ekstremt omkostningstung patientgruppe, som aktuelt diagnosticeres og behandles på for lavt niveau. Denne behandling kan med besparelser optimeres på en lang række punkter.

Behandlingsrådets vurdering: Rådet anbefaler, at temaet eventuelt udvælges til en større analyse. Rådet finder, at temaet er forholdsvis velafgrænset, og at der indenfor området er mulighed for at lave evidensbaserede og praksisnære kliniske anbefalinger. Temaet taler i nogen grad ind i tværsektoriel koordinering af behandling. Det forventes, modsat flere øvrige temaer, at området er præget af mindre hastig sundhedsteknologisk innovation.

Systematisk monitorering af patienters vitalparametre med henblik på tidlig opsporing på kritisk sygdom; balance mellem ressourcer og patientsikkerhed (indstiller Region Syddanmark)

Systematisk og ensartet monitorering af vitalparametre – de vigtigste livstegn f.eks. blodtryk og puls – hos patienter ved hjælp af standardiserede algoritmer bidrager til øget patientsikkerhed og kvalitet. Det vil have betydning for tidlig opsporing af kritisk sygdom. Det vil samtidigt spare patienter for behandling og pleje, der kunne have været undgået samt begrænse ressourceforbruget i sundhedsvæsenet. Over for dette står, at der er en tæt sammenhæng mellem indholdet af det ressourceforbrug, der anvendes til at efterleve monitoreringsstandarderne. Det er derfor relevant at finde den rette balance mellem indholdet og omfanget af den systematiske monitorering og de forventede samlede konsekvenser for patientsikkerheden.

Behandlingsrådets vurdering: Rådet anbefaler med afsæt i en samlet prioritering, at temaet ikke for nuværende udvælges til analyse. Rådet vil i stedet kvalificere deres kendskab til området ved at se på, hvilke potentielle undersøgelsesspørgsmål det er muligt at belyse f.eks. med input fra relevante danske forskningsgrupper. Dette vil ske for at vurdere, om Rådet af egen drift vil indstille temaet til næste års udvælgelsesproces.

Øvrige analysetemaer

Foruden de ovenfor gennemgåede projekter, så har Behandlingsrådet modtaget følgende fem forslag til analysetemaer.

- Behandling af patienter med kroniske smerter
- Ernæring og måltider til indlagte patienter
- Klimaterapi til patienter med psoriasis
- Tinnitus
- Udvikling af det radiologiske område.

De fem temaer omtales ikke nærmere her, da Behandlingsrådet ikke kan anbefale, at analysetemaerne udvælges.

For en mere uddybende beskrivelse af de 11 forslag og af Behandlingsrådets vurdering henvises til vedlagte bilag.

Videre proces

Når bestyrelsen har udvalgt analysetemaer, vil der blive nedsat et fagudvalg, der skal udarbejde analysen samt et beslutningsgrundlag til Behandlingsrådet. Bestyrelsen vil blive orienteret om det endelige resultat af analyserne.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Det kan oplyses, at Sundhedsudvalget har fået de foreslåede analysetemaer og Behandlingsrådets vurdering forelagt til orientering.

Kommunikation

Der udarbejdes en nyhed til Danske Regioners hjemmeside, når bestyrelsen har udvalgt analysetemaer.

Bilag

1. Analysetemaer (1478546 - EMN-2017-04443)
2. Behandlingsrådets bemærkninger til forslag til analysetemaer (1481730 - EMN-2017-04443)

3 (Fortrolig)

4 (Offentlig) Status for jordforurening med fluorstoffer – PFAS og PFOS

Julie Kofoed
EMN-2020-00266

Resumé

Danske Regioner afleverede 10. september 2021 en samlet liste med 145 brandøvelsespladser til Miljøstyrelsen.

En erfaringsopsamling over de 1.092 lokaliteter, som regionerne frem til sommeren 2021 har undersøgt for fluorstoffer (PFAS), viser, at fluorstoffer findes mange andre steder end ved brandøvelsespladser.

Miljøstyrelsen skærpede kvalitetskriteriet for de giftigste fluorstoffer i juli 2021, hvilket betyder, at regionernes opgave vokser.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Drikkevandet er truet af både pesticider og fluorstoffer. I mange år har fokus været på pesticider, men der ses nu en øget trussel fra fluorstoffer, bl.a. som følge af et skærpet grundvandskvalitetskriterie.

Forureninger med PFAS

PFOS tilhører gruppen af fluorstoffer (PFAS), som er en stor gruppe af stoffer. Stofferne har pga. deres overfladeegenskaber været brugt i en lang række brancher, bl.a. jern- og metalvareindustri (særligt forkromning), losse- og fyldpladser, træ- og møbelindustri samt rensierier.

Regionernes Videntcenter for Miljø og Ressourcer har i samarbejde med de fem regioner udarbejdet en erfaringsopsamling over de undersøgelser for PFAS-forbindelser, der er foretaget siden 2015. Undersøgelserne er foretaget på de ovenfor nævnte brancher. Erfaringsopsamlingen blev udgivet med en [nyhed](#) på Danske Regioners hjemmeside den 17. september 2021.

Erfaringsopsamlingen viser, at PFAS påvises på 8 ud af 10 af de i alt 1.092 undersøgte lokaliteter. På knap 7 ud af 10 ses en overskridelse af det nye kvalitetskriterie for de giftigste fluorstoffer.

Miljøstyrelsen skærpede den 5. juli 2021 kvalitetskriterierne for de fire mest giftige PFAS-forbindelser i jord og grundvand med en faktor henholdsvis 40 og

50. Det betyder, at langt flere af de fundne forureninger med disse stoffer kræver en indsats.

Regionerne vil i den kommende tid revurdere de enkelte undersøgte lokaliteter med henblik på, om det ændrede kvalitetskriterie vil give anledning til yderligere indsatser. Endnu ikke undersøgte lokaliteter vil indgå i den samlede opgave, som skal prioriteres i regionerne.

Brandøvelsespladser

Foranlediget af sagen om forurening fra en brandskole i Korsør med fluorstoffet PFOS har Miljøministeriet i forsommeren anmodet Danske Regioner om en samlet liste over brandøvelsespladser i Danmark.

Listen over brandøvelsespladser er tilvejebragt af regionerne med bidrag fra kommunerne og blev den 10. september 2021 fremsendt til Miljøstyrelsen. På [listen er 145 lokaliteter i hele landet](#). Forsvaret og Miljøstyrelsens Virksomhedstilsyn har udpeget yderligere en række lokaliteter, og den samlede liste, som efterfølgende er overdraget til miljøministeren, indeholder i alt 181 lokaliteter.

Flere regioner har igangsat indsatser på nogle af brandøvelsespladserne, primært historiske redegørelser, men for mange pladser afventer man, at kommunen vurderer, om der er en forurener, som kan påbydes at betale for indsatsen. Det forventes, at der vil blive gennemført undersøgelser på flere tidligere brandøvelsespladser i 2022.

I Region Sjælland har de berørte borgere fra Korsør-sagen fået svar på deres indhold af PFOS i blodet. 118 af 187 borgere har et forhøjet niveau af PFOS i blodet. Arbejdsmedicinsk Klinik på Holbæk Sygehus har netop fået godkendt et medicinsk forsøg, hvor man ved hjælp af et kolesterolsænkende præparat vil forsøge at udskille PFOS fra kroppen hos de berørte borgere.

Undersøgelse af andre grupper for PFOS

Region Sjællands undersøgelsestilbud til Korsørborgerne og kortlægningen af brandøvelsespladser i Danmark har givet anledning til spørgsmål om eventuelle tilbud til andre borgere, der mistænker at have forhøjede niveauer af PFOS. Regionerne har i den forbindelse henvist til, at det er op til de nationale sundhedsmyndigheder at vurdere, om der er borgere, som på grund af mulig eksponering for PFOS skal tilbydes et særligt forløb.

[Arbejdstilsynet](#) har med henvisning til Sundhedsstyrelsen vurderet, at der ikke for nuværende er grundlag for systematisk at undersøge f.eks. brandmænd for forhøjede værdier af PFOS. Et politisk flertal ønsker dog, at der igangsættes en national undersøgelse, hvor brandmændene tilbydes en blodprøve, som kan påvise eventuelt PFOS i blodet (Jyllands-Posten den 30. september 2021).

Sundhedsstyrelsen har meddelt, at man nedsætter en ekspertgruppe, som skal understøtte styrelsen i at klarlægge den eksisterende viden om helbredseffekter ved eksponering for PFOS samt beskrive relevante handlinger i forhold til håndtering og sundhedsfaglig rådgivning af borgere eller grupper af borgere – herunder eksempelvis brandmænd – der har været eksponeret for PFOS. Sundhedsstyrelsen har i uge 40 anmodet Danske Regioner om at udpege to regionale repræsentanter til ekspertgruppen. Der er planlagt to møder i gruppen – det første afholdes 7. oktober 2021.

Økonomi

Danske Regioner har den 8. september 2021 anmodet Miljøministeriet om at sende ændringen af kvalitetskriterierne for PFAS i DUT høring.

Desuden opfordrer regionerne til, at der afsættes 100 mio. kr. om året til jordforureningsopgaven på årets finanslov i tillæg til de midler, regionerne allerede bruger på området. De 100 mio. kr. skal dække en øget indsats for både pesticider og fluorstoffer.

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Miljø og Ressourcer har behandlet sagen 16. september 2021.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

5 (Offentlig) Status på hepatitis C

Rikke Gravlev Poulsen
EMN-2018-02743

Resumé

Bestyrelsen opfordrede i marts 2019 regionerne til at arbejde for at udrydde hepatitis C ved at sætte bredt ind med forebyggelse, opsporing og behandling af hepatitis C. Alle regioner har igangsat forskellige indsatser, men arbejdet har været forsinket af COVID-19.

Sundhedsstyrelsen arbejder på en strategi for hepatitis C. Danske Regioner har haft et indledende møde med Sundhedsstyrelsen herom.

Indstilling

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

Sagsfremstilling

WHO har sat mål om, at alle lande i 2030 bør have identificeret 90 procent af personer smittet med hepatitis C og have sat 80 procent i behandling. Bestyrelsen opfordrede på sit møde den 7. marts 2019 regionerne til at sætte bredt ind i forhold til at forebygge, opspore og behandle hepatitis C og arbejde for at nå WHO's mål om at udrydde hepatitis C i 2030.

Danske Regioner har indhentet status fra regionerne om deres arbejde med hepatitis C-området. Status viser, at der i alle regioner er indsatser, der bidrager til at forebygge, opspore og behandle hepatitis C, men at nogle regioner er nået længere end andre. Indsatsen mod hepatitis C er desværre blevet forsinket af COVID-19, men der er nu gang i aktiviteterne igen. Status for de fem regioners indsatser på området er beskrevet i bilag.

Hepatitis C er en sygdom, der er særligt udbredt blandt hjemløse og socialt udsatte. Sygdommen rammer særligt personer med stofmisbrug, da den hyppigste smittevej er dårlig hygiejne ved stofindtag. Danske Regioner arbejder prioriteret med at skabe mere lighed i sundhed, herunder igennem indsatser målrettet særligt udsatte grupper. Som led i Danske Regioners deltagelse i Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed har Danske Regioner valgt indsatsen mod hepatitis C, som et prioriteret område i regionernes indsats for at skabe mere lighed i sundhed.

Strategi for indsatsen mod hepatitis C

Sundhedsstyrelsen arbejder på en strategi for indsatsen mod hepatitis C. Sundhedsstyrelsen er i øjeblikket i en forberedende fase af strategiarbejdet,

hvor styrelsen holder møder med forskellige interessenter på området. Danske Regioner har haft et indledende møde med Sundhedsstyrelsen.

Ved mødet pegede Danske Regioner bl.a. på, at der bør være særligt fokus på at styrke samarbejdet mellem regioner, kommuner, civilsamfundet, fængsler, mv. i forhold til at opspore og behandle hepatitis C. Herunder om der er erfaringer fra den opsporende indsats i forbindelse med test og vaccine under COVID-19, som kan bruges til inspiration. Samtidig er det oplagt også at tænke de nye sundhedsklynger ind i arbejdet. Derudover pegede Danske Regioner på, at der bør være fokus på at sikre god dataunderstøttelse og monitorering af området.

Sundhedsstyrelsen forventer i løbet af efteråret at afholde et stormøde med områdets interessenter samt nedsætte en eller flere arbejdsgrupper. Den endelige strategi forventes at blive offentliggjort i foråret eller sommeren 2022.

Opsporing af personer med hepatitis C

I november 2018 trådte en ny behandlingsvejledning fra Medicinrådet i kraft, som betyder, at alle patienter diagnosticeret med kronisk hepatitis C nu bør tilbydes behandling – uagtet om de har udviklet arvæv på leveren.

Der har tidligere været tvivlsspørgsmål om, hvad der juridisk var mulighed for i forhold til opsporing af personer med hepatitis C. Danske Regioner henvendte sig derfor til Sundheds- og Ældreministeriet med anmodning om afklaring af lovgivningen på området.

Sundheds- og Ældreministeriet har informeret regionerne om, at det med ophæng i sundhedsloven er muligt for det regionale sundhedsvæsen at tage skridt til at opspore tidligere diagnosticerede patienter, hvis behandling er afsluttet i hospitalsregi, for at informere dem om muligheden for behandling. Derudover har ministeriet udstedt en bekendtgørelse, der gør det muligt at opspore personer med hepatitis C, som indgår i forskningsdatabaser.

Regionerne har efter de juridiske afklaringer arbejdet med at klargøre opsporingen af personer med hepatitis C i forskningsdatabaser, og det er nu muligt for regionerne at modtage lister over patienter, der tidligere er konstateret positive for kronisk hepatitis C. Sundhedsdirektørkredsen har aftalt, at alle regionerne senest primo 2021 skulle igangsætte processen med at indkalde personer kendt med hepatitis C, som ikke er i behandling.

Der er vedlagt bilag med oversigt over, hvor mange patienter der er blevet opsporet og behandlet for hepatitis C siden behandlingsvejledningen blev ændret i november 2018. Desværre har det ikke været muligt for alle regioner at opgøre det nøjagtige antal.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Regionernes arbejde med forebyggelse, opsporing og behandling af hepatitis C (1307012 - EMN-2018-02743)
2. Status på hepatitis C september 2021 – antal opsporede og behandlede (1476998 - EMN-2018-02743)

6 (Fortrolig)

7 (Offentlig) Principper for udmøntning af dimensioneringsplanen for speciallægeuddannelserne

Natacha Jensen
EMN-2017-01664

Resumé

Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for speciallægeuddannelserne har stor betydning for den geografiske fordeling af læger. Derfor har sundhedsdirektørkredsen drøftet og tiltrådt en række fælles principper for udmøntningen af Sundhedsstyrelsens nye dimensioneringsplan for 2022-2023.

Sagen beskriver principperne, der har til formål at styrke lægedækningen i hele landet.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen om fælles principper for udmøntningen af Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for speciallægeuddannelserne til efterretning.

Sagsfremstilling

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i juni 2021 en ny to-årig [dimensioneringsplan for 2022-2023](#). Her reguleres antallet af speciallæger ved at fordele uddannelsesforløb mellem de enkelte lægelige specialer og mellem de tre videreuddannelsesregioner. Hvis lægedækningen skal styrkes i de rekrutteringsudfordrede dele af landet, skal der også ses på udbuddet af uddannelsesstillinger i andre dele af landet.

I dag er der stor søgning til uddannelsesstillinger i de populære specialer og uddannelsesstillinger omkring de større byer, mens der er færre ansøgninger til mindre populære specialer og i bestemte geografiske områder. Flere uddannelsesstillinger i og omkring universitetsbyerne kan betyde, at færre læger søger til de områder og specialer, der i dag mangler læger. I udmøntningen af dimensioneringsplanen bør regionerne derfor være opmærksomme på ikke at forstærke de eksisterende lægedækningsproblemer.

Opsummeret indeholder dimensioneringsplanen 2022-2023:

- Antallet af uddannelsesforløb er steget fra de nuværende 1.005,5 i 2021 til 1.067,5 forløb i 2022 og 1.090 forløb i 2023

- Der er øget i 17 ud af 39 specialer, og øgningen er størst i de specialer som regionerne har fokus på (psykiatri, neurologi, radiologi, geriatri og lungemedicin)
- En fastlæggelse af 350 uddannelsesstillinger i almen medicin årligt
- Der er oprettet uddannelsesstillinger i akutmedicin, som blev oprettet som et nyt lægeligt speciale i 2018
- Der er kommet øget fleksibilitet, så videreuddannelsesregionerne kan konvertere ubesatte hoveduddannelsesforløb til hoveduddannelsesforløb i andre specialer.

Danske Regioner og regeringen blev i [økonomiaftalen for 2022](#) enige om fortsat at styrke lægedækningen i Danmark og den geografiske fordeling af speciallæger.

Sundhedsdirektørkredsen har den 17. september 2021 drøftet og tiltrådt en række fælles principper for udmøntningen af Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan. Principperne skal understøtte rekrutteringen til rekrutteringsudfordrede specialer og udkantsområder gennem regional prioritering og koordinering inden for den enkelte videreuddannelsesregion og på tværs af videreuddannelsesregionerne.

F.eks. skal muligheden for at konvertere ubesatte hoveduddannelsesforløb til hoveduddannelsesforløb i andre specialer anvendes med omtanke. Hvis ubesatte forløb konverteres til forløb i de mere attraktive specialer i de store byer, vil det medføre en mindre søgning andre steder.

Principperne er:

1. Det øgede antal hoveduddannelsesforløb i 2022 og 2023 placeres så vidt muligt decentralt i forhold til de større sygehuse i universitetsbyerne.
2. Flexforløbene skal understøtte lægedækning og rekruttering til rekrutteringsudfordrede specialer i hele landet. Derfor bør konvertering af ubesatte stillinger ske koordineret ud fra et hensyn til, at der ikke er ubesatte forløb inden for specialet andre steder i landet. Koordineringen kan ske ved de månedlige koordineringsmøder mellem videreuddannelsessekretariatene og regionerne.
3. Almen medicin omfattes ikke af flexforløb, hvorfor ubesatte forløb i almen medicin ikke kan konverteres til forløb i andre lægelige specialer.
4. De 80 ekstra politisk aftalte forløb i almen medicin slås i videst muligt omfang op i lægedækningstruede områder.
5. Som udgangspunkt tilrettelægges hoveduddannelsesforløb som sammenhængende forløb, så de starter og slutter i lægedækningstruede områder. For almen medicin gælder princippet alene de 80 ekstra aftalte forløb.

Som det fremgår af rapporten fra den tidligere regerings lægedækningsudvalg, er der ikke tale om et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem, men en geografisk, social og specialemæssig fordelingsudfordring, som kan gøre det vanskeligt at sikre en tilstrækkelig lægedækning i nogle områder af landet.

Et eksempel på de interne forskelle finder man f.eks. i Videreuddannelsesregion Øst. Her er samtlige 84 opslåede stillinger i specialet almen medicin blevet besat de senere år i Region Hovedstaden – bortset fra en stilling på Bornholm, som nu og da har været ubesat. På det øvrige Sjælland var det derimod blot 29 ud af Region Sjællands 55 hoveduddannelsesstillinger, som blev besat i 2020.

I 2019 og 2020 lykkedes det f.eks. aldrig at besætte henholdsvis 88 og 106 uddannelsesstillinger på landsplan. Særligt var der mange ubesatte forløb i almen medicin (59) og akutmedicin (31). Det fremgår af Sundhedsstyrelsens årlige opgørelse af [Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb 2020 \(sst.dk\)](https://sst.dk).

Baggrund

Sundhedsstyrelsens første udkast til en ny dimensioneringsplan for 2022-2025 skabte en del debat og kritik fra Lægeforeningen og de lægefaglige selskaber. Efter kritikken valgte Sundhedsstyrelsen at trække dimensioneringsplanen tilbage. Se evt. [Danske Regioners høringsvar](#) til den første dimensioneringsplan.

Danske Regioner og regeringen blev i økonomiaftalen for 2022 enige om fortsat at styrke lægedækningen i Danmark, herunder særligt den geografiske fordeling af speciallæger. Regeringen og Danske Regioner er enige om fra 2022 gradvist at øge antallet af hoveduddannelsesforløb blandt andet i rekrutteringsudfordrede specialer og uden for de større byer.

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde den 28. juni 2021 en ny toårig dimensioneringsplan for 2022-2023.

Økonomi

Der følger ikke økonomi med dimensioneringsplanen. Ved etablering af nye uddannelsesstillinger skal regionerne tilvejebringe finansiering og uddannelseskapacitet.

Sekretariatets bemærkninger

Når studerende starter på medicinstudiet, begynder mange fra dag ét at overveje, "hvilken slags læge vil jeg gerne være". Langt de fleste vælger efter

uddannelsen til læge at fortsætte deres uddannelse og karriere i én af de 39 speciallægeuddannelser, vi har i Danmark.

Dimensionering

Sundhedsstyrelsen dimensionerer cirka hvert femte år, hvor mange speciallæger der skal uddannes i Danmark – og hvor i landet de skal uddannes. Dimensioneringsplanen regulerer med andre ord antallet af speciallæger nationalt gennem fordeling af uddannelsesforløb inden for de enkelte specialer og de tre videreuddannelsesregioner.

Dimensionering af speciallægeuddannelserne er derfor afgørende for drift og udvikling af sundhedsvæsenet, da det sætter en ramme for antallet af speciallæger i de forskellige specialer og påvirker, hvor i landet de kommer til at arbejde. Dimensionering er samtidig afgørende for den enkelte læges karriere, da dimensioneringen sætter rammen for, hvilke lægelige specialer sundhedsvæsenet efterspørger.

Uddannelsesstillingerne fordeles i de tre videreuddannelsesregioner:

- Nord (som dækker Region Nordjylland og Region Midtjylland)
- Syd (som dækker Region Syddanmark)
- Øst (som dækker Region Sjælland og Region Hovedstaden)

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

8 (Fortrolig)

9 (Offentlig) 1. behandling af Danske Regioners budget 2022

Kristian Terp
EMN-2021-01220

Resumé

Budgetforslag 2022 er udarbejdet i 2022 pris- og lønniveau.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,4 procent svarende til 0,4 kr. pr. indbygger, og fastsættes til 25,1 kr. pr. indbygger for 2022.

Indstilling

Det indstilles,

at budgettet for 2022 fastsættes med et driftsunderskud på 33,4 mio. kr., og at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,4 procent og indstilles til godkendelse på generalforsamlingen til 25,1 kr. pr. indbygger for 2022.

Sagsfremstilling

Materialet til første behandling af forslaget til budget for 2022 for Danske Regioner er opdelt i følgende punkter:

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
2. Budgetforslag 2022, herunder
 - Forventet regnskab 2021
 - Budgetforudsætninger
 - Budget 2022
 - Kontingent 2022

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

En forsættelse af den nuværende finansieringsstruktur, med en delvis finansiering via træk på formuen, kan ske frem til og med 2033.

Udgangspunktet for dette er det forventede regnskab for 2021, forslaget til budget 2022 samt en mekanisk fremskrivning af disse forudsætninger.

Der er i bilaget om finansiering redegjort for de enkelte finansieringskilder.

Det forhold, at kun den kontingentfinansierede del af driftsbudgettet pris- og lønreguleres, medfører et automatisk produktivitetskrav svarende til 0,4 mio. kr. i 2022.

2. Budgetforslag 2022

Forventet regnskab 2021

Det forventede regnskab viser en resultatforbedring på 34,3 mio. kr. (tabel 1). Kapitalindtægterne forventes på baggrund af de første 8 måneder at overstige

budgettet med 13,4 mio. kr. (med forbehold for udsving i den sidste tredjedel af året).

Med den ekstra projektbevilling til Ekstraordinær klimaindsats i perioden 2021-23 forventes årets resultat at ende med et overskud på 14,5 mio. kr., svarende til en resultatforbedring på 48,1 mio. kr.

Forbedringen af årets resultat skyldes for Danske Regioners sekretariats vedkommende dels lavere udgifter til mødeaktiviteter og drift af huse, primært som følge af nedlukningen i 1. halvår 2021 (COVID-19), dels lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser. De lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser skyldes primært uforbrugte midler på de afsatte puljer. Medicinrådets andel af resultatforbedringen udgør 7,5 mio. kr., mens Behandlingsrådet i sit første leveår har et mindre forbrug på 8,6 mio. kr.

Tabel 1: Forventet regnskab 2021

Forventet regnskab 2021	Budget 2021	Forventet regnskab	Forskel B-FvR
Kontingent	-143.800.000	-144.200.000	400.000
Øvrige kontingenter	-94.100.000	-94.100.000	0
Øvrige indtægter	-21.100.000	-21.900.000	800.000
Indtægter i alt:	-259.000.000	-260.200.000	1.200.000
Løn	174.400.000	169.500.000	4.900.000
Øvrige personaleudgifter	28.600.000	25.300.000	3.300.000
Personaleudgifter i alt:	203.000.000	194.800.000	8.200.000
Drift af huse	12.000.000	10.600.000	1.400.000
Fremmede tjenesteydelser	30.100.000	16.700.000	13.400.000
Mødeaktiviteter	10.700.000	4.000.000	6.700.000
Øvrig drift	38.700.000	35.300.000	3.400.000
Tilskud	3.200.000	3.200.000	0
Udgifter i alt:	94.700.000	69.800.000	24.900.000
Driftsresultat:	38.700.000	4.400.000	34.300.000
Kapitalindtægter	-7.500.000	-21.100.000	13.600.000
Kapitaludgifter	400.000	600.000	-200.000
Kapitalposter i alt:	-7.100.000	-20.500.000	13.400.000
Resultat:	31.600.000	-16.100.000	47.700.000
Projektbevillinger	2.000.000	1.600.000	400.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	33.600.000	-14.500.000	48.100.000

Budgetforudsætninger

Budgetforslaget for 2022 er udarbejdet som et rammebudget i forventet 2022 pris- og lønniveau (budgettet er opregnet med en pris- og lønregulering på 1,4 procent).

Budgetforslaget indbefatter bidrag og udgifter til Medicinrådet, Behandlingsrådet, Regionernes Fælles Indkøb (RFI), Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI), Videntcenter for Miljø og Ressourcer (VMR), Regionernes IT Råd samt Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams (Kvalitetsenheden).

Budget 2022

Tabel 2 nedenfor viser det samlede budget for Danske Regioner (inkl. ovennævnte råd og enheder) for 2021 og forslag til Budget 2022 (alt i 2022 P/L). Behandlingsrådets kontingent for 2021 var sat til $\frac{3}{4}$ af det fremtidige kontingentniveau.

Tabel 2: Budget 2021 og Budgetforslag 2022 i 2022 P/L inkl. Medicinrådet m.fl.

Budgettal i 2022 P/L:	Budget 2021	Budget 2022
Kontingent	-145.800.000	-146.400.000
Øvrige kontingenter*	-95.520.000	-103.100.000
Øvrige indtægter	-20.600.000	-21.800.000
Indtægter i alt:	-261.920.000	-271.300.000
Løn	180.980.000	185.000.000
Øvrige personaleudgifter	27.500.000	26.900.000
Personaleudgifter i alt:	208.480.000	211.900.000
Drift af Regionernes Hus m.m.	11.300.000	14.000.000
Fremmede tjenesteydelser	29.880.000	32.800.000
Mødeaktiviteter	11.000.000	10.400.000
Øvrig drift	38.560.000	41.700.000
Tilskud	3.200.000	3.200.000
Udgifter i alt:	93.940.000	102.100.000
Driftsresultat:	40.500.000	42.700.000
Kapitalindtægter	-7.600.000	-7.500.000
Kapitaludgifter	300.000	500.000
Kapitalposter i alt:	-7.300.000	-7.000.000
Resultat:	33.200.000	35.700.000
Projektbevillinger	1.000.000	1.000.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	34.200.000	36.700.000

*) Øvrige kontingenter udgøres af 51,8 mio. kr. til Medicinrådet (jf. tabel 4 nedenfor), 30,4 mio. kr. til Behandlingsrådet (jf. tabel 5 nedenfor) og 20,9 mio. kr. til de øvrige selvstændigt finansierede områder (jf. tabel 6 nedenfor).

Tabel 3 viser budgetforslaget for Danske Regioners sekretariat.

Tabel 3: Danske Regioners basisbudget 2022

Budgettal i 2022 P/L:	Budget 2021	Budget 2022
Kontingent	-145.800.000	-146.400.000
Øvrige indtægter*	-21.200.000	-23.000.000
Indtægter i alt:	-167.000.000	-169.400.000
Løn	111.400.000	113.800.000
Øvrige personaleudgifter	20.800.000	20.200.000
Personaleudgifter i alt:	132.200.000	134.000.000
Drift af Regionernes Hus	8.900.000	9.200.000
Fremmede tjenesteydelser**	20.300.000	20.700.000
Mødeaktiviteter	8.000.000	7.300.000
Øvrig drift	28.600.000	28.400.000
Tilskud	3.200.000	3.200.000
Udgifter i alt:	69.000.000	68.800.000
Driftsresultat:	34.200.000	33.400.000
Kapitalindtægter	-7.500.000	-7.500.000
Kapitaludgifter	400.000	500.000
Kapitalposter i alt:	-7.100.000	-7.000.000
Resultat:	27.100.000	26.400.000
Projektbevillinger	2.000.000	3.000.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	29.100.000	29.400.000

*) Øvrige indtægter kommer fra samarbejdsaftaler, finanslovsbidrag til RLTNs drift, samt huslejeindtægter fra Sundhed.dk.

**) Fremmede tjenesteydelser indeholder konsulentydelse (16,0 mio.kr.), advokat (1,0 mio.kr.), kommunikationsformål (1,5 mio. kr.) og div. øvrige formål (2,2 mio. kr.). Konsulentydelse består af Bestyrelsespuljen (4,5 mio. kr.), Beredskabspuljen (2,8 mio. kr.), Analysepuljen (2,9 mio. kr.), reservationspulje til bestyrelsens disposition (1,25 mio. kr.), IT konsulentydelse (3,2 mio. kr.) og div. særskilte formål (1,5 mio. kr.).

Stigningen i kontingentindtægten skyldes et stigende folketal fra 3. kvartal 2021 og frem.

Stigningen i lønbudgettet skyldes dels barsler og dels de to klimastillinger finansieret af projektbevillingen Ekstraordinær klimaindsats i 2021-23. Der er endvidere omprioriteret fra drift og fremmede tjenesteydelser til lønmidler. Besparelsen på konsulentydelse i 2021 i form af reducerede puljer og IT konsulentydelse er fastholdt. Besparelsen er udmøntet i en reservationspulje til bestyrelsens disposition.

I tabel 4 nedenfor vises Medicinrådets budget for 2022.

Tabel 4: Medicinrådets budget 2022

Budgettal i 2022 P/L:	Budget 2021	Budget 2022
Øvrige kontingenter	-51.800.000	-51.800.000
Midler fra Staten	-2.000.000	-2.000.000
Indtægter i alt:	-53.800.000	-53.800.000
Løn	40.700.000	40.700.000
Øvrige personaleudgifter	5.400.000	5.400.000
Personaleudgifter i alt:	46.100.000	46.100.000
Husleje m.m.	2.400.000	4.800.000
Fremmede tjenesteydelser	4.100.000	4.100.000
Mødeaktiviteter	1.400.000	1.400.000
Øvrig drift	5.200.000	5.200.000
Udgifter i alt:	13.100.000	15.500.000
Driftsresultat:	5.400.000	7.800.000

Medicinrådet budgetterer i 2022 med et merforbrug på 7,8 mio. kr., der finansieres af de hensatte uforbrugte midler fra tidligere år. Medicinrådet havde primo 2021 20,1 mio. kr. i uforbrugte midler. Stigningen i husleje skyldes flytning til større lokaler i efteråret 2021.

I tabel 5 nedenfor vises Behandlingsrådets budget for 2022.

Behandlingsrådet har i sidste første år (2021) en reduceret økonomisk ramme. For 2022 er kontingentet øget til aftalt fast niveau.

Som led i økonomiaftalen for 2022 har Behandlingsrådet fået en ramme på 4 mio.kr. til udarbejdelse af årlige analyser af ulighed i sundhed på et udvalgt behandlingsområde.

Tabel 5: Behandlingsrådets budget for 2022

Budgettal i 2022 P/L:	Budget 2021	Budget 2022
Øvrige kontingenter	-22.820.000	-30.400.000
Analyser af ulighed i sundhed	0	-4.000.000
Indtægter i alt:	-22.820.000	-34.400.000
Personaleudgifter i alt:	15.980.000	19.500.000
Fremmede tjenesteydelser	2.280.000	6.500.000
Andre driftsudgifter	4.560.000	8.400.000
Udgifter i alt:	6.840.000	14.900.000
Driftsresultat:	0	0

I tabel 6 vises de samlede budgetter for de øvrige enheder i Danske Regioner med særskilt kontingent finansiering; RSI, RFI, VMR, IT Rådet og Kvalitetsenheden.

Tabel 6: RSI, RFI, VMR, It Rådet og Kvalitetsenhedens budget 2022

Budgettal i 2022 P/L:	Budget 2021	Budget 2022
Øvrige kontingenter	-20.900.000	-20.900.000
Indtægter i alt:	-20.900.000	-20.900.000
Løn	12.900.000	13.000.000
Øvrige personaleudgifter	1.300.000	1.300.000
Personaleudgifter i alt:	14.200.000	14.300.000
Øvrige udgifter:	6.700.000	6.600.000
Driftsresultat:	0	0

Som i de foregående år forelægges bestyrelsen som en del af budgetforslaget Danske Regioners normeringsoversigt. Den er nedenfor opdelt i henholdsvis Sekretariatet, de særskilt finansierede områder, Medicinrådet og Behandlingsrådet (tabel 7).

Tabel 7: Normeringsoversigt for hhv. Sekretariatet, de særskilt finansierede områder, Medicinrådet og Behandlingsrådet.

	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22
Sekretariatet	150,2	150,7	150,7	147	147	150	150
Elever	4	5	4	4	5	5	5
Danske Regioners sekretariat i alt	154,2	155,7	154,7	151	152	155	155

	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22
Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI)	4,3	4,3	4,3	5,0	7,0	6,0	6,0
Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR)	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Regionernes Fællesindkøb (RFI)	0,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Regionernes IT råd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22
Medicinrådet	0	30	35	39	48	50	55

	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22
Behandlingsrådet	0	0	0	0	0	22	28

Kontingent 2022

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen. Kontingentet foreslås pris- og løntalsreguleret på baggrund af den udmeldte sats for den generelle regionale PL (ekskl. Sygehusmedicin). For 2022 vil det pris- og løntalsregulerede kontingent udgøre 25,10 kr. pr. indbygger, svarende til en stigning på 0,40 kr. pr. indbygger i forhold til 2021.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter (1480139 - EMN-2021-01220)

10 (Offentlig) Rammer for Danske Regioners generalforsamling 2022

Kirstine Korsager
EMN-2021-01128

Resumé

Danske Regioner holder generalforsamling 2022 (GF22) i Aarhus den 24. marts 2022. Der lægges op til at følge formatet for GF fra tidligere år.

Det foreslås endvidere, at der igen holdes en konference for regionsrådsmedlemmer dagen før generalforsamlingen.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender rammer for Danske Regioners generalforsamling 2022, herunder at der holdes en konference for regionsrådsmedlemmer dagen før generalforsamlingen.

Sagsfremstilling

Danske Regioners generalforsamling 2022 holdes den 24. marts 2022 på Centralværkstedet i Aarhus. Samme dag er der konstituerende møde i den nye bestyrelse for Danske Regioner. Desuden lægges der op til, at der – ligesom tidligere år forud for GF22 – holdes en konference for regionsrådsmedlemmer den 23. marts 2022 på Comwell Hotel Aarhus. Onsdag den 23. marts 2022 er der også møde i den afgående bestyrelse.

Afvikling af Danske Regioners generalforsamling

Det foreslås, at der planlægges ud fra følgende rækkefølge på og indhold i programmet for generalforsamlingen:

Kl.	Programpunkt
9.30	Velkomst – v/ formanden
9.35	Key note speaker og debat
10.30	Åbning af GF (og valg af dirigent)
10.35	Formandens tale
11.05	Regeringens hilsen
11.30	<i>For politikere: Politiske gruppemøder inkl. frokost</i> <i>For gæster: Gæsteture og efterfølgende frokost</i>
14.00	Årets Borgerinddragende Initiativ
14.10	Generalforsamlingen genoptages <ul style="list-style-type: none">• Regnskab 2021 og kontingent 2022• Politisk debat om formandens tale og beretning 2021

- Valg af 17 medlemmer samt stedfortrædere til Danske Regioners bestyrelse
- Indkomne forslag
- Næste møde
- Eventuelt

16.20 Tak for i dag

16.30 *For ny bestyrelse: Konstituerende bestyrelsesmøde*
For øvrige politikere og gæster: Lounge i Smedjen

17.30 *Fælles fotografering af bestyrelsen*

18.30 Middag

Note: elementerne med blå er obligatoriske i henhold til Danske Regioners vedtægter

Det er for nuværende planen at udarbejde følgende publikationer i forbindelse med generalforsamlingen:

- Programhæfte
- "Regioner i bevægelse", som også indeholder Danske Regioners beretning 2021

Konference for regionsrådsmedlemmer dagen før GF22

Den 23. marts 2022 lægges der igen op til at afholde en konference for de 205 regionsrådsmedlemmer. Konferencen vil tage udgangspunkt i aktuelle regionalpolitiske emner og give regionsrådsmedlemmerne mulighed for at drøfte og debattere på tværs af geografiske og politiske ståsteder.

Der planlægges efter, at første og sidste del af programmet afvikles i plenum, mens den midterste del forventes at bestå af tre parallelsessioner, som der skal vælges mellem.

Tentativt program for konferencen:

Kl.	Programpunkt
12.00	Mulighed for frokost
13.00	Velkomst – v/formanden
13.10	Oplæg og debat om regionerne og valget
13.55	Parallelsessioner – der vælges én
15.00	Kaffepause
15.30	Regeringens planer – oplæg v./[sundhedsministeren – ikke bekræftet] (ca. 25 minutter) og derefter spørgsmål og dialog med salen
16.15	Formandskabet stiller op: Korte oplæg og spørgsmål/kommentarer fra salen

16.45 Lounge med fejring af regionalvalget og mulighed for at netværke

17.15 *For afgående bestyrelse: møde om næste dags generalforsamling*

19.00 Middag med regionsrådsmedlemmer fra egen region

Bestyrelsesmøde dagen før GF22

Efter konferencen for regionsrådsmedlemmer er der – mens de øvrige regionsrådsmedlemmer har mulighed for at netværke – møde i den afgående bestyrelse for at forberede generalforsamlingen.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

11 (Offentlig) Høringssvar - Forslag til lov om velfærd

Valentin Thyge Egeberg
EMN-2021-01241

Resumé

Finansministeriet har sendt forslag til lov om velfærd i høring. Formålet med loven er at sikre, at realvæksten i det offentlige forbrug mindst skal modsvare væksten i det demografiske træk for det kommende finansår, eller at finansministeren alternativt skal fremlægge tiltag, der kan sikre, at realvæksten i det offentlige forbrug modsvarer væksten i det demografiske træk.

Danske Regioner er i høringssvaret positivt indstillet i forhold til loven men pointerer, at velfærdsloven kun dækker en del af den økonomiske udfordring, regionerne står overfor. Hertil påpeges det, at der bør være åbenhed og transparens om metode og bagvedliggende beregninger.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Finansministeriet har den 21. september 2021 sendt forslag til lov om velfærd i høring.

Lovforslaget skal sikre, at realvæksten i det offentlige forbrug minimum skal modsvare væksten i det demografiske træk. I lovforslaget lægges der op til, at finansministeren kan bestemme den nærmere metode for opgørelsen af væksten i demografiske træk og i exceptionelle tilfælde afvige fra velfærdsloven. Eksempler på ibrugtagningen af undtagelsesklausulen kan være ved alvorlige økonomiske tilbageslag eller usædvanlige begivenheder uden for statens kontrol.

Velfærdsloven beskriver ikke, hvordan fordelingen mellem stat, regioner og kommuner skal være. Der er tale om en vækstberegning for det demografiske træk på tværs af sektorer, som skal være på niveau med realvæksten.

Velfærdsloven beskriver heller ikke, hvordan den konkrete udmøntning skal foregå. Det vil sige, at det demografiske træk kan udmøntes i økonomiforhandlingerne, ved finanslovsforslaget eller ved at fremlægge nye prioriteringer i øvrigt. I dag udmøntes det demografiske træk i økonomiforhandlingerne og Danske Regioner mener fortsat, at det demografiske træk skal udmøntes i de årlige økonomiforhandlinger.

Finansministeren bliver ved loven forpligtet til at offentliggøre det demografiske træk i august. Det demografisk træk er hidtil blevet opgjort i august for de kommende fem år, og der lægges derved ikke op til en ændret model for offentliggørelse. I bemærkningerne til lovforslaget forudsættes det, at finansministeren offentliggør den til enhver tid anvendte metode online.

Danske Regioners bemærkninger til lovforslaget

I høringssvaret er Danske Regioner positivt indstillet i forhold til loven men pointerer, at velfærdsloven kun dækker en del af den økonomiske udfordring, regionerne står overfor, som udover demografi også skyldes bl.a. stigende medicinudgifter og nye behandlingsformer.

Hertil påpeges det i høringssvaret, at der bør være fuldstændig åbenhed og transparens om både metode og bagvedliggende beregninger, og at ny viden løbende bør indarbejdes i metodearbejdet.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen:
<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/65539>.

Økonomi

Det fremgår af bemærkningerne, at forslaget ikke vil medføre merudgifter for staten, kommuner og regioner.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Hørringssvar vedrørende forslag til lov om velfærd (1479031 - EMN-2021-01241)

12 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien

Josefina Hindenburg Krausing
EMN-2021-01211

Resumé

Danske Regioner har d. 31. august 2021 modtaget forslag til ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien i høring fra Sundhedsministeriet. Lovforslaget bygger på en national handlingsplan til at imødegå udfordringerne med undvigelser fra lukkede fængsler/arresthuse og psykiatriske afsnit, der huser surrogatanbragte varetægtsarrestanter.

Danske Regioner ser overordnet positivt på de foreslåede ændringer til psykiatriloven. Det er særligt positivt, at personalets sikkerhed og arbejdsmiljø vægtes højt, og at der indføres særlige regler for personer anbragt i varetægtssurrogat.

Danske Regioner understreger i høringssvaret, at de foreslåede ændringer ikke kan stå alene, men at det er en afgørende forudsætning, at der som beskrevet i handlingsplanen etableres særlige udredningsafsnit i regi af kriminalforsorgen, hvor undvigelsestruede fanger med negativ social adfærd skal udredes.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har den 31. august 2021 modtaget forslag til ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (husordener på psykiatriske afdelinger, sikkerhedskontroller i retspsykiatrien, særlige regler for surrogatanbragte) i høring fra Sundhedsministeriet. Høringen er en udløber af dels Ombudsmandens fokus på husordener, dels arbejdet med Rigspolitiet efter fangeflugten i Slagelse. Endvidere er høringen en udløber af en dom i Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol om tidsinterval for lægelig vurdering ved bæltefikseringer.

Det foreliggende lovforslag skal særligt tilgodese sikkerheden på de psykiatriske afdelinger og højne den generelle retssikkerhed for psykiatriske patienter. I lovforslaget foreslås det bl.a.:

- At der gives hjemmel til en række begrænsninger i husordener på psykiatriske afdelinger.

- At der indføres notatpligt for den faste vagt for bæltefikserede patienter.
- At der kan anvendes bagagescannere i psykiatrien, og at der kan anvendes både krops- og bagagescannere uden mistanke om indførelse af rusmidler, farlige genstande m.v. på de retspsykiatriske afdelinger.
- At der kan oprettes særlige afdelinger for personer anbragt i varetægtssurrogat, hvor der kan iværksættes særlige begrænsninger.
- At der indføres et fast tidsinterval for den første lægelige vurdering af tvangsfikserede patienter på fire timer, og at de efterfølgende vurderinger skal ske med højst ti timers mellemrum.

Det er hensigten, at lovforslaget skal træde i kraft den 1. januar 2022.

Danske Regioners bemærkninger til lovforslaget

I 2019 undveg en person fra retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrien Slagelse. Som opfølgning har Justitsministeriet bedt Rigspolitiet, Rigsadvokaten og Direktoratet for Kriminalforsorgen om i fællesskab at udarbejde en handlingsplan til at imødegå udfordringerne med undvigelser fra lukkede fængsler/arresthuse og psykiatriske afsnit, der huser surrogatanbragte varetægtsarrestanter. Danske Regioner har været involveret i forløbet med udarbejdelse af anbefalingerne til handlingsplanen til imødegåelse af udfordringer med fangeflugter, som lovforslaget bygger på. I den forbindelse fremsendte Danske Regioner i marts 2021 forslag til anbefalinger, der kan forebygge arrestanters flugt fra psykiatrien. Danske Regioners høringssvar er bl.a. baseret på disse anbefalinger.

Danske Regioner ser overordnet positivt på de foreslåede ændringer til psykiatriloven. Det er særligt positivt, at personalets sikkerhed og arbejdsmiljø vægtes højt, og at der indføres særlige regler for personer anbragt i varetægtssurrogat. Danske Regioner bemærker også, at det er væsentligt, at der som led i handlingsplanen oprettes særlige udredningsafsnit i regi af Kriminalforsorgen, hvor fanger med negativ social adfærd, der er meget undvigelsestruede, skal udredes.

De mere konkrete bemærkninger fremgår af høringssvaret.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen:

<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/65461>

Økonomi

Danske Regioner har i øvrigt tidligere forudsat, at regionerne kompenseres for de nye opgaver i handlingsplanen til at imødegå udfordringerne med undvigelse fra lukkede fængsler/arresthuse og psykiatriske afsnit, der huser surrogatanbragte varetægtsarrestanter i henhold til reglerne herfor, jf. DUT-vejledningen.

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret er fremsendt med forbehold for bestyrelsens godkendelse på møde den 14. oktober 2021.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. høringssvar til forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (1482255 - EMN-2021-01211)

Resumé

Regionerne og universiteterne har besluttet at nedsætte en ny juridisk arbejdsgruppe, som har til formål at løse de juridiske barrierer, som sundhedsforskere oplever i dag.

Arbejdsgruppen skal bl.a. konsolidere de tiltag, der allerede er iværksat af regioner og universiteter på området. Samtidig skal der sættes turbo på at finde løsninger fremadrettet.

I nærværende sag redegøres for de tiltag, som regioner og universiteter allerede har iværksat for at løse juridiske barrierer på forskningsområdet.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Lovgivningen om forskning i sundhedsdata er kompleks og giver anledning til tvivl om fortolkning heraf blandt regioner og universiteter. Det skaber tunge og langsommelige processer og dermed svære vilkår for forskere.

Regionerne og universiteterne har derfor i september 2021 besluttet at nedsætte en ny juridisk arbejdsgruppe for sundhedsforskning. Formålet med arbejdsgruppen er at løse de juridiske barrierer, som sundhedsforskere oplever i dag. Fokus vil særligt være på den kliniske forskning og registerforskningen i en tværregional og tværuniversitær kontekst. Arbejdsgruppen skal hjælpe med at sikre ens fortolkning blandt regioner og universiteter af gældende lovgivning og dermed en afklaring af rammerne for det fælles arbejdsgrundlag.

Arbejdsgruppens succes vil afhænge af, at den øverste ledelse i regioner og på universiteter sikrer ledelsesmæssig forankring og ensartet implementering af arbejdsgruppens løsninger, som skal kunne anvendes i praksis.

Regionerne og universiteterne har allerede iværksat en række tiltag for at løse de juridiske barrierer på forskningsområdet. Formålet med den nye juridiske arbejdsgruppe er derfor også at konsolidere eksisterende arbejder for at skabe en mere forenklet indsats på området. Det betyder, at både afsluttede og igangværende arbejder skal overdrages til den nye gruppe.

I det følgende redegøres for det arbejde, som regionerne allerede har gjort, med henblik på at afdække og skabe opmærksomhed omkring de juridiske barrierer, som databeskyttelseslovgivningen giver anledning til på forskningsområdet. Endvidere redegøres kort for de tværregionale og tværuniversitære tiltag, der er sat i værk for at løse juridiske barrierer på området.

Danske Regioner og regionernes evaluering af databeskyttelseslovgivningens betydning for forskningsområdet

Devoteam A/S og Bech-Bruun foretog i 2017 på Danske Regioners foranledning en større analyse af de juridiske barrierer for brug af sundhedsdata, herunder på området for kvalitetsudvikling og værdibaseret styring. Formålet var at belyse, hvordan f.eks. manglende eller uklare hjemmelsgrundlag står i vejen for forebyggelse og eksplorativ forskning. Der blev hertil i samarbejde med KL lavet en kortlægning af de juridiske udfordringer på området, herunder også i forhold til data til brug for konkret behandling af patienter. Analyser og kortlægning blev sendt til staten.

Alle Folketingets partier indgik i juni 2018 en aftale om bedre brug af sundhedsdata, hvor der bl.a. blev peget på behovet for at forbedre rammerne for forskning i sundhedsdata. Der blev herefter foretaget en ændring af sundhedsloven, som trådte i kraft den 1. juli 2019. I den forbindelse blev reglerne om brug af data i forbindelse med aktuel patientbehandling forenklet, hvorimod der ikke blev foretaget de ønskede ændringer af lovgivningen vedrørende bl.a. værdibaseret sundhed. Der blev heller ikke skabt en tydeliggørelse og forenkling af reglerne på forskningsområdet.

Databeskyttelsesforordningen trådte i kraft i maj 2018, og EU igangsatte i 2020 en evaluering heraf, som gav anledning til Justitsministeriets høring af relevante aktører.

Danske Regioner sendte i den forbindelse på vegne af regionerne en evaluering af GDPR til Justitsministeriet (vedlagt som bilag), hvor Danske Regioner i forhold til forskningsområdet bl.a. pegede på, at det skal tydeliggøres, hvilken lovgivning der skal anvendes i forhold til forskningsprojekter. Danske Regioner opfordrede også til, at der udarbejdes en vejledning om, hvornår der kan videregives personoplysninger til tredjepart i forbindelse med forskningsprojekter.

Justitsministeriet forholdt sig ikke til regionernes bemærkninger i deres endelige evalueringsrapport, som hovedsageligt handler om Datatilsynets rolle og vejledning. I et opfølgende brev i marts 2021 fra Danske Regioner til Justitsministeriet (vedlagt som bilag) gentog Danske Regioner derfor nogle af de synspunkter, som Justitsministeriet ikke havde adresseret i deres

evaluering. Det drejede sig bl.a. om behovet for at tydeliggøre hjemmelsgrundlaget i forhold til forskning.

Justitsministeriet besvarede Danske Regioners henvendelse i juni 2021 (vedlagt som bilag), men kommenterede i den forbindelse ikke konkret på de udfordringer, som var blevet rejst i forhold til forskning. Ministeriet anerkendte dog, at der generelt er brug for mere vejledning om GDPR.

Datatilsynet har i besvarelse af spørgsmål 1557 af 9. september 2021 til Folketingets Sundhedsudvalg oplyst, at tilsynet og Sundhedsministeriet har et igangværende samarbejde om udfærdigelse af vejledninger på forskningsområdet. Arbejdet forventes at udmønte sig i en række vejledende tekster om emner, som vurderes at kunne give anledning til tvivl i forbindelse med forskningsprojekter mv. inden for sundhedsområdet. Det er således hensigten, at vejledningerne skal hjælpe til at skabe mere klarhed om reglerne på en række områder, herunder samspillet mellem databeskyttelsesreglerne og mere specifikke regler på sundhedsområdet. Det er umiddelbart forventningen, at flere af vejledningerne vil blive udgivet inden udgangen af 2021.

Samtidig anerkender Datatilsynet, at der er behov for at lave et samlet eftersyn af lovgivningen på forskningsområdet. Der vil derfor blive nedsat en tværministeriel arbejdsgruppe for at sikre, at lovgivningen er sammenhængende.

Der er dermed stillet vejledninger og eventuelt lovændringer i udsigt, som vil gøre det nemmere for regioner og universiteter at fortolke og anvende lovgivningen på forskningsområdet, og som derfor vil skabe nemmere vilkår for forskningen.

Fællesregionale og universitære juridiske tiltag på sundhedsforskningsområdet

Regioner og universiteter er meget opmærksomme på, at der hersker tvivl om fortolkning af lovgivningen på forskningsområdet, hvilket skaber barrierer for sundhedsforskning. Der har derfor i regi af Ledelsesforum for Medicinsk Sundhedsforskning (LMS) været nedsat en juridisk arbejdsgruppe, som har udarbejdet to vejledninger om sundhedsvidenskabelige forskningssamarbejder mellem regioner og universiteter med brug af sundhedsdata.

Fokus for den første LMS-vejledning fra 2018 er samarbejder om behandling af personoplysninger fra eksisterende sundhedsregistre/databaser, og fokus for den anden vejledning fra 2020 er forskningssamarbejder, hvor personhenførbare patientjournaloplysninger indgår. Vejledningerne har kun i begrænset omfang været anvendt af regionerne.

LMS-arbejdsgruppen har ikke haft møder efter færdiggørelsen af de to vejledninger.

Endvidere nedsatte Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC)'s bestyrelse i 2020 en tværregional juragruppe med det formål at sikre en fælles fortolkning blandt regionerne og universiteter vedr. reglerne for, hvordan ansvaret for data i et forskningsprojekt skal placeres, herunder spørgsmålet om, hvornår forskingssamarbejder skal baseres på en databehandleraftale, og hvornår samarbejder skal baseres på en samarbejdsaftale mellem fælles dataansvarlige. Gruppen forventes at afslutte sit arbejde ultimo 2021. Den nye juridiske arbejdsgruppe skal sikre implementering af DCCC gruppens vejledning.

Hertil kommer, at der med projektet *Én Indgang til sundhedsdata* er etableret et landsdækkende vejledningstilbud, hvor forskere kan få hjælp til håndtering af processen omkring en forskningsansøgning. Det gælder bl.a. hjælp til at sikre de nødvendige godkendelser ift. at søge om adgang til data eller vejledning omkring indhentning af de rette autorisationer. Desuden er der i regi af de regionale datastøttecentre skabt mulighed for at hente juridisk rådgivning om forskningsreglerne.

Der er således igangsat en række gode initiativer, som kan hjælpe forskere hurtigere på vej med deres projekter. Der vurderes dog at være behov for at skabe en styrket tværregional og tværuniversitær indsats, hvilket den nye juridiske arbejdsgruppe skal hjælpe med til.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar vedr. evaluering af databeskyttelsesreglerne_september 2020 (1483116 - EMN-2021-01239)
2. Henvendelse til justitsministeren vedr. evaluering af GDPR og databeskyttelsesloven_marts 2021 (1483117 - EMN-2021-01239)

3. Svar fra justitsministeren på henvendelse vedr. evaluering af GDPR_juni
2021 (1483118 - EMN-2021-01239)

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Folketingets åbning og regeringens lovprogram
 - Nyt partnerskab "Fælles om forebyggelse – fra data til praksis" mellem Danske Regioner og kommunernes Sund By Netværk
 - Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for svangreomsorgen
 - Arrangementer og konferencer
-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Folketingets åbning og regeringens lovprogram

(EMN-2020-01587)

Folketinget åbnede tirsdag den 5. oktober 2021 med statsministerens åbningstale. Statsministeren redegør i åbningstalen for "Rigets almindelige stilling og de af regeringen påtænkte foranstaltninger", jf. Grundloven. Statsministerens åbningstale kan ses [her](#). I forbindelse med Folketingets åbning fremlagde regeringen også sit lovprogram, der indeholder en kort beskrivelse af de enkelte forslag, som regeringens politik vil udmønte sig i, og angiver det forventede tidspunkt for forslagens fremsættelse i Folketinget anført i 14-dages intervaller (okt I, okt II osv.). Lovprogrammet kan ses [her](#).

Folketinget debatterer statsministerens åbningstale torsdag den 7. oktober 2021.

Formanden uddyber vedr. det konkrete indhold ved bestyrelsesmødet.

Nyt partnerskab "Fælles om forebyggelse – fra data til praksis" mellem Danske Regioner og kommunernes Sund By Netværk

(EMN-2017-01083)

Danske Regioner og kommunernes Sund By Netværk (SBN) har indgået en partnerskabsaftale med fokus på det faglige samarbejde om forebyggelse. Sund By Netværket er et fagligt netværk, der har fokus på forebyggelse med effekt.

Partnerskabsaftalen er en fælles hensigtserklæring og ramme, der skal understøtte det lokale, faglige samarbejde mellem regioner og kommuner på forebyggelsesområdet. Det er Danske Regioner, der indgår partnerskabet, og de enkelte regioners engagement i netværket er op til dem. Flere regioner indgår dog i dag i samarbejde med SBN og er for eksempel oplægsholdere på temagrupper eller deltager i temagruppen om styrket samarbejde mellem regioner og kommuner på forebyggelsesområdet.

Det er et mål for partnerskabet at bidrage til at reducere ulighed i sundhed, herunder

- Samarbejde om at identificere lokale sundhedsudfordringer med afsæt i sundhedsprofildata og øvrige data og med fokus på mulige handlinger.
- Temagrupperesamarbejder der sætter fokus på udfordringer på forebyggelsesområder, som interesserede kommuner (og regioner) kan deltage i.
- Tæt kobling mellem forskning og praksis. I partnerskabet er der fokus på at samle op på, at indsatser bliver dokumenteret over tid med henblik på læring og forbedringer.

SBN har aktuelt 51 kommuner som medlemmer. Netværket understøtter det danske folkesundhedsarbejde mellem kommuner, regioner, nationale aktører og WHO.

SBN udbyder blandt andet temagrupper for kommuner med fokus på specifikke indsatsområder som alkohol, overvægt, rygning, fællesskaber, natur som sundhedsfremmende arena mm. SBN har desuden lanceret siden "[Sunde borgere – fra kommune til kommune](#)", hvor alle 98 kommuner kan lade sig inspirere af cases inden for sundhedsfremme og forebyggelse.

Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for svangreomsorgen (EMN-2019-01579)

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde den 15. september 2021 både nye "Anbefalinger for svangreomsorgen" og "Anbefalinger for organisering af fødetilbud". De to sæt anbefalinger er primært målrettet sundhedspersonale, beslutningstagere og administratorer i sundhedsvæsenet. Mange kommende og nybagte forældre læser dog også anbefalingerne.

De nye "Anbefalinger for svangreomsorgen" erstatter de tidligere anbefalinger fra 2009. Danske Regioner og regionerne har aktivt søgt indflydelse på indholdet, hvilket uddybes i bilaget.

"Anbefalinger for organisering af fødetilbud" beskriver de forskellige typer af fødetilbud i Danmark (f.eks. fødeklinik, fødeafdeling, hjemmefødsel),

herunder de faglige krav og kompetencer et givent tilbud omfatter. Denne type anbefalinger har ikke tidligere eksisteret.

Med aftalen om regionernes økonomi for 2022 var der enighed mellem regeringen og Danske Regioner om at styrke svangreomsorgen gennem fødselsforberedelse i små hold, en tidlig jordemoderkonsultation, et særligt fokus på behovene hos sårbare gravide samt styrket telefonrådgivning. Dette er med i "Anbefalinger for svangreomsorgen" – med undtagelse af telefonrådgivningen, hvor der er forståelse med Sundhedsministeriet om, at der ikke kan stilles præcise krav til udmøntningen.

Regionerne har med de nye budgetter samlet afsat omkring 80 mio. kr. til drift inden for svangreomsorgen i 2022 samt 130 mio. kr. til anlæg over en årrække.

Arrangementer og konferencer

(EMN-2018-02374)

7. december 2021 kl. 9.00 – 12.30

Sundhedspolitisk topmøde, København. Dansk Erhverv, Danske Regioner med flere er arrangører.

27.-28. januar 2022

Kursus for nyvalgte regionsrådsmedlemmer. København. Danske Regioner er arrangør.

4. februar 2022 kl. 13.00 – 16.00

Ungepanelerne i Danmark, Fællessalen Christiansborg. Ungepanelerne er arrangør.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Partnerskabsaftale mellem Danske Regioner og Sund By Netværket 2021 (1481235 - EMN-2021-00043)
2. Ændringer i de nye anbefalinger for svangreomsorgen (1478744 - EMN-2021-00043)

15 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen
EMN-2021-00043

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

16 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen
EMN-2021-00043

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes torsdag den 16. december 2021 kl. 10.30 – 15.00 i Regionernes Hus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

17 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen
EMN-2021-00043

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Analysetemaer
Dagsordens titel	Valg af Behandlingsrådets analysetemaer
Dagsordenspunkt nr	2
Bilag nr	1
Antal bilag:	2

Anvendelse af patientnær diabetesteknologi

Indstille	Region Syddanmark
Tema	Anvendelse af patientnær diabetesteknologi
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<p>Brug af diabetesteknologi til måling og regulering af blodsukker for voksne med type 1-diabetes herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insulinpumper • Flash glukosemålere (FGM) • Kontinuerlige glukosemålere (CGM) • Kombination af pumpe og hhv. flash glukosemålere eller kontinuerlige glukosemålere • Fingerprik, blodsukkerapparat, insulinpen mm.
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Diabetesteknologi og diabetesbehandling har udviklet sig markant over de seneste år og har medført en forbedring i behandlingsresultater og livskvalitet for patienter med type 1-diabetes. Der tegner sig imidlertid store forskelle i anvendelsen af diabetesteknologi mellem regionerne (behandlingsredskab) og kommunerne (hjælpemiddel).</p> <p>Hertil kommer at den teknologiske udvikling går meget stærkt, og at der løbende udvikles nye behandlingsredskaber, der på forskellig vis påvirker patientoplevelser, klinisk outcome og økonomi mv.</p> <p>For FGM og insulinpumpe findes der nationale retningslinjer for tildeling, mens der for CGM foreligger en national anbefaling (DES). Disse retningslinjer og anbefalinger er ikke koordineret på tværs af teknologierne, hvilket komplicerer omkostningseffektiv brug af diabetesteknologi.</p> <p>Sammenfattet betyder det, at det er uklart, hvordan ressourcer til diabetesteknologi benyttes bedst muligt i forhold til at sikre mest sundhed for pengene og bedst kvalitet i diabetesbehandlingen.</p>
Beskriv den overordnede patientpopulation	Voksne med type 1-diabetes.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p>Ved at undersøge omkostningseffektiv brug af diabetesteknologi vil mere sundhed for de samme ressourcer kunne opnås. Det vil blive belyst, hvilken diabetesteknologi, som giver patienterne størst værdi.</p> <p>Tidligere evalueringer har ikke inkluderet et bredt livskvalitetsmål, hvorfor gevinster for patienterne pt. ikke er nærmere belyst (f.eks. livskvalitet, tilknytning til arbejdsmarked, diabetes distress, funktionsniveau m.m).</p> <p>Ligeledes vil der kunne opnås ensartede behandlingstilbud på tværs af regionerne, som vil kunne skabe mere lighed i sundhed for patienterne. Herved vil patienterne opleve ensartet anvendelse af diabetesteknologi og retningslinjer/kriterier for behandling uagtet geografisk tilhørsforhold.</p>

<p>Beskriv de økonomiske betragtninger for området</p>	<p>Efterspørgslen efter diabetesteknologi blandt både klinikere og patienter er stor. Det har øget omkostningerne til området markant. Ressourcetrækket drives ikke kun af udgiften til teknologierne, men også af ressourcer til konsultationer relateret til diabetesteknologi.</p> <p>Evalueringen vil kunne danne grundlag for en samlet retningslinje for tildeling af diabetesteknologi (FGM, CGM og insulinpumpe), som vil kunne sikre omkostningseffektivitet.</p>
<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p>Der er igangsat en evaluering af de nye tildelingskriterier for Flash glukose målere i regi af Det Nationale Netværk for Diabetes. Evalueringens hovedformål er at evaluere på brugen af Flash Glukosemålere (FGM) på tværs af regionerne, samt at belyse de helbredsmæssige og økonomiske konsekvenser ved anvendelsen af FGM. Evalueringen af FGM-retningslinjen forventes færdig primo 2022. Evalueringen hviler primært på ny kodepraksis indført i april 2020, der muliggør identifikation af patienter med diabetesteknologi herunder FGM. Dog er der fortsat udfordringer ved datagrundlaget, der udfordrer evalueringen. En fuld evaluering af FGM er begrænset da datagrundlaget er præget af nuværende retningslinjer, således at ikke alle patientgrupper har adgang til FGM.</p> <p>Ligeledes ser evalueringen ikke bredt på brugen af diabetesteknologi. Copenhagen Economics har udarbejdet evaluering af FGM for producenten Abbott, samt evaluering af sensorer (CGM og FGM) for Diabetesforeningen. Der indgår en række antagelser, som kan udfordres og datagrundlaget kan optimeres. Ligeledes inkluderes kombinationer af diabetesteknologi ikke og der er ikke anvendt et generisk livskvalitetsmål.</p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	

Indstiller	<i>Sjællands Universitetshospital, Region Sjælland</i>
Tema	<i>Behandling af patienter med kroniske smerter</i>
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ikke-farmakologisk behandling</i> • <i>Psykens sammenhæng til oplevelsen af fysisk smerte.</i> • <i>Afstigmatisering</i> • <i>Forebyggelse af ledsagesymptomer, som fx depression, ængstelse, søvnforstyrrelser, isolation, nedsat aktivitetsniveau, dårlig hukommelse, mistet livsglæde, håbløshed mm.</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Patienter med kroniske smerter findes både på det medicinske og det kirurgiske område og indenfor alle specialer. Kroniske smerter kan være både en social, fysisk og psykisk belastning. Patienter med kroniske smerter har i varierende grad behov for både sygehusbehandling og behandling hos praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger. Kroniske smertepatienter har endvidere et stort forbrug af medicin.</i></p> <p><i>Samtidig oplever patienter med kroniske smerter, at deres situation er meget indgribende i forhold til både deres privatliv og deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Det betyder derfor også, at patienter med kroniske smerter også har behov for kommunale tilbud og økonomisk støtte.</i></p> <p><i>I Region Sjælland er der bl.a. udover de almindelige afdelinger også etableret Center for Funktionelle Lidelser, en tværfaglig smerteklinik og et rygcenter.</i></p> <p><i>Det vil derfor være interessant at lave en analyse, der viser, <u>om</u> og <u>hvordan</u> man med de rette ikke-farmakologiske forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringstilbud kan samarbejde om at give øget livskvalitet til patienter med kroniske smerte samt opnå en økonomisk besparelse både i sundhedsvæsenet og kommunalt regi – på tværs af patientgrupper og specialer.</i></p>
Beskriv den overordnede patientpopulation	<i>Kroniske smertepatienter er en stor patientgruppe – Sundhedsstyrelsen vurderer, at 1,3 mio. personer i Danmark har hyppigt tilbagevendende eller kroniske smerter, altså at mere end hver 5. dansker lever med kroniske smerter.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bedre livskvalitet</i> • <i>Bevare tilknytning til arbejdsmarkedet</i> • <i>Mindre medicinforbrug</i> • <i>Færre kontakter til sundhedsvæsenet</i> • <i>Afstigmatisering i omverdenen</i> • <i>Sammenhængende patientforløb</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Der bør ses på mulighederne for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Færre kontakter til sundhedsvæsenet</i> • <i>Større grad af selvforsørgelse</i> • <i>Mindre medicinforbrug</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende	-

Behandlingsrådet

litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	
Øvrige bemærkninger	

Indstiller	<i>Rigshospitalet ved Afdeling for Klinisk Mikrobiologi, Professor dr.med & PhD Thomas Bjarnsholt, Afdeling for Led- og Knoglekirurgi Professor, overlæge, dr. med., FRCS Anders Odgaard og Herlev-Gentofte Hospital ved Infektionskirurgisk sektion Overlæge, PhD Hans Gottlieb</i>
Tema	<i>Diagnostik og behandling af infektionskirurgiske tilstande</i>
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nedbryde administrative grænser/sektorer mellem de involverede afdelinger/specialer/hospitaler</i> • <i>Dialog med henvisende afdelinger</i> • <i>Ensartede prøvetagningsæt og retningslinjer for prøvetagning</i> • <i>Standardiserede metoder til opbevaring og transport for prøver</i> • <i>Ensartet mikrobiologisk udredning med fokus på persisterende infektioner - Biofilm</i> • <i>Ensartede retningslinjer for kirurgisk revision af knogleinfektioner med eller uden fremmedlegemer</i> • <i>Ensartede retningslinjer for anvendelse af intravenøs antibiotika</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>Patienter med infektioner i knogler eller led omfatter en voksende gruppe, da flere af disse er ældre og borgere, som har gennemgået akutte eller planlagte operationer med indsættelse af fremmedlegemer. Dybe knogle- eller ledinfektioner medfører en ekstremt omkostningstung patientgruppe, som aktuelt desværre diagnosticeres og behandles på for lavt niveau. Denne behandling kan endog med besparelser, optimeres på en lang række punkter.</i>
Beskriv den overordnede patientpopulation	<p><i>Der foretages i RegionH 8-10.000 operationer med indsættelse af kunstige led, mens der på landsplan er 20-25.000. Af dem vurderes 2% at ende som komplicerede patientforløb.</i></p> <p><i>Incidensen for hæmatogene og frakturrelaterede osteomyelitter er bestemt til ca. 1100 tilfælde årligt.</i></p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Med ensretning af prøvetagning, de diagnostiske metoder og antibiotikabehandling af patienter med kroniske knogle og ledinfektioner i Region H, vil vi kunne behandle patienterne med infektionskirurgiske tilstande efter den højeste internationale standard. Dette vil føre til bedre og kortere patient forløb samt forebygge re-infektioner</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Undgå amputationer, gøre behandlingen billigere og kortere indlæggelse samt øge vores viden inden for området</i>

Behandlingsrådet

Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Bone Infection Unit i Oxford, England (https://www.ouh.nhs.uk/boneinfection/) og PRO-Implant i Berlin Tyskland (https://pro-implant.org/) har indført lignende tiltag med markant forbedret diagnostik, behandling og indlæggelsestid</i>
Øvrige bemærkninger	

Indstilller	<i>Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland</i>
Tema	<i>Ernæring og måltider til indlagte patienter</i>
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Indkøb og menuplanlægning</i> • <i>Kostformer på hospitalet</i> • <i>Mad- og måltidssystemer (produktion, distribution og servering)</i> • <i>Madbestilling</i> • <i>Madspild</i> • <i>Optimal ernæring af patienter</i> • <i>Spise/opholdsmiljø (atmosfære)</i> • <i>Sensorisk/gastronomisk måltidsudvikling med fokus på patientpræferencer</i> • <i>Screening for underernæring på hospital med NRS-2002</i> • <i>Ernæringsbehandling på hospital</i> • <i>NRS-2002 brugervenlighed i Elektronisk Patient Journal (EPJ)</i> • <i>NRS-2002 validitet i Elektronisk Patient Journal (EPJ)</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Ernæringsarbejdet målrettet indlagte patienter favner bredt og omfatter mange faggrupper. Køkken- og forskningsmedarbejdere har opgaver med indkøb, menuplanlægning, produktion, distribution, servering og gastronomisk udvikling af patientmåltider. Desuden har plejepersonale, kliniske diætister og læger opgaver ift. vurdering af risiko for underernæring, ordinerings af kostform, kortlægning af ernæringsrelevante oplysninger og tiltag, rådgivning, vejledning og individuel ernæringsbehandling.</i></p> <p><i>Siden 2003 har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at alle indlagte ikke terminale patienter over 18 år, screenes for underernæring med NRS-2002. Til trods herfor er det i Hospitalsenheden Vest fundet, at kun ca. 30 % af patienterne screenes for underernæring. Af disse findes 29 % i ernæringsrisiko, og kun ganske få ernæringsbehandles. Endvidere er det kun omkring halvdelen af de indlagte patienter, som får nok energi, og kun omkring en tredjedel får nok protein. 4 ud af 5 underernærede patienter taber yderligere i vægt under indlæggelsen. Manglende fokus på patienternes ernæring kan føre til, at patienter, som er i ernæringsrisiko, overses og dermed ikke får den ernæringsbehandling, de har brug for.</i></p> <p><i>Et andet fokus er målrettet de hospitalsmåltider, der serveres til indlagte patienter. De sidste år har mange danske hospitalskøkkener gennemgået større ændringer i forhold til måltidsbestilling, tilberedning, servering og produktion/spild. Cirka 40 % af den mad som produceres på danske sygehuse ender som madspild.</i></p> <p><i>Der mangler viden om, hvorvidt der er sket en overordnet sundhedsteknologisk og patientorienteret udvikling på ernæringsområdet, som kan forbedre patientforløbene samt optimere arbejdsgange og ressourceforbrug i forhold til blandt andet ernæringscreening, måltidsbestilling, kostregistrering og ernæringsbehandling.</i></p> <p><i>Hovedformålet med at indsamle denne viden, er, at forebygge og behandle sygdomsbetinget underernæring.</i></p>

Beskriv den overordnede patientpopulation	<i>I Hospitalsenheden Vest (HEV) er der ca. 500 sengepladser (somatik og psykiatri inkluderet) og i Region Midtjylland ca. 2.500 sengepladser. Ved en undersøgelse i HEV er det tidligere fundet, at 30 % ernæringscreenes og 29 % af disse er i ernæringsrisiko. Dette svarer til, at mindst 150 patienter i Hospitalsenheden Vest er underernærede, og på Region Midtjyllands Hospitaler er ca. 750 er underernærede eller i risiko for at blive det, hvorfor de bør ernæringsbehandles.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Der er behov for, at optimere på både patienternæring, hospitalsmåltider, brugen af ernæringsscreeningsværktøjet NRS-2002 og den ernæringsmæssige behandling af underernærede patienter i Hospitalsenheden Vest. På baggrund af tidligere videnskabelig litteratur på området, vurderes det, at indlagte patienter bliver mindre syge, får kortere indlæggelse, bedre livskvalitet og nedsat dødelighed.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Cirka 30-40% af de patienter, der indlægges på danske sygehuse er underernærede eller i risiko for at blive det, og 4 ud af 5 patienter taber i vægt mens de er indlagt. Det betyder øget sygelighed, længere indlæggelsestid og øget dødelighed. Ved at optimere på patienternes ernæringsbehandling og måltider, vurderes det, at såvel sygelighed som komplikationer under indlæggelse og dødelighed kan nedsættes. I en nylig schweizisk publikation er det vist, at ernæringsintervention på sygehuse er særdeles omkostningseffektivt.</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Med fokus på de sundhedsteknologiske aspekter af ernæringsbehandling og hospitalsmåltider er området så vidt vides ikke analyseret tidligere.</i>
Øvrige bemærkninger	

Notat

ANALYSETEMA TIL BEHANDLINGSRÅDET

Håndholdt fokuseret ultralyd i akutmedicinen

Indstiller	<i>Odense Universitetshospital</i>
Tema	<i>Fokuseret point-of-care ultralyd i akutmedicin</i>
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet	<ul style="list-style-type: none">• <i>Anvendelse i FAM</i>• <i>Anvendelse i akut lægebilen</i>• <i>Anvendelse i ambulance</i>• <i>Anvendelse i særlige akutte fokuserede UL-undersøgelser</i><ul style="list-style-type: none">○ <i>Lunge</i>○ <i>Hjerte</i>○ <i>Abdominal</i>○ <i>Dyb venetrombose</i>○ <i>Muskuloskeletal</i>• <i>Særligt velegnet apparatur</i>
Motivation for indstilling af temaet	<p><i>Ultralydsskanninger anvendes i stigende grad i akutmedicinen som en del af den initiale diagnostik. Udviklingen af små håndholdte bærbare enheder, der kan kobles til smartphone/tablet har øget tilgængeligheden af UL til besvarelse af mere fokuserede diagnostiske spørgsmål (simple og hurtige undersøgelser til besvarelse af klinisk relevante, prædefinerede, specifikke, ja/nej spørgsmål).</i></p> <p><i>Der opleves stor interesse og behov blandt det kliniske akutmedicinske personale, og der er potentiale for at forkorte forløb i FAM og undgå unødvendige undersøgelser ved igangsætte det rette behandlingsspor tidligere.</i></p> <p><i>Hertil er der adskillige forskellige producenter af ultralydsudstyr, hvor hvert apparat har forskellige prisklasser og funktionalitet, så der er behov for at pege på velegnet udstyr til forskellige situationer.</i></p> <p><i>Tillige kræver anvendelse af udstyret specialiseret undervisning, og hvis apparaturet bliver en fast del af den initiale diagnostik, skal der sikres tilstrækkelige kompetence/uddannelse hos relevant personale.</i></p> <p><i>Af patientsikkerhedsmæssige årsager er der også et behov for at få etableret kendskabet til evidensniveauet for den diagnostiske præcision af den nye generation af håndholdte apparaturer sammenlignet med det traditionelle apparatur.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<i>Alle borgere der kommer i forløb på akutmedicin. Der kan fokuseres på særlige områder såsom fokuseret lunge-, hjerte-, abdominal-UL-skanning.</i>

Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Der kan være betragtelige omkostninger forbundet med anskaffelse af udstyret (stykpriser varierer fra kr. 25.000 til kr. 200.000), afhængig af udbredelsen og tilgængeligheden af det (hvilke personalegrupper skal kunne anvende det).</i></p> <p><i>Der er potentielle besparelser, da hurtig fokuseret diagnostisering kan sikre at patienter tidligere anvises i rette behandlingspor, og den rette behandling gives fra start (unødvendige scanninger/undersøgelser undgås).</i></p> <p><i>Der er behov for at få undersøgt forholdet mellem anskaffelsesprisen og den potentielle besparelse.</i></p>
Litteratur	<ul style="list-style-type: none">• Arvig, M.D. et al. Point of care-UL-skanning i danske akutafdelinger. <i>Ugeskr Læger</i> 2021 Apr 19;183(16):V12200906. PMID: 33913433• Rykkje, A. et al. Hand-Held Ultrasound Devices Compared with High-End Ultrasound Systems: A Systematic Review. <i>Diagnostics</i> 2019 Jun 15,9(2),61. PMID: 31208078• Malik AN et al. The Use of Handheld Ultrasound Devices in Emergency Medicine. <i>Curr Emerg Hosp Med Rep.</i> 2021 May 11;1-9. PMID: 33996272
Øvrige bemærkninger	

Indstiller	Behandlingsrådet
Tema	Intelligente/højteknologiske hospitalssenge
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> • Automatisering af arbejdsgange • Frigørelse af personaleressourcer til øvrige opgaver • Forbedret arbejdsmiljø særligt for sygepleje- og fysioterapeutpersonale • Kliniske effekter, herunder mulig reduktion i risiko for tryksår samt lunge- og kredsløbskomplikationer.
Angiv motivation for indstilling af temaet	Behandlingsrådet ser et muligt potentiale ved benyttelsen af intelligente senge på særligt plejekrævende behandlingsområder, f.eks. intensiv og akutafdelinger samt neurorehabiliteringsafsnit. Potentialets omfang, herunder bredden af behandlingsområder samt fordele og ulemper ved specifikke produkter, kan med fordel belyses yderligere inden eventuel udbredelse.
Beskriv den overordnede patientpopulation	<p>Den relevante patientpopulation ift. anvendelse af intelligente/højteknologiske hospitalssenge udgøres primært af intensiv-patienter, men kan også være relevant for øvrige områder med intensive behandlings-, pleje- og rehabiliteringsopgaver.</p> <p>Årsrapport 2019-2021 fra Dansk Intensiv Database beskriver et gennemsnitligt antal intensivindlæggelser på ca. 25.000 årligt med en gennemsnitlig indlæggelsestid på knapt 90 timer.</p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	En automatisering af opgaver, som tidligere har været udført manuelt (f.eks. forflytninger, vejninger og lejninger), kan antages at sikre efterlevelse af anbefalet frekvens på førnævnte opgaver og give personalet ekstra tid til at løse andre behandlings- og plejeopgaver og kan i visse tilfælde være mere skånsomt for patienten set i forhold til tilsvarende manuelt udførte procedurer.
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>Potentialet for benyttelse af intelligente senge skal ikke nødvendigvis findes ved frigørelse af budgetmidler, men skal forventeligt findes i frigørelse af personaleressourcer. Den potentielle frigørelse af personaleressourcer kan medføre, at personalet kan nå andre vigtige opgaver og/eller løse øvrige opgaver med højere kvalitet.</p> <p>Det kan desuden antages, at en automatisering af manuelle opgaver som forflytninger, vejninger mv. kan medføre et forbedret arbejdsmiljø med en dertil følgende potentiel reduktion i antallet af arbejdsskader og/eller sygefravær.</p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	National Klinisk Retningslinje for Forebyggelse af Tryksår hos voksne over 18 år: https://www.hospitalsenhedmidt.dk/siteassets/afdelinger/cpk/forskningsenheden/pdf-filer/national-klinisk-retningslinje-forebyggelse-af-tryksar_20201109.pdf

Behandlingsrådet

	<p>(Denne NKR beskriver de rutinemæssige sygeplejefaglige opgaver der aktuelt, mestendels udføres manuelt mhp. forebyggelse af tryksår)</p> <p>MTV af projekt "Ergonomisk Optimal Sengehåndtering"</p>
Øvrige bemærkninger	<p>Behandlingsrådet har modtaget et evalueringsforslag vedr. en konkret intelligent hospitalsseng, men vurderer, at kompleksiteten af det nødvendige analytiske arbejde fordrer, at emnet belyses som en større analyse, hvilket har givet anledning til det nærværende forslag.</p>

Udfyldte skemaer med forslag til analysetemaer til Behandlingsråd august 2021

1. Klimaterapi til patienter med psoriasis

Indstilller	Region Syddanmark
Tema	Klimaterapi til patienter med psoriasis
Opstil potentielle fokusområder inden for temaet i punktform	<p>Effekten af klimaterapi til patienter med psoriasis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sammenligning af forskellige typer/tilbud af klimaterapi - Sammenligning af forskellige typer/tilbud af klimaterapi med medicinsk behandling - Sammenligning af forskellige typer/tilbud af klimaterapi med lysbehandling <p>Sikre ensartet visitationsprocedurer og –kriterier på tværs af regioner.</p>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Klimaterapiophold ved Det Døde Hav i Israel har hidtil været en behandlingsform som tilbydes patienter med svær psoriasis, med baggrund i erfaringen at ophold og behandling over en 3-4 ugers periode under disse særlige klimatiske forhold kan skabe ro i patienternes psoriasis i en kortere eller længere periode, typisk nogle måneder.</p> <p>Behandlingsformen bruges overvejende i aftagende mængde, herunder på grund af nye effektive medicinske behandlingsmuligheder og en ændret sygdomsforståelse af at psoriasis bør opfattes som en systemsygdom, og klimaterapi opfattes derfor overordnet af de fleste som en ældre behandlingsform forbeholdt de helt få patienter som ikke kan behandles på anden og mere effektiv samt sikker vis.</p> <p>Foruden ophold i Israel er der også udbydere af klimaterapi i Kroatien, på Island og på Læsø som bl.a. tilbyder lysbehandlinger (med ultraviolet b-lys, UVB) sammenholdt med saltvandsbade og andet. Alle med varierende grad af evidens for behandlingen.</p> <p>I dag er der regionale forskelle på, hvorledes visitation/indstilling til klimaterapi foregår og håndteringen heraf. Dette har især Psoriasisforeningen kritiseret, da det skaber ulighed i sundhed pba. geografisk tilhørsforhold.</p>
Beskriv den overordnede patientpopulation	<p>Psoriasisforeningen estimerer at omtrent 3% af befolkningen har psoriasis, om end nyere forskning peger op mod 4-5%.ⁱ</p> <p>I 2019 var 287 danskere afsted på klimaterapiophold.</p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p>Ensartet visitation og håndtering mellem regionerne vil skabe mere lighed i sundhed patienterne, således at patienterne oplever ensartet henvisning og tilbud uagtet geografisk tilhørsforhold.</p> <p>Der tilbydes ensartede evidensbaserede behandlingstilbud på tværs af regionerne.</p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>[suppleret den 2. sept. 2021]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regionerne betaler for klimaterapiophold. - Sammenligningen med medicinsk og biologisk behandling afhænger af opgørelsesmetoden (bl.a. om tabte arbejdsdage ved 3-4 ugers ophold tælles med for klimaterapiopholdet), men overordnet er der dette forhold; <ul style="list-style-type: none"> o Klimaterapi (i Israel) er dyrere end methotrexat o Klimaterapi (i Israel) er billigere end eller tilsvarende prisen for biologisk behandling

<p>Angiv, om indstiller har kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p><i>Emmanuel et al. Effect of Dead Sea Climatotherapy on Psoriasis; A Prospective Cohort Study. Front Med (Lausanne). 2020 Mar 18;7:83. PMID: 32258044.</i></p> <p><i>Sundhedsstyrelsen. NKR Psoriasis 2019. (Anbefaling #8): ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-331-8. Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-psoriasis/National-klinisk-retningslinje-psoriasis.ashx?la=da&hash=09EF41C7A2EDD0BE7DB1FCD1644718E75C7B6E3A</i></p> <p><i>Dansk Dermatologisk Selskab. Retningslinjer for behandling af patienter med psoriasis og behov for lys eller systemisk behandling 25.01.2021 (link: https://dds.nu/wp-content/uploads/2021/01/Guideline-DDS-2.-generations-immunomodulatorisk-behandling-opdateret-januar-2021-ren-2.docx)</i></p> <p><i>Trøstrup et al. Long-term evaluation of climatotherapy for psoriasis. Dermatol Ther. 2020 May;33(3):e13432. PMID: 32314487</i></p> <p><i>Peinemann et al. Indoor salt water baths followed by artificial ultraviolet B light for chronic plaque psoriasis. Cochrane Database Syst Rev. 2020 May 5;5(5):CD011941. PMID: 32368795</i></p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	

ⁱ Psoriasisforeningen: <https://psoriasis.dk/psoriasis-hud-led/psoriasis>

Indstiller	<i>Region Midtjylland</i>
Tema	<i>Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte til koloskopi?</i>
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Opnå gennemgående viden om (AI) og konsekvenser af anvendelse</i> - <i>Evidensgrundlag og algoritmen bag teknologien</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>Anvendelse af AI vinder frem indenfor koloskopi og potentialet synes stort. Leverandører beretter om studier, hvor højere adenoma detection rate (ADR) opnås ved brug af AI, hvilket kan have positive konsekvenser i form af ensartede behandlinger, støtte i oplæring af endoskopører, større patientsikkerhed og tidligere opsporing og behandling af sygdom. Andre studier belyser de negative konsekvenser ved brug af AI såsom overdiagnosticering, hvor patienter udsættes for unødigt behandling. Behovet for at undersøge denne teknologi nærmere er stort, så fordele og ulemper kan vægtes i forhold til anvendelse af teknologien som beslutningsstøtte.</i>
Beskriv den overordnede patientpopulation	<i>I 2019 blev der foretaget 30.084 koloskopier i Region Midtjylland. Alle borgere mellem 50 og 74 år får tilbudt screening for tyk- og endetarmskræft via en fæcesprøve. Findes der blod i afføringen, bliver borgeren tilbudt at få foretaget en koloskopi. Tilsvarende bliver der i de øvrige regioner også foretaget koloskopier. Vi har dog ikke de eksakte tal for de andre 4 regioner.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Potentialet er stort, hvis teknologien viser sig at kunne bidrage til højere ADR og de førnævnte positive konsekvenser. Meget tyder på at AI på sigt kan foretage sikker diagnosticering af polyp-undertypen ("virtuel histologi"), således at harmløse polypper forblive ubehandlet, polypper med cancerudviklingspotentiale fjernes og polypper allerede indeholdende cancer-elementer behandles optimalt</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Indkøbspris samt eventuelle licenser og opgraderinger af teknologien skal vurderes i en økonomisk analyse. I 2021 afsluttes Region Midts udbud på AI til koloskopi, hvor et økonomisk niveau bliver tydeligere. AI vil være udstyrsafhængig, hvilket er en meget væsentlig faktor i forhold til eksisterende udstyr.</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p><i>Best Pract Res Clin Gastroenterol Jun-Aug 2021;52-53:101721</i></p> <p><i>Gastroenterology. 2021 Sep;161(3):774-777. doi: 10.1053/j.gastro.2021.04.078. Epub 2021 May 11.</i></p>
Øvrige bemærkninger	<i>På nuværende tidspunkt er der tre producenter på markedet med AI til koloskopi: Olympus, Pentax Medical og Fujifilm Endoscopy, som alle kan identificere og analysere fund i tarmen.</i>

1. Systematisk monitorering af patienters vitalparametre med henblik på tidlig opsporing på af kritisk sygdom; balance mellem ressourcer og patientsikkerhed

Indstilller	<i>Region Syddanmark</i>
Tema	Systematisk monitorering af patienters vitalparametre med henblik på tidlig opsporing af kritisk sygdom. Balance mellem ressourceforbrug og patientsikkerhed. National anbefaling.
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	Ressourceforbrug Monitoreringsstandard Observationsalgoritmer Handlingsanvisninger Behandlingsresultat Ensartethed
Angiv motivation for indstilling af temaet	Systematisk og ensartet monitorering af vitale parametre på baggrund af standardiserede algoritmer bidrager i sig selv til øget patientsikkerhed og kvalitet. Indholdet af parametre (antal og modalitet) i monitoreringsstandarder og observationsalgoritmer er ligeledes af stor betydning for sensitivitet og specificitet med hensyn til tidlig opsporing af kritisk sygdom. Tidlig opsporing af kritisk sygdom med efterfølgende tidlig indsættende behandling bidrager til højere kvalitet i behandlingen. Det sparer patienter for behandling og pleje der kunne have været undgået, og begrænser ressourceforbruget i sundhedsvæsnet. Alt andet lige vil en højere grad af monitorering føre til øget patientsikkerhed, i det enkelte patientforløb, herunder i patientovergange. Over for dette står, at der er en tæt sammenhæng mellem indholdet af observationsalgoritmer og handlingsanvisninger og det ressourceforbrug, der anvendes til at efterleve monitoreringsstandarder. Ressourcer, der indgår i den samlede prioritering af behandlings- og plejeopgaver, og dermed på andre områder kan udfordre patientsikkerheden. Det er derfor relevant at finde den rette balance mellem indholdet og omfanget af den systematiske monitorering og de forventede samlede konsekvenser for patientsikkerheden. Nationale anbefalinger eller retningslinjer vil bidrage yderligere til patientsikkerheden, særligt i patientovergange.
Beskriv den overordnede patientpopulation	Alle patienter indlagt på sygehus.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	Indførelse af en optimal systematisk monitorering af patienters vitalparametre med henblik på tidlig opsporing af kritisk sygdom i balance mellem ressourceforbrug og patientsikkerhed. Patienterne vil blive monitoreret på et niveau, hvor man sikre at forværring i deres tilstand opdages tidligt. Man vil på denne baggrund kunne iværksætte behandling tidligere; alt andet lige vil det betyde forbedrede behandlingsforløb, med reduceret alvorlighed.
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	Tidlig indsættende behandling af forværring i patientens tilstand, vil medføre et lavere ressourceforbrug. Det er meget vanskeligt at komme med et samlet estimat, men den vigtigste effekt er på den forbedrede patientbehandling.

Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	Inspiration kan hentes i: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2014/Rapport_Sundhedsstyrelsens-anbefalinger-vedr-nationale-screeningsprogrammer.ashx?la=da&hash=D09671DC7A18EB5CF2BFDBFE382B684A7F330B24
Øvrige bemærkning er	

Indstiller	<i>Region Midtjylland, Hospitalsenheden Vest, Ørenæsehals afdelingen</i>
Tema	<i>Tinnitus</i>
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<p><i>Behandling inden for tinnitus behandling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- Coping strategier</i> <i>- Høreapparat behandling</i> <i>- Behandling med øvrige mekaniske devices (herunder f.eks. neuromodulation)</i> <p><i>Herunder fokus på de tværsektorielle snitflader mellem region og kommune</i></p>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Tinnitus-området har ikke været fokusområde igennem længere tid til trods for en øget patientpopulation.</i></p> <p><i>Der mangler således viden om, hvorvidt der er sket en overordnet udvikling på området – herunder udviklingen på det teknologiske område. Udviklingen kan med stor sandsynlighed forbedre patientforløbene samt optimere arbejdsgange og ressourceforbrug. Især kunne man formentlig med fordel have fokus på det tværsektorielle arbejde mellem Region og Kommune og herunder også mellem praktiserende læge, praktiserende speciallæge og hospital.</i></p>
Beskriv den overordnede patientpopulation	<i>Omkring en tredjedel af befolkningen oplever i varierende omfang episodisk, ikke generende subjektiv tinnitus. 5 % lider af konstant tinnitus og 0,5-1% angiver at være plaget af tinnitus i så svær grad at det har en alvorlig indvirkning på deres liv</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Det vurderes, at en forbedring af patientbehandling vil give væsentlig øget livskvalitet for en meget stor gruppe patienter. Derudover vil en optimering af organiseringen omkring tinnitus patienter formentlig bidrage til langt bedre patientforløb både i primær og sekundær sektoren.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Der vurderes i høj grad at være et potentiale for optimering af ressourcetrækket svt. denne patientgruppe, såfremt der blev klare retningslinjer svarende til udredning og behandling – og i særdeleshed vil en mere klar organiseringen omkring behandlingen formentlig bidrage væsentlig til denne optimering.</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p><i>Tinnitus guidelines and treatment; DG Larsen, T Ovesen, ugeskrift for læger; 2014</i></p> <p><i>Vejledning i udredning og intervention af tinnitus og hyperacuse; dths; 2017</i></p>
Øvrige bemærkninger	

Indstiller	<i>Sjællands Universitetshospital. Region Sjælland</i>																		
Tema	<i>Udvikling af det radiologiske område</i>																		
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Organisering af billedbeskrivelse</i> • <i>Anvendelse af AI</i> • <i>Manglende personaleressourcer</i> • <i>Øget produktion / Øget efterspørgsel pga. ændringer i retningslinjer for andre behandlinger</i> 																		
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Indenfor det radiologiske område er der et fremtidigt markant øget behov for flere ydelser kombineret med, at specialet mangler personaleressourcer med de rette kompetencer. Der er derfor behov for at se på udvikling og anvendelse af ny teknologi, fx ved anvendelse af AI. Samtidig skal de tilstedeværende ressourcer bruges hensigtsmæssigt, og organisering i beskriver-hubs kan overvejes som en mulighed.</i></p> <p><i>Region Sjælland etablerer pr. 1. januar 2022 den største radiologiske afdeling i Danmark med en afdelingsledelse forankret på Sjællands Universitetshospital med drift på 6 sygehus-matrikler samt et mindre antal sundhedscentre mv.</i></p> <p><i>Samtidig er det radiologiske område en god case på, hvordan de parakliniske specialer hele tiden skal producere mere for at understøtte de øvrige afdelingers produktion, fx kan ændrede opfølgingsprogrammer vedr. kræft betyde færre kontrolsamtaler, som i stedet erstattes af en skanning.</i></p> <p><i>Der er også stor forskel på, om indgangsvinklen til radiologiske undersøgelser er:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vi laver det, der bliver bestilt af andre afdelinger</i> • <i>Vi tager aktivt stilling til, om denne undersøgelse er relevant og nødvendig</i> 																		
Beskriv den overordnede patientpopulation	<p>Radiologiske procedurer på de radiologiske afdelinger i Region Sjælland</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modalitet</th> <th>2014</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT-skanninger</td> <td>89.124</td> <td>157.801</td> </tr> <tr> <td>MR-skanninger</td> <td>34.547</td> <td>52.997</td> </tr> <tr> <td>Røntgenundersøgelser</td> <td>401.353</td> <td>370.955</td> </tr> <tr> <td>Ultralyds-undersøgelser</td> <td>79.760</td> <td>72.009</td> </tr> <tr> <td>I alt</td> <td>604.784</td> <td>653.762</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Dertil kommer udenregional aktivitet samt aktivitet i privat regi.</i></p>	Modalitet	2014	2020	CT-skanninger	89.124	157.801	MR-skanninger	34.547	52.997	Røntgenundersøgelser	401.353	370.955	Ultralyds-undersøgelser	79.760	72.009	I alt	604.784	653.762
Modalitet	2014	2020																	
CT-skanninger	89.124	157.801																	
MR-skanninger	34.547	52.997																	
Røntgenundersøgelser	401.353	370.955																	
Ultralyds-undersøgelser	79.760	72.009																	
I alt	604.784	653.762																	
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Det sikres, at patienterne fortsat kan få de relevante og nødvendige radiologiske undersøgelser uden unødigt ventetid.</i>																		
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Region Sjælland har i foråret 2021 analyseret det fremtidige behov på det radiologiske område i regionen. Fremskrivningen viser:</i>																		

I Region Sjælland er den samlede aktivitet i radiologien fra 2014 til 2020 vokset 8,1%. Der har dog været stor forskel i aktivitetsudviklingen for de enkelte modaliteter og casemixet – det vil sige ydelseernes ressourcetyngte i forhold til hinanden - har ændret sig over årene. Der har været stor vækst indenfor CT-skanninger (77,1%) og MR-skanninger (53,4%), mens der har været et fald indenfor ultralyd (-9,7%) og røntgen (-7,6%).

Fremskrives aktiviteten frem til 2025 med den demografiske vækst baseret på Danmarks Statistiks befolkningsprognose, vil der alt andet lige være en stigning i antallet af procedurer på 4,9%. Det er ikke som i mange andre specialer demografien, der driver stigningen, men derimod de diagnostiske muligheder. Man kan se på to fremskrivningsmodeller: i) Ved en lineær fremskrivning baseret på udviklingen fra 2014 til 2020 estimeres en samlet stigning på 9,3% i 2025, igen med den største stigning inden for CT og MR, mens røntgen er faldende. Udbudsrestriktionen i form af det tilgængelige produktionsapparat (personale og skannerkapacitet) ligger implicit i denne model. ii) Ved en fremskrivningsmodel baseret på bud fra klinisk personale fra det radiologiske speciale tilhærmes en mere efterspørgselsdrevet fremskrivning. Udviklingen i antallet af procedurer estimeres med denne fremskrivningsmodel til 20 %, hvilket er højere end ved den lineære fremskrivning, primært som følge af en forventning om et mindre fald i røntgen og ultralyd, nye kliniske retningslinjer og eksisterende rekrutteringsudfordringer samt korrektion for Covid-19-effekten på produktionen af flere procedureområder.

En stigning i antallet af radiologiske ydelser og en fortsat omlægning af produktionen til mere ressourcekrævende procedurer (fra konventionel radiologi til CT og MR) vil i de kommende år betyde et øget pres på radiologiens ressourcer. Dette synliggøres ved, at casemix-justere aktivitetsfremskrivningen. Selvom radiologien historisk har formået at absorbere store aktivitetsstigninger inden for den samme økonomiske ramme, vil der ud fra en alt andet lige betragtning – det vil sige en forudsætning om, at teknologi og produktivitet forbliver uændret – være et øget ressourcebehov frem mod 2025 på 4,8% ved den demografiske modelfremskrivning, 13,9% ved den lineære modelfremskrivning og 29,4% ved modelfremskrivningen baseret på klinikernes bud.

Ud af 63 normerede speciallægestillinger i Region Sjællands radiologi er hver tredje stilling ubesat, svarende til ca. 18 stillinger. For de kommende år forventes, ifølge Sundhedsstyrelsens Lægeprognose, en nettotilgang af speciallæger til radiologiområdet i Region Sjælland på anslået 9-14 speciallæger.

Aldersfordelingen af de ansatte radiologiske speciallæger i Region Sjælland giver umiddelbart ikke anledning til bekymring for en særlig pensionspukkel inden 2025. Dog viser fremskrivningen, at der forventes et stigende ressourcebehov de kommende år, hvilket understreger et behov for en helt særlig fastholdelses- og rekrutteringsindsats for området.

Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Intern rapport fra Region Sjælland (2021) – "Radiologifremskrivning"</i>
Øvrige bemærkninger	

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Behandlingsrådets
bemærkninger til forslag til
analysetemaer.pdf

Dokument Titel: Behandlingsrådets
bemærkninger til forslag til
analysetemaer

Dokument ID: 1481730

30. september 2021

Bemærkninger fra Behandlingsrådet til forslag til analysetemaer

Nærværende notat indeholder Behandlingsrådets kvalificering af de indkomne forslag til analysetemaer, som er indkommet i forbindelse med udvælgelsesprocessen til Behandlingsrådets større analyse i 2022.

Bemærkningerne er baseret på Rådets drøftelser af temaerne på et ekstraordinært rådsmøde den 29. september 2021.

Tema	Bemærkninger
Anvendelse af patientnær diabetesteknologi	<p>Rådet anbefaler temaet udvalgt, men konstaterer samtidigt, at der er væsentlige aspekter, som taler både for og imod.</p> <p>Rådet finder temaet karakteriseret ved, at meget ny, dyr teknologi er introduceret på få år. Teamet indeholder nogle væsentlige analyseperspektiver, der fordrer afvejn timer mellem patientsikkerhed, effekt, produktkvalitet og sundhedsøkonomi, som gør det relevant at udvælge temaet til analyse. Rådet er dog opmærksomme på, at der i regi af flere andre fora løbende er dialog og drøftelser om, hvordan der kan skabes mest værdi på området.</p> <p>Rådet er opmærksomme på, at temaet er blevet indstillet efter en drøftelse i sundhedsdirektørkredsen.</p>
Behandling af patienter med kroniske smerter	<p>Med afsæt i en samlet prioritering af alle indkomne analysetemaer anbefaler Rådet, at der ikke igangsættes en større analyse indenfor området.</p>
Diagnostik og behandling af infektionskirurgiske tilstande	<p>På baggrund af en samlet prioritering anbefaler Rådet, at temaet eventuelt udvælges til en større analyse.</p> <p>Rådet finder, at temaet er forholdsvist velafgrænset, og at der indenfor området er mulighed for at lave evidensbaserede og praksisnære kliniske anbefalinger. Temaet taler i nogen grad ind i tværsektoriel koordinering af behandling. Det forventes, modsat flere øvrige temaer, at området er præget af mindre hastig sundhedsteknologisk innovation.</p>
Ernæring og måltider til indlagte patienter	<p>Med afsæt i en samlet prioritering af alle indkomne analysetemaer anbefaler Rådet, at der ikke igangsættes en større analyse indenfor området.</p>

<p>Håndholdt fokuseret ultralyd i akutmedicin</p>	<p>Rådet anbefaler temaet udvalgt til analyse.</p> <p>Rådet bemærker, at 'håndholdt' ultralyd (fokuseret point of care ultralyd) er et meget aktuelt tema, og at retningslinjer vedrørende brug af teknologien er bredt efterspurgt. Det indstillede tema tager udgangspunkt i akutte patienter, men det bemærkes, at viden opnået ved en eventuel analyse muligvis vil kunne overføres til andre kliniske sammenhænge herunder i andre sektorer.</p>
<p>Intelligente/højteknologiske hospitalssenge</p>	<p>Rådet anbefaler temaet udvalgt til analyse.</p> <p>Rådet bemærker, at der sker en stor udvikling på området og at overvejelser om anvendelse af intelligente/højteknologiske hospitalssenge er udbredt på tværs af hospitalerne. Temaet adresserer potentielt flere væsentlige perspektiver såsom mulig frigørelse af personaleressourcer og patientsikkerhed.</p>
<p>Klimaterapi til patienter med psoriasis</p>	<p>Med afsæt i en samlet prioritering mellem alle indkomne analysetemaer anbefaler Rådet, at der ikke igangsættes en større analyse indenfor området.</p> <p>Rådet bemærker, at der allerede foreligger nationale anbefalinger om brug af klimaterapi i form af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer fra 2016.</p>
<p>Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte til koloskopi</p>	<p>Rådet anbefaler temaet udvalgt til analyse.</p> <p>Rådet bemærker, at der sker stor udvikling inden for kunstig intelligens, hvorfor temaet har stor interesse og relevans. En potentiel forbedring på området kan, i kraft af det nationale screeningsprogram for tarmkræft, samlet set have stor klinisk betydning. Rådet bemærker dog, at der netop inden for koloskopi sker en udvikling af konkurrerende teknologier såsom kapselendoskopi (kamerapille).</p>
<p>Systematisk monitoring af patienters vitalparametre med henblik på tidlig opsporing af kritisk sygdom</p>	<p>Rådet anbefaler, med afsæt i en samlet prioritering, at temaet ikke for nuværende udvælges til analyse. Rådet vil i stedet kvalificere deres kendskab til området samt hvilke potentielle undersøgelsesspørgsmål det er muligt at belyse, f.eks. med input fra relevante danske forskningsgrupper, mhp. at vurdere, om Rådet af egen drift vil indstille temaet til næste års udvælgelsesproces.</p> <p>Rådet vurderer, at området er karakteriseret af betydende kliniske og sundhedsøkonomiske problemstillinger, samt at der er regionale forskelle i anvendelse af 'early warning score' (EWS)-systemer. Rådet bemærker, at der er væsentlig pågående vidensopsamling på området, samt at fordele og ulemper ved implementering af konkrete systemer er præget af svag og indirekte evidens.</p>
<p>Tinnitus</p>	<p>Med afsæt i en samlet prioritering af alle indkomne analysetemaer anbefaler Rådet, at der ikke igangsættes en større analyse indenfor området.</p>

Udvikling af det radiologiske område	Rådet anbefaler ikke temaet udvalgt. Rådet bemærker, at temaet er meget bredt formuleret og påpeger primært drifts- og planlægningsmæssige udfordringer inden for det radiologiske område. Rådet kan ikke umiddelbart se, hvordan konkrete anbefalinger udarbejdet indenfor Behandlingsrådets mandat kan afhjælpe aktuelle problematikker på området.
--------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Opsamling

Med afsæt i Rådets drøftelser på et ekstraordinært rådsmøde den 29. september 2021, ønsker Rådet at kvalificere beslutningsgrundlaget for Danske Regioners bestyrelse med følgende overordnede anbefalinger vedr. de indsendte forslag til analysetemaer.

Rådet har i nedenstående prioritering tilvalgt temaer hvor:

- 1) Der indenfor de seneste år har været væsentlig teknologisk innovation
- 2) Der umiddelbart kan ses en afgrænsning af temaet som muliggør udarbejdelse af evidensbaserede og praksisnære kliniske anbefalinger
- 3) Problemstillinger overvejende er af klinisk, patientrelevant og/eller sundhedsøkonomisk karakter og i mindre grad vedrører drift og planlægning.

Rådet anbefaler, i ikke-prioriteret rækkefølge, følgende forslag til analysetemaer udvalgt:

- Anvendelse af patientnær diabetesteknologi
- Håndholdt fokuseret ultralyd i akutmedicin
- Kunstig intelligens som beslutningsstøtte til koloskopi
- Intelligente/højteknologiske hospitalssenge

Rådet anbefaler, i ikke-prioriteret rækkefølge, at følgende forslag til analysetemaer eventuelt udvælges:

- Diagnostik og behandling af infektionskirurgiske tilstande
- Systematisk monitorering af vitalparametre med henblik på tidlig opsporing af kritisk sygdom (Rådet foreslår at dette analysetema kan overvejes ved næste års udvælgelse)

Rådet anbefaler, i ikke-prioriteret rækkefølge, at følgende forslag til analysetemaer ikke udvælges:

- Behandling af patienter med kroniske smerter
- Ernæring og måltider til indlagte patienter
- Klimaterapi til patienter med psoriasis
- Tinnitus
- Udvikling af det radiologiske område.

Bilag Titel:	Regionernes arbejde med forebyggelse, opsporing og behandling af hepatitis C
Dagsordens titel	Status på hepatitis C
Dagsordenspunkt nr	5
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

06-10-2021

EMN-2018-02743

1307012

Rikke Gravlev Poulsen

Regionernes arbejde med forebyggelse, opsporing og behandling af hepatitis C

Danske Regioner har indhentet status på, hvilke initiativer regionen har eller planlægger at igangsætte for at forebygge, opspore og behandle hepatitis C.

Oplysningerne er opdateret september 2021.

Region Hovedstaden

Region Hovedstaden kan oplyse, at behandling af hepatitis C varetages af Rigshospitalet, Blegdamsvej, Herlev og Gentofte Hospital (i formaliseret samarbejde), Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre og Nordsjællands Hospital (i formaliseret samarbejde).

I Region Hovedstaden arbejdes med en række forskellige initiativer til forebyggelse, opsporing og behandling af hepatitis C. Følgende oplister de væsentligste initiativer.

Infektionsmedicinsk Klinik på Rigshospitalet og Infektionsmedicinsk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital, bidrager med "fremskudt ambulatorieaktivitet" på 10 Københavnske centre for stofafhængige. Denne funktion blev initieret som et projekt mellem Københavns Kommune og forskningsenheden CHIP: The SACC Project (Shared Addiction Care Copenhagen). Modellen videreføres nu på KABS Behandlingscenter, Hvidovre, og KABS Behandlingscenter, Gentofte, ved Infektionsmedicinsk Område, Medicinsk afdeling, Herlev-Gentofte Hospital.

På de Infektionsmedicinske afdelinger i regionen behandles alle patienter, der aktuelt følges i ambulatoriet, med DAA-terapi ((Direct Acting Antivirals), i form af tabletbehandling. Patienter, som kureres, men som forud for behandlingsstart allerede har udviklet cirrose (skrumpelever), vil fortsat skulle følges på grund af risiko for udvikling af komplikationer til cirrose, herunder lever-kræft.

Gennem studiet "The Copenhagen Test and Treat Hepatitis C in a Mobile Clinic Study" testes og behandles alle personer med dansk cpr-nummer med aktivt stof - og/eller alkoholmisbrug.

Testpersonerne kommer fra nærmiljøet omkring Halmtorvet eller fra Sundholm, mændenes Hjem, "Reden" eller diverse herberger og transporteres med hjælp fra en "peer" til og fra Hvidovre Hospital, hvor de tilses af en læge og en sygeplejerske fra afdelingen. Behandlingen udleveres til og varetages fra Den Mobile Klinik.

Gennem Den Danske database for Hepatitis B og C (DANHEP) registreres det, hvor mange patienter der behandles. DANHEP indgår desværre ikke i opdateringen af Regionernes Kliniske Kvalitets Program (RKKP), så DANHEP styregruppen arbejder aktuelt på en ny IT-løsning.

Ligeledes indsamles prøver fra patienter med behandlingssvigt i hele landet på Infektionsmedicinsk Afdeling på Amager og Hvidovre Hospital for at undersøge, hvilke resistensmekanismer der er årsag til den manglende effekt af behandlingen.

Herudover ligger opgaven med forebyggelse og opsporing hos rusmiddelcentre og praktiserende læger, som hospitalerne giver råd og vejledning, hvis behovet opstår.

Det blev i forbindelse med vedtagelsen af Region Hovedstadens Budget 2021 besluttet at bevilge 1 million kroner årligt til fortsat finansiering af den mobile klinik, som opsporer Hepatitis C mv. blandt de mest udsatte i hovedstaden. Klinikken har tidligere været finansieret af Sundhedsstyrelsen mfl. Klinikken har siden 1. januar 2021 været finansieret af Region Hovedstaden og er sundhedsfagligt forankret på Amager og Hvidovre Hospital.

Infektionsmedicinsk Afdeling på Hvidovre Hospital planlægger i samarbejde med Infektionsmedicinsk Afdeling på Roskilde Universitetshospital at iværksætte et studie af incidens og prævalens samt behandling af hepatitis C blandt indsatte i fængsler på Sjælland, men mangler finansiering.

Det blev på møde i Sundhedsdirektørkredsen den 25. september 2020 besluttet, at regionerne senest primo 2021 skal have påbegyndt med at kontakte borgere som data fra forskningsregistre har vist kan have hepatitis C, men ikke er i behandling. Region Hovedstaden har sendt breve til samtlige af de ca. 2000 af regionens borgere, som kan være smittet med Hepatitis C med henblik på test og evt. behandling.

Da mange af borgerne/patienterne i risikogruppen bevæger sig frem og tilbage mellem i særdeleshed Region Sjælland og Region Hovedstaden blev det i december 2020 på embedsmandsniveau besluttet at igangsætte et samarbejde mellem de to regioner om at udarbejde en fælles oversigt over eksisterende indsatser og på den baggrund en fælles oversigt over forslag til fremadrettede handlinger for udryddelse af hepatitis C regionerne imellem.

Region Midtjylland

Behandling

I Region Midtjylland er man i færd med at behandle og kurere alle patienter med kendt kronisk hepatitis C, og de vil herefter kunne afsluttes fra videre ambulantebehandling. Derfor vil man i fremtiden kun kortvarigt følge og behandle patienter med nydiagnosticeret kronisk hepatitis C. Det betyder, at antallet af ambulante besøg pga. kronisk hepatitis C vil falde i løbet af de kommende år.

Flere af de behandlende afdelinger oplyser i september 2021, at de efter det blev muligt at opsøge tidligere patienter med konstateret hepatitis, har opsøgt alle kendte tilfælde i deres optageområde og tilbudt dem behandling. Øvrige afdelinger arbejder fortsat herpå.

Alle hepatitis C patienter (dem, der er henvist til behandling) er registrerede i databasen INFCAREHEP. Databasen viser, at man kun mangler at behandle ganske få (patienter som har ønsket udskydelse, og patienter som er noncompliance). Praksiskonsulenten er informeret omkring opsporing af hepatitis C patienter og henvisning til behandling.

Samarbejde med misbrugsrådgivningen

Ved behandling af hepatitis C undersøges om der er tegn på aktiv infektion i en blodprøve. Skade på leveren undersøges med en leverskanning, og til tider vævsprøve af leveren.

Diagnostik og behandling ud til patienterne

Tuberkulose og kronisk hepatitis C har den største forekomst i socialt udsatte grupper som hjemløse, stofmisbrugere og migranter. Det tværfaglige specialeråd peger på opsporing, diagnosticering og behandling af patienter med disse infektioner, vil kræve en udgående tværfaglig funktion.

Hepatitis C er regionsfunktion i infektionsmedicin og varetages på AUH. Desuden på Regionshospitalet Herning (i formaliseret samarbejde) og Regionshospitalet Viborg (i formaliseret samarbejde). Aarhus Universitetshospital, Skejby varetager udefunktion ved speciallæge på Hospitalsenheden Vest svarende til 2 gange om måneden med særligt henblik på at varetage behandlingen af hepatitispatienter.

Gravide med hepatitis C (højtspecialiseret funktion) varetages på AUH.

Opsporing

Følgende initiativer er taget fra Afdeling for Infektionssygdomme AUH med henblik på opsporing af hepatitis C. Midlerne stammer fra firmasponsorerede donationer:

- Misbrugscenteret i Aarhus og i Silkeborg: Sygeplejerske tilknyttet misbrugscenteret, læge fra Infektionssygdomme, AUH og læge klinisk

mikrobiolog, AUH, screener misbrugere på misbrugscenteret og behandler lokalt i det omfang, det er muligt. Screeningen foregår med point of care tests. Foreløbigt er screeningen begrænset til opiatmisbrugerne, men det er planen at udvide til alle typer af misbrugere, der frekventerer misbrugscenteret. Det er senere planen at lave opsøgende aktivitet, screening og eventuel behandling i væresteder og lignende. Det er formentlig her den største hepatitis C-smitte foregår.

- Misbrugscenteret i Vest (Herning, Holstebro) er kontaktet med lignende tiltag.
- Der er løbende tilgang af nye patienter med nyopdaget kronisk hepatitis C fra rusmiddelcentre i Viborg og Skive samt Retspsykiatrisk Klinik. De er i fuld gang med at få testet alle deres brugere for kronisk hepatitis B og C i samarbejde med HE Midt. Brugere med kronisk hepatitis B og/eller C henvises straks til HE Midt til opfølgning og behandling. Samme tilbud på herberger og bosteder.
- Psykiatrisk afdeling AUH. Der har været afholdt møder for at tilrettelægge et screeninginitiativ på afdelingen og de tilknyttede ambulatorier. Efter initiativet på grund af flytning har været sat i bero, er det nu implementeret og kørende, hvilket har resulteret i flere, der er blevet behandlet for kronisk hepatitis C under en indlæggelse i psykiatrisk regi
- Psykiatrisk afdeling Silkeborg (ambulatorier). Der er aftalt screening og efterfølgende behandling med den ledende overlæge.
- Siden august 2021 er et 2-årigt projekt med tilbud om test i rusmiddelcentret etableret og anses allerede som en succes. En hepatitissygeplejerske og bioanalytiker møder brugerne i rusmiddelcenteret sammen med en medarbejder der. Der er tilbud om test på stedet og tilbud om hepatitis A+B eller hepatitis B vaccination på stedet. Dette projekt kører 2 år med støtte fra Gilead,.

Yderligere tiltag:

- Prøver at teste alle med stofbrug i forbindelse med eventuel akut indlæggelse på vores akutafdeling. Svar tilgår klinik for infektionssygdomme.
- Anmodning til de praktiserende læger i optageområdet om, at de, i forbindelse med blodprøver, også screener for kronisk hepatitis B og C, hvis der er leverpåvirkning. Dette gælder især i aldersgruppen født mellem 1945-1965, da forskning har vist, at der her er en del, der går rundt uvidende om de er smittede i deres ungdom. De har aldrig været ude i egentlig i.v. misbrug. Flere er henvist på den baggrund. Det er en gruppe, hospitalet ellers først ser, når de møder med slutstadiet levercirrhose og komplikationer hertil.

Overvejelser om supplerende, opsporende indsatser:

- Undgå yderligere smitte
- Fortsat screening af alle bloddonorer

- Screening af særlige risikogrupper:
 - opfordre alle, der har eller har haft et i.v. stofmisbrug – også kortvarigt - til at lade sig teste.
 - opfordre alle, der har fået blodtransfusion før 1991 eller i udlandet, til at lade sig teste.
 - kampagne, der opfordrer risikogrupperne til at blive undersøgt for hepatitis C
 - teste for hepatitis C blandt stofmisbrugere på gadeplan.
 - tilbyde test i forbindelse med, at stofmisbrugere anvender kommunale faciliteter til i.v. injektion
 - tilbyde test af relevante patienter på psykiatrisk afdeling
 - tilbyde test af risikogrube personer (tidl eller nuværende stofmisbrugere, blodtransfusion før 1991)
 - screene alle indsatte i fængsler
 - undersøge for hepatitis C hos alle patienter, hvor lever-blodprøven Alaninaminotransferase findes forhøjet
 - Undersøge alle med skrumpelever for hepatitis C, uanset om der er andre mulige årsager til skrumpelever.

Ovenstående kunne gennemføres med udgangspunkt i erfaringer fra Island og med fordel koordineres nationalt. Såfremt der følger finansiering med vil AUH kunne initiere og lede et landsdækkende projekt vedr. forskellige screeningsformer og behandling for hepatitis C.

Igangværende forskningsprojekt

”Chronic Hepatitis C among people with drug abuse and psychiatric patients in Region Midt”. Formålet med projektet er opsporing af personer med smittet med hepatitis C i stofbrugsmiljøet samt i psykiatrisk regi. Samarbejde er indgået mellem Klinik for Infektionssygdomme, DC, RSI, Infektionssygdomme, AUH, Rusmiddelcentrene i Silkeborg og Aarhus samt Psykiatrisk afdeling, Silkeborg samt Psykiatrisk afdeling AUH. Der planlægges følgende screeningstiltag som led i Ph.D projekt: Screening af patienter tilknyttet psykiatriske afdelinger på AUH og Regionshospital Silkeborg, Screening af klienter tilknyttet misbrugscentrene under Herning og Holstebro.

Der indkaldes til møde med alle misbrugscentre i Region Midt og de vigtigste væresteder.

Screening sker med hurtig-tests og klienter med positiv prøve screenes efterfølgende for hepatitis C virus og tilknyttes ambulatorierne på de behandlende afdelinger på AUH, Regionshospitalet i Silkeborg og Regionshospital Vest Herning.

Det vurderes om status med fibroscanning og blodprøver samt behandling skal ske decentralt. Det vil gælde for en stor del af klienter tilknyttet misbrugscentrene.

Region Nordjylland

Hepatitisambulatoriet ved Aalborg Universitetshospital modtager henvisninger på og behandler løbende patienter med kronisk hepatitis C.

Hepatitisambulatoriet har desuden et samarbejde med Center for Sociale Indsatser, Rusmiddelafsnittet, Aalborg Kommune, som har fået tilsendt materiale, så man med henblik på diagnostik kan indsende såkaldte dried blood spots, og rusmiddelafsnittet har ligeledes haft besøg af en bioanalytiker fra hospitalet til almindelig blodprøvetagning. Hospitalet har i øvrigt samarbejde med Brugernes Akademi og det kommunale misbrugscenter i Aalborg samt kommunens gadesygeplejersker.

Diagnosticerede hepatitis C-patienter skal dog stadig møde frem på hospitalet for at få udleveret tabletbehandling, da der ikke er kapacitet til udgående funktion.

Region Nordjylland har ikke haft mulighed for at iværksætte de ønskede indsatser grundet kapacitetsmæssige udfordringer i forbindelse med COVID-19. Dette er ikke længere tilfældet, og der er nu afsat midler og aftalt en implementering frem mod 2022.

Region Sjælland

På det infektionsmedicinske område i Region Sjælland er man i gang med at udrulle behandling til de patienter, der går i ambulatorium i forvejen og de nyhenviste, som for det meste kommer fra primærsektoren. Projektet har følgende titel: Hepatitis C. Styrket opsporing, støttefunktion og udkørende HCV-teams.

Projektet er et samarbejde mellem medicinsk gastroenterologi og infektionsmedicin på Sjællands Universitet Hospital i Køge. Aktuelt har SUH påbegyndt samarbejde med Rusmiddelcenter Slagelse samt Forsorgshjemmet Saxenhøj og Fjordvang i Sakskøbing. Indtil videre er 41 borgere testede, heraf tre med aktiv virus i kroppen. Disse opstarter behandling snarest muligt. Borgerne testes vha. et par dråber blod til Rapid HCV Antistof test og Dried Blood spot test, som analyseres på NSR, Næstved Sygehus. I det tidlige efterår 2021 forventes det, at testområdet i Region Sjælland udvides.

Projektet kommer til at omfatte samarbejde om identifikation og behandling af HCV identificerede borgere. Projektet vil indebære følgende:

- Udkørende team til udførelse af Lever-fibrosevurdering (Fibroscan) hos HCV-positive sårbare borgere, for karakterisering af sværhedsgrad af leversygdom før antiviral hos smittede borgere.
- Etablering af netværk med samarbejdspartnere på det Regionale Rusmiddelcenter og de kommunale gade- og socialsygeplejersker for adgang til regionens etablerede ambulante behandlingstilbud.
- Etablering af lokale behandlingssatellitter med mulighed for test af HCV/HBV/HIV, hjælp til supplerende blodprøvetagning, vurdering af

antiviral behandlingsvalg, udbringning og administration af medicin med henblik på behandling via vanligt personale i rusmiddelcentre i tæt samarbejde med sundhedsfaglig personale fra Sjælland Universitets hospital. Lægeligt behandlingsansvar vil fortsat ligge hos Hepatitis-teamet fra Sjællands Universitets hospital.

- Etablering af Open Access klinik på regionens etablerede ambulante behandlingstilbud

Det vil i Region Sjælland muligt at foretage en "look-back" analyse ud fra en forskningsdatabase (DANHEP) over de sidste 15 års afsluttede forløb med hepatitis C patienter, hvis patienten har givet samtykke, hvilket er tilfældet for ca. 90-95 % af kontakterne.

Desuden er Region Sjælland i gang med at identificere patienter, der tidligere er diagnosticeret med Hepatitis-C, men som ikke længere er i behandling, med henblik på nyt behandlingstilbud. På denne baggrund er der taget kontakt til 60-70 patienter. 18 patienter har for nuværende fået tid på Medicinsk Ambulatorium. Desuden forsøges det, at få blodprøvetagning og behandling til 15-20 patienter via udkørende HCV-team.

Da mange af borgerne/patienterne i risikogruppen bevæger sig frem og tilbage mellem i særdeleshed Region Sjælland og Region Hovedstaden blev det i december 2020 på embedsmandsniveau besluttet at igangsætte et samarbejde mellem de to regioner om at udarbejde en fælles oversigt over eksisterende indsatser og på den baggrund en fælles oversigt over forslag til fremadrettede handlinger for udryddelse af hepatitis C regionerne imellem. Der er endnu ikke truffet beslutning om konkrete fælles indsatser.

Region Syddanmark

Siden frigivelsen af hepatitisbehandlingen i november 2018 er alle patienter, tilknyttet de to ambulatorier i regionen (Kolding og Odense), tilbudt behandling. Ambulatorierne deltager i Inficare hepatitisdatabasen, hvor alle behandlinger registreres. Ifølge denne er der i alt behandlet 694 hepatitis C-patienter (pr. 01.09.2020), heraf 432 i Kolding og 262 Odense. De fleste (573) i 2019 og resten (121) i 2020. Af de 694 patienter er 188 behandlet i udeambulatorier (rusmiddelcentre og fængsler), 123 under OUH, 53 i Kolding og 12 i regionens fængsler.

Den syddanske indsats mod HCV bygger grundlæggende på et samarbejde mellem sygehuse, kommunale rusmiddelcentre og fængselsvæsenet. Cfr. SYD-strategien er en model for dette baseret på såvel international som national forskning og tilpasset Region Syddanmark.

Der er overordnet fire moduler:

1. Test og behandling i rusmiddelcentre

Dette har første prioritet, da stofbrugere er dem, der spreder smitten i dag. Tilgangen består i screening med "dried blood spot" (fingerprik test) og

efterfølgende behandling på centrene. En dried blood spot test undersøger for pågående HIV, hepatitis B og hepatitis C infektion. Dried blood spot analyse er væsentlig nemmere at gennemføre end den almindelige standard blodprøve, hvilket betyder, at testen er lettere tilgængelig, og i sidste ende bliver flere testet for mulig infektion. Der er både i Region Syddanmark og internationalt erfaring med, at hepatitis C-behandling leveret via rusmiddelcentre er sikkert og effektivt.

Samtidig må det sikres, at alle stofbrugere har adgang til hyppig og gentagen testning, rent injektions- og stoftilberedningsudstyr og stof/substitutionsbehandling.

Der er etableret udgående/fremskudte ambulatorier på alle rusmiddelcentre i region Syd, hvor strategien har været at behandle et rusmiddelcenter ad gangen ud fra en forståelse af, at det giver den bedste mulighed for at reducere risikoen for at blive smittet igen.

Alle 15 centre tester systematisk, og behandling tilbydes, hvis borgene findes positiv for HCV. Seneste data er fra april 2021, hvor i alt 309 patienter var identificeret med HCV siden starten af 2019, og heraf er 234 (76%) startet behandling. Dækningsgrad for test blandt indskrevne og prævalens beregning afventer samkøring af laboratorie- og stofbehandlingsdata, disse resultater forventes at foreligge i 2022.

Som et nyt initiativ har medicinsk afdeling Kolding Sygehus startet et fremskudt ambulatorium i Esbjerg stofbehandlingscenter, hvilket forventes at øge behandlingsraten betydeligt.

Patienter behandlet for hepatitis C og uden tegn på skrumpelever eller udtalt arvævsdannelse i leveren bliver tilbudt test og kontrol et år efterbehandling. Derefter overgår kontrol af den årlige testning til rusmiddelcenteret. De første centre (Svendborg og Odense) starter systematisk gentestning i efteråret 2020. Herudover er der i Odense rusmiddelcenter etableret en kohorte af tidligere behandlede hepatitis C patienter, som følges med halvårlige kontroller mhp. at fange reinfektion hurtigere og derved hurtigere iværksættelse af behandling. Projektet er initieret april 2019 og inkluderer personer, der allerede er behandlet tidligere (fra 2014) eller opstarter behandling. 61 behandlede er inkluderet i pilotfasen. Der er indtil videre diagnosticeret 14 re-infektioner. Langt de fleste opstået før adgang til DAA behandling til alle. Reinfektionsraten er endnu ikke tilgængelig, men formentlig i størrelsesordenen 10-(20)/ 100PY og således af samme størrelsesorden som i publicerede studier.

I budget 2020 blev der afsat midler til LinieC – et to årigt projekt med test og behandling på gadeplan (fængsler, væresteder mfl.) via et mobilt team. Bilen er indkøbt og indrettet i foråret med mobil fibroscanner og fingerpriktest for HCV antistof og HCV-RNA med mulighed for svar efter 60 minutter. Efter accept af Medicinrådet kan der behandles med pangentypiske lægemidler i bussen,

hvorfor patienter, der screenes positive, umiddelbart vil kunne sættes i behandling. Der er ansat personale (fast sygeplejerske suppleret med ad hoc læger og frivillige). Bussen har nu, på trods af coronanedlukningerne, gennemført 51 besøg og testet mere end 500 personer. Blandt 490 i databasen er 37 (7,6%) antiHCV positive og 10 (2,0%) kronisk inficerede, hvoraf 4 er startet behandling. Dette kan sammenlignes med undersøgelsen af patienter i OUHs modtagelse fra 2020, som blev publiceret i 2021: (Wentworth, Infectious diseases), hvor man fandt en prevalens på 0,8% (4/489) antiHCV positive og ingen kronisk inficerede. Den fundne prævalens i Linje C projektet er 10 gange højere end i den generelle befolkning (0,21%) og viser, at bussen når ud til risikogrupperne.

2. Call Back/Call in

Patienter, der er diagnosticerede, men ikke går til kontrol, skal indkaldes. Der skelnes mellem "Call-back", som er patienter, der tidligere har været tilknyttet ambulatoriet og er afsluttet af forskellige årsager, og "Call-in", som er patienter, der er registreret som havende hepatitis i forskellige registre, men som aldrig har været i regulært ambulært forløb.

Man er påbegyndt "call-back" af patienter, der tidligere har været i ambulante forløb, men er afsluttet af forskellige årsager. Ca. otte procent vurderes egnet til behandling og genindkaldes (fra 1. november 2019). I absolutte tal vil det være omkring 50 i det fynske område og 40 fra det sydjyske. Siden opstart har man i Odense afdækket følgende:

Af 665 afsluttede patienter var:

- 39% døde,
- 34% helbredt,
- 17% flyttet,
- 1% vil ikke og
- 8% (50 patienter) er blevet kontaktet pr eboks/brev:

På trods af en initial lav responsrate (26% indenfor 3 måneder) er 78% (39/50) af callback patienter nu i forløb (pr 1.9.2020).

I Kolding har man identificeret omkring 100 patienter. Af disse er de 75 enten døde, overført til andre centre, eller i proces med at blive behandlet via rusmiddelcentrene. De 25, som er relevante at kalde ind via denne ordning, er indkaldt, men resultatet foreligger endnu ikke.

"Call In": Det lovmæssige grundlag for at kontakte diagnosticerede hepatitis C patienter, der aldrig har gået til kontrol, blev bragt til veje i februar 2020, hvor det blev lovligt at anvende forskningsdatabaser til opsporing af patienter, der ikke er i aktuel behandling. På landsplan er identificeret 4338 levende patienter med mulig kronisk hepatitis C, der ikke har gået til kontrol. I Region Syddanmark drejer det sig om 1552 patienter, som i første omgang skal slås op i

journalssystemet og efterfølgende kaldes ind, hvis de skal tilbydes behandling. Baseret på de første opslag på OUH patienter skal max halvdelen kaldes ind.

Den foreløbige opgørelse fra OUH viser flg:

- Af 122 indkaldte opnåedes kontakt ved første henvendelse (Eboks + fysisk brev) til 59 (40%) og heraf fik 44 (75%) taget blodprøve. I alt 55% af testede (24) var positive og blev henvist til behandling.
- Anden kontakt forsøg til de resterende 78 blev gennemført pr tlf efter 3 måneder. Dette startede i forår 2021 men blev forsinket af corona nedlukningen og forventes først afsluttet med udgangen af 2021. Foreløbigt er 30 kontaktet hvoraf 23(75%) svarede: af disse havde 4 (17%) ikke HCV, 2(9%) ønskede ikke behandling, 10(43%) startede forløb/behandling og 7 (30%) afventer resultat af initiale blodprøver.
- Man kan således på baggrund af på de foreløbige data konkludere at tlf. kontakt var mulig i $\frac{3}{4}$ af tilfældene, mellem $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ skønnes at kunne blive behandlet og kun 1/10 ønskede ikke at modtage tilbuddet.
- Hvis de foreløbige resultater af 2.kontakt holder bliver det samlede resultat for de 122 kontaktede som følger: Der opnås test hos $\frac{3}{4}$ (91), $\frac{1}{4}$ er ikke smittet (35) og halvdelen (56) bliver behandlet og helbredt.
- For Kolding er processen med journalgennemgang af 565 patienter endnu ikke afsluttet og de første af skønnet 150 pt indkaldes i september. De foreløbige resultater ligner OUHs.

3.Finde de ikke-diagnosticerede

Dette er den vanskeligste opgave. Den største ukendte gruppe er patienter smittet ved sporadisk stofbrug i ungdommen, men som nu er uden kontakt til stofmiljøet og ikke opfatter sig selv som i risiko for smitte. Det drejer sig først og fremmest om mænd født i perioden 1950-1980, med nuværende eller tidligere bopæl i større byer. Der er overhyppighed blandt alkoholikere, patienter med psykisk sygdom og i socialklasse V.

Man kan næppe nå denne gruppe med folkeoplysning, da de ikke opfatter sig i risiko. Systematisk screening og smitteopsporing ud fra dem, der diagnosticeres, er formentlig det mest effektive.

Man kan etablere "opt-out" test af patienter, der kontakter skadestuer eller indlægges på sygehus. Dette kræver et velfungerende register, så man ikke unødvendigt tester dem, der allerede er testet.

OUH gennemførte fra juni til august 2020 et pilotprojekt med systematisk test i Akutmodtagelsen. Resultatet var skuffende: Af næsten 500 testede var < 1% smittede, og alle var kendt i systemet i forvejen. Systematisk screening i en akutmodtagelse synes således ikke at kunne bruges til at identificere de udiagnosticerede HCV patienter.

Alternativt eller supplerende kan man udtrække data på personer, der opfylder et eller flere af ovennævnte karakteristika i folkeregistret og tilbyde dem screening i lighed med screening for tarmkræft og andre screeningsinitiativer. Det virker i denne forbindelse oplagt at kontakte alle, der er registreret i de nationale rusmiddelregistre, men som ikke er blevet testet. En screeningsstrategi bør også inkludere migranter fra lande med høj forekomst.

Test for hepatitis C i Region Syds fængsler

I fængselsundersøgelsen for hepatitis C (Søholm et al: PlosOne 2019) fandt man, at 8% var antiHCV positive, og 4% havde kronisk hepatitis C i regionen. Siden har man i Nyborg statsfængsel gennemført tilbud om systematisk screening med DBS "dry blood spot" ved indsættelse, og i perioden 2019-2020 er der blandt 293 testede fundet 4% antiHCV positive og 2% (6) med kronisk infektion, som alle er behandlet og helbredt i fængslet. Som følge af disse gode resultater er der fra sommeren 2021 indført tilbud om screening med DBS i alle regionens fængsler og arresthuse.

4. Overvåge effekten

Det er vigtigt at have en national monitorering af hepatitis C forekomst og ny/re-smitte for at dokumentere, om vi lever op til WHO's strategi om reduktion af nye tilfælde med 80 procent, diagnosticere 90 procent og behandle 80 procent inden 2030. Etablering af national eller regional laboratoriebaseret monitorering vil facilitere dette, ligesom at overvåge antallet af hepatitis C smittede blandt narko-relaterede dødsfald på landsplan kan være informativt i forhold til såvel diagnose- og incidens.

I 2020 bevilligede Region Syddanmark penge til at etablere en national database for laboratorietest. Databasen er beliggende i Odense under OPEN regi. Det var ventet, at databasen ville være opdateret og i drift sommeren 2020, men grundet Corona har oprensningen af rådata taget længere tid. Historiske data er nu importeret, og Region Syddanmarks data forventes opdateret inden årets udgang. I 2022 vil resten af Danmarks laboratorier blive opdateret.

Derudover er der Projekt Deadhep, som er monitorering af hepatitis C blandt stofrelaterede døde. Projektet var planlagt som et interventionsstudie med test af afdøde, men det har ikke været muligt at opnå myndighedstilladelse til dette. I stedet planlægges at etableres en registerbaseret overvågning af test in –vivo blandt stofrelaterede dødsfald. Om dette kan accepteres af datatilsynet er endnu uafklaret.

Øvrige tiltag

Derudover kan nævnes, at der den 30.10.2019 blev afholdt årlig hepatitis C eliminationskongres for anden gang med 110 deltagere fra hele landet. Arrangementet var organiseret af en tværregional styregruppe og primært sponsoreret og arrangeret af center for klinisk udvikling på OUH. Den planlagte kongres for 2020 er aflyst pga. Corona.

Der har i perioden været afholdt en skandinavisk videokonference om Hepatitis C elimination med OUH som arrangør.

Som følge af den lave prævalens i den alm.befolkning vil vi fortsat fokusere på at teste blandt risikogrupper.

- Der er planlagt screening for HCV blandt psykiatriske patienter i Vejle og OUH med start i 2022.
- Linje C vil fortsat forsøge at komme ud til udsatte borgere med testtilbud i samarbejde med lokale organisationer og behandlingscentre. Desuden er der nu åbnet op for deltagelse ved markeder og festivaller, hvilket planlægges for næste sæson (2022).
- CfritSyd gruppen deltager i udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens eliminations strategi
- Internet baseret mulighed for selvtest for HCV?

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Status på hepatitis C september 2021 – antal opsporede og behandlede.docx

Dokument Titel: Status på hepatitis C september 2021 – antal opsporede og behandlede

Dokument ID: 1476998



NOTAT

07-10-2021

EMN-2018-02743

1476998

Rikke Gravlev Poulsen

Status på hepatitis C september 2021 – antal opsporede og behandlede

Bestyrelsesmedlem Villy Søvnal har anmodet Danske Regioner om status vedrørende regionernes indsats omkring opsporing og behandling af hepatitis C. På den baggrund har Danske Regioner anmodet regionerne om seneste status. Grundet tidsfristen har det desværre ikke været muligt at få tilbagemeldinger fra alle regioner.

I forhold til regionernes status på, hvilke initiativer regionerne har igangsat eller planlægger at igangsætte for at forebygge, opspore og behandle hepatitis C henvises der til notatet "Regionernes arbejde med forebyggelse, opsporing og behandling af hepatitis C".

Tabel 1 viser antallet af nydiagnosticerede patienter, der er blevet opsporet siden den nye behandlingsvejledning trådte i kraft 1.11.2018. Det har ikke været muligt for alle regioner at opgøre antallet.

Tabel 1

REGION	ANTAL NYDIAGNOSTICEREDE PATIENTER REGIONEN HAR OPSPORET
HOVEDSTADEN	Region Hovedstaden har ikke mulighed for at oplyse dette. Det skyldes, at det vil kræve et større arbejde at udskille antallet af nydiagnosticerede patienter i 2019 fra det samlede antal patienter med hepatitis C i regionen. Derudover vanskeliggøres opgørelsen af, at de diagnostiske test udføres på flere forskellige afdelinger i regionen.
MIDTJYLLAND	Der har været 531 unikke CPR-numre siden 1. november 2018 og indtil 4. oktober 2021, som ikke har haft kontakter i 2017 og tidligere i 2018 med A-diagnoserne DB171 (Akut hepatitis C) og DB182 (Kronisk viral hepatitis C). Heraf er 266 nydiagnosticerede siden 1. august 2019.
NORDJYLLAND	Det har ikke være muligt at opgøre. Statistisk set bør RN finde 15-25 årligt, men dette er således ikke sket ved en systematisk opsporing. Indsatsen omkring systematisk opsporing er under etablering i Region Nordjylland.
SJÆLLAND	Via gennemgang af udtræk over patienter der tidligere er diagnosticeret med Hepatitis-C, men som ikke længere er i

behandling, har Region Sjælland aktuelt taget kontakt til 60-70 patienter. 18 patienter har for nuværende fået tid på Medicinsk Ambulatorium. Desuden forsøges det, at få blodprøvetagning og behandling til 15-20 patienter via udkørende HCV-team (se kort bekrivelse af projektet i "Regionernes arbejde med forebyggelse, opsporing og behandling af hepatitis C").

SYDDANMARK	Der er i alt tilgået 239 patienter, heraf 98 fra 01.11.2018-ultimo 2019, 90 i 2020 og 51 i 2021. Der ses altså en faldende tendens, hvilket stemmer overens med, at de fleste patienter på nuværende tidspunkt er identificeret og behandlet.
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 2 viser, hvor mange patienter der er behandlet for HCV siden 1.11.2018, hvor den nye behandlingsvejledning trådte i kraft.

Tabel 2

REGION	ANTAL PATIENTER BEHANDLET FOR HEPATITIS C SIDEN 1.11.2018
HOVEDSTADEN	På Rigshospitalet og Hvidovre Hospital er 801 patienter behandlet siden 1.11.2018. Det har ikke været muligt at få tal fra hele regionen.
MIDTJYLLAND	638 Opgørelsen er defineret ved A-diagnoserne DB171 (Akut hepatitis C) og DB182 (Kronisk viral hepatitis C) siden 1. november 2018. Heraf har 563 været i behandling efter 1. august 2019.
NORDJYLLAND	Der er behandlet ca. 200 patienter i hele den opstillede periode. Af disse er 120 behandlet i perioden 01.09.2019 til 01.09.2021. Aktuelt er 23 patienter i aktiv behandling.
SJÆLLAND	I alt er der 171 patienter behandlet for HCV i perioden 2019-2021, hhv. 95 i 2019, 50 i 2020 og 26 i 2021 (opgjort i september). Tallene for 2020 og 2021 er påvirkede af COVID-19 pandemien
SYDDANMARK	I alt er 1022 behandlet siden behandlingen blev givet fri - 220 i 2020 og 77 i 2021 (opgjort i september). Tendensen er faldende som udtryk for, at alle kendte er behandlet, og der registreres et faldende antal nye patienter. I tillæg til svaret kan oplyses, at i det nyeste estimat for Region Syddanmark fra 2020 er der i alt ca. 3000 patienter med kronisk hepatitis C. Heraf har 1000 været tilknyttet specialafdeling og er behandlede, 1300 er i diagnostiske registre (se Call In data nedenfor), og 700 er udiagnosticeret

Bilag Titel:	Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
Dagsordens titel	1. behandling af Danske Regioners budget 2022
Dagsordenspunkt nr	9
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

29-09-2021
EMN-2021-01220
1480139
Kristian Terp

Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

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

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

Ad 1. Kontingent fra regionerne

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen.

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

For 2022 indstilles kontingentet fastsat til 25,10 kr. pr. indbygger.

Ad 2. Betaling fra regionerne til Medicinrådet, Behandlingsrådet, RSI, VMR, RFI, IT råd og Kvalitetsenheden

Medicinrådet blev etableret i efteråret 2016. Udgifterne til afklaring og opstart af Medicinrådet blev finansieret ved en projektbevilling fra Danske Regioner. I 2022 udgør regionernes betaling til Medicinrådet 51,8 mio. kr.¹. Medicinrådets budget for 2022 udviser et underskud på 7,8 mio. kr., der dækkes ind af uforbrugte midler for foregående år.

Behandlingsrådet blev etableret i efteråret 2020. Udgifterne til etablering frem til årsskiftet blev afholdt over en projektbevilling fra Danske Regioner. Fra 2021 er der fastsat en ramme for Behandlingsrådets drift på 30 mio. kr. årligt. Da opbygningen af rådet forventedes at strække sig ind i 2021, blev budgettet for 2021 fastsat til $\frac{3}{4}$ af rammen, i alt 22,5 mio. kr. For 2022 udgør regionernes betaling til Behandlingsrådet 30,4 mio. kr. Hertil kommer et bidrag på 4 mio. kr. årligt til finansiering af analyser af ulighed i sundhed aftalt med staten i fm. økonomiaftalen for 2022.

For 2022 er regionernes betaling til hhv. RSI 5,5 mio. kr., til RFI 4,4 mio. kr., til VMR 9,2 mio. kr., til IT rådet 0,9 mio. kr. og til Kvalitetsenheden 0,9 mio. kr. Bidragene til de fire enheder og til kvalitetsindsatsen fastsættes af deres styregrupper, og finansieres særskilt af regionerne. Enhedernes indtægter og udgifter balancerer på Danske Regioners budget.

Ad 3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af RLTN

Danske Regioner modtager årligt et bidrag fra staten til delvis dækning af sekretariatsbetjeningen af RLTN. For 2022 ventes bidraget at udgøre 3,4 mio. kr.

Ad 4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje

Som beskrevet i bilag 2 leverer Danske Regioner administrative ydelser til en række eksterne virksomheder og fonde. Indtægterne fra salget af disse administrative ydelser ventes i 2022 at udgøre 6,0 mio. kr.

Danske Regioner udlejer kontorarealer i Regionernes Hus til Sundhed.dk. Huslejeindtægten fra Sundhed.dk ventes i 2022 at udgøre 2,9 mio. kr.

¹ I 2022 er regionernes bruttobetaling til Medicinrådet 51,8 mio. kr. Ved Medicinrådets etablering blev det forudsat, at Amgros reducerede deres omkostninger med 8 mio. kr. svarende til udgifterne til drift af RADS sekretariatet. Primo 2020 blev opgaven vedrørende sundhedsøkonomiske vurderinger overført fra Amgros til Medicinrådet. I den forbindelse blev medicinrådets bevilling øget med 5 mio. kr. med en forventning om en tilsvarende reduktion i Amgros driftsbudget. Nettoudgiften til Medicinrådet udgør dermed 39 mio. kr. i 2022.

Ad 5. Bidrag fra formue

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

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

Der kan i sagens natur være store udsving i kapitalposterne fra det ene år til det andet, men det har i de foreløbige 14 år, foreningen har eksisteret, hvert år været muligt budgetmæssigt at dække en væsentlig del af indtægterne via kapitalposterne.

For 2022 er dækningen via kapitalposterne budgetteret til 29,4 mio. kr. Hertil kommer Medicinrådets budgetterede underskud på 7,8 mio. kr. i 2022.

Det bemærkes i denne forbindelse, at dækningen via kapitalposterne er en "residualfinansiering", der i sagens natur ikke pris- og lønreguleres, hvilket løbende mindsker foreningens indtægtsgrundlag og medfører et pres for effektiviseringer af driften.

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

Tabellen nedenfor viser resultatet af en teknisk fremskrivning af de nuværende budgetforudsætninger og forpligtelser for Danske Regioner i perioden 2019-2032 og den resulterende egenkapital.

Reduktionen i underskuddet i 2025 skyldes, at Medicinrådets opsparede midler er opbrugt der.

Som det fremgår, vil den løbende underskudsfinansiering udtømme egenkapitalen senest i 2033. Kolonnen "Nettoværdi af ejendomme" er medtaget for at synliggøre, at en stadigt stigende andel af egenkapitalen vil være bundet i mursten. Over perioden vil de investerede midler i aktier og obligationer blive realiseret for at fremskaffe likviditet til det løbende driftsunderskud. Alternativet hertil er en realisering af ejendommen(e) eller en ny belåning af samme.

Udvikling i egenkapital 2019-33 (Millioner kroner)				
År	Årets resultat	Egenkapital ultimo	Nettoværdi af ejendomme	Bem:
2019	1,3	362,4	185,20	Regnskabstal
2020	-22,6	339,9	179,60	Regnskabstal
2021	14,5	354,4	173,08	Forventet regnskab
2022	-37,1	317,3	166,53	Budgetforslag
2023	-37,1	280,2	159,97	Budgetoverslag
2024	-35,1	245,1	153,41	Budgetoverslag
2025	-26,3	218,8	146,91	Budgetoverslag
2026	-26,3	192,5	140,41	Budgetoverslag
2027	-26,3	166,2	133,91	Budgetoverslag
2028	-26,3	139,9	127,41	Budgetoverslag
2029	-26,3	113,6	120,91	Budgetoverslag
2030	-26,3	87,3	114,41	Budgetoverslag
2031	-26,3	61,0	107,91	Budgetoverslag
2032	-26,3	34,7	101,41	Budgetoverslag
2033	-26,3	8,4	94,91	Budgetoverslag

Bilag Titel:	Hørringssvar vedrørende forslag til lov om velfærd
Dagsordens titel	Hørringssvar - Forslag til lov om velfærd
Dagsordenspunkt nr	11
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Finansministeriet
fm@fm.dk

DANSKE
REGIONER



27-09-2021

EMN-2021-01241

1479031

Valentin Thyge Egeberg

Høringsvar vedrørende forslag til lov om velfærd

Finansministeriet har den 21. september 2021 anmodet Danske Regioner og regionerne om bemærkninger til forslag til lov om velfærd. Danske Regioner fremsender høringssvar på vegne af de fem regioner.

Grundlæggende bakker regionerne op om en ny velfærdslov, som ved lov sikrer, at realvæksten i det offentlige forbrug som minimum skal modsvare væksten i det demografiske træk.

Sundhedsvæsenet bliver i disse år bebyrdet med et større demografisk træk, som følge af både flere patienter og en aldrende befolkning. Velfærdsloven er i denne sammenhæng med til at sikre en ramme og en forpligtelse for de merudgifter, som en aldrende befolkning fører med sig.

Danske Regioner ser meget positivt på intentionen om at sikre et uændret serviceniveau, men dels afhænger det af den konkrete fordeling mellem sektorerne, som fastlægges fra år til år, dels er især sundhedsområdet kendetegnet ved et udgiftspres, der rækker ud over den demografiske udvikling.

Velfærdsloven dækker derved ikke den mervækst, som der er behov for ud over den demografiske vækst. Regionerne er i praksis nødsaget til at prioritere de faste regninger til bl.a. stigende medicinudgifter og nye behandlingsformer mv., som ikke i samme grad er styret af den demografiske udvikling, men af den teknologiske udvikling og af befolkningens forventninger til at kunne leve et aktivt liv også som ældre. Derfor er det vigtigt at pointere, at velfærdslovens minimumskrav ikke sikrer et minimum i forhold til et uændret serviceniveau, som ordlyden er i lovforslaget nu.

I forhold til den konkrete udmøntning forventer Danske Regioner, at det demografiske træk fortsat udmøntes i de årlige økonomiforhandlinger.

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

Under afsnittet "*Finansministeriets overvejelser og den foreslåede ordning*" fremgår det, at finansministeren offentliggør den til enhver tid anvendte metode på ministeriets hjemmeside.

Danske Regioner sætter pris på, at Finansministeriet nu vil offentliggøre den metode, som anvendes til beregningen af det demografiske træk og anbefaler, at det bliver i en form, som giver komplet åbenhed og fuld transparens. Den valgte metode har stor betydning for størrelsen af det demografiske træk, og derfor bør Finansministeriet inddrage ny viden på området i deres modelarbejde – her kan bl.a. henvises til VIVEs analyse om Fremtidens Sundhedsudgifter, hvor det findes, at de gennemsnitlige sundhedsudgifter pr. alderstrin er steget mere for den ældre del af befolkningen end for de yngre. Dette kunne med fordel overvejes indarbejdet i det fremadrettede metodearbejde.

Danske Regioner forventer, at der i forbindelse med offentliggørelsen af metodevalg også indgår de bagvedliggende beregninger, som danner grundlaget for beregningen af det demografisk træk.

Venlig hilsen

Stephanie Lose

Ulla Astman

Bilag Titel:	hørings svar til forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien
Dagsordens titel	Hørings svar - Lovforslag om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien
Dagsordenspunkt nr	12
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Sundhedsministeriet

sum@sum.dk, nff@sum.dk

DANSKE
REGIONER



30-09-2021

EMN-2021-01211

1480724

Josefina Hindenburg
krausing/Ida With

Høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af anvendelse af tvang i psykiatrien

Høringssvaret er fremsendt med forbehold for bestyrelsens drøftelse på møde den 14. oktober 2021.

Danske Regioner har d. 31. august 2021 modtaget forslag til ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien i høring fra Sundhedsministeriet. Lovforslaget bygger på den nationale handlingsplan til imødegåelse af udfordringer med fangeflugter.

For detaljerede kommentarer til lovforslagets enkelte punkter henvises til regionernes separate høringssvar, som regionerne har fremsendt til Sundhedsministeriet.

Danske Regioner skal indledningsvis anerkende regeringens prioritering af det psykiatriske område, herunder regeringens fokus på sikkerheden for både patienter, besøgende og personale på de psykiatriske- og retspsykiatriske afdelinger.

Danske Regioner skal desuden understrege, at de foreslåede ændringer ikke kan stå alene, men at det er en helt afgørende forudsætning, at der som beskrevet i handlingsplanen etableres særlige udredningsafsnit i regi af kriminalforsorgen, hvor undvigelsestruede fanger med negativ social adfærd, skal udredes. Danske Regioner forudsætter, at staten snarest tager initiativ hertil.

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

Overordnede bemærkninger

I 2019 undveg en person fra retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrien Slagelse. Som opfølgning har Justitsministeriet bedt Rigspolitiet, Rigsadvokaten og Direktoratet for Kriminalforsorgen om i fællesskab at udarbejde en handlingsplan til at imødegå udfordringerne med undvigelse fra lukkede fængsler/arresthuse og psykiatriske afsnit, der huser surrogatanbragte varetægtsarrestanter.

Danske Regioner har været involveret i forløbet med udarbejdelse af anbefalingerne til den handlingsplan til imødegåelse af udfordringer med fangeflugter, som lovforslaget bygger på. I den forbindelse fremsendte Danske Regioner ved mail i marts 2021 forslag til anbefalinger, der kan forebygge arresteranters flugt fra psykiatrien. Danske Regioners høringssvar er bl.a. baseret på disse anbefalinger. Anbefalingerne er vedlagt.

Det foreliggende lovforslag som er i høring, skal tilgodese sikkerheden på de psykiatriske afdelinger og højne den generelle retssikkerhed for psykiatriske patienter. Danske Regioner ser overordnet positivt på de forslåede ændringer til psykiatriloven. Det er særligt positivt, at personalets sikkerhed og arbejdsmiljø vægtes højt, og at der indføres særlige regler for personer anbragt i varetægtssurrogat.

Danske Regioner skal endvidere bemærke, at det er væsentligt, at der som led i handlingsplanen oprettes særlige udredningsafsnit i regi af kriminalforsorgen, hvor fanger med negativ social adfærd, der er meget undvigelsestruede, skal udredes.

Husordener

Danske Regioner ser positivt på, at lovforslaget giver muligheden for etableringen af et klart hjemmelgrundlag for begrænsninger og indgreb, der iværksættes overfor indlagte psykiatriske patienter med det formål at skabe tryghed og sikkerhed på afdelinger samt af hensyn til patienternes behandling.

Der synes i forslaget dog at være et større fokus på problematikker og eksempler, der knytter sig til de voksenpsykiatriske afdelinger end på problematikker, der er knyttet til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Danske Regioner foreslår, at der også tages hensyn til de problematikker, der er særligt knyttet til mindreårige patienter. F.eks. savnes der en konkret vurdering af, hvordan især de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger kan begrænse patienters adgang til onlinefora, som opfordrer til selvskade og suicidale handlinger. For nærmere uddybning herom og eksempler på disse hensyn henviser Danske Regioner til bl.a. Region Midtjyllands høringssvar.

Anvendelse af bagagescannere på de almen- og retspsykiatriske afdelinger

Danske Regioner ser positivt på, at lovforslaget både sigter efter at højne sikkerheden for patienter såvel som medarbejdere i retspsykiatrien.

Som det fremgår af Danske Regioners anbefalinger til sikkerhedstiltag i psykiatrien, ser Danske Regioner positivt på, at der indføres hjemmel til, at alle retspsykiatriske afsnit får mulighed for at opsætte generel kontrolundersøgelse med metal- og taskescanner af alle, der færdes ind og ud af afsnittet. Det vil sige hjemmel til, at en sådan undersøgelse også kan anvendes, uden at der foreligger begrundet mistanke. Eftersom besøg ikke forudsætter tilstedeværelse af en læge, skal det foreslås, at det ikke alene er lægen, der kan træffe beslutning om brug af krops- og bagagescannere, men at det kan besluttes af det til enhver tid tilstedeværende personale på afdelingen.

Manglende hjemmel til skærmning af patienter uden samtykke

Ombudsmanden beskrev ved sine henvendelser til ministeriet i 2019 og 2020, at der var et behov for en hjemmel i lovudkastet til skærmning af patienter. Danske Regioner undrer sig over, at der endnu ikke er etableret en hjemmel. Danske Regioner foreslår, at der indsættes en hjemmel i psykiatriloven til at den midlertidigt inhabile patients aktivitet og færden i afdelinger kan begrænses begrundet i sikkerhedsmæssige- og behandlingsmæssige behov. For en uddybning af dette henviser Danske Regioner til Region Hovedstaden og Region Nordjyllands høringsvar.

Sikkerhedskontrol på retspsykiatriske afdelinger

Danske Regioner ser positivt på forslaget. Narkotiske stoffer er et problem på psykiatriske afdelinger, som påvirker både patienter og arbejdsmiljøet negativt. Det forværrer patientens tilstand og gør det terapeutiske arbejde sværere. Det kan samtidig være svært at holde narkotiske stoffer ude, da nogle patienter eller pårørende trues eller lokkes til at indsmugle stofferne for andre. Dette taler for at fjerne krav om begrundet mistanke, hvilket lovforslaget også tilsiger.

Danske Regioner vil dog henlede opmærksomheden på, at der også kan være retspsykiatriske patienter på de almindelige, såvel som intensive (lukkede) afdelinger. Danske Regioner anbefaler, at den udvidede adgang til sikkerhedskontrol knyttes til retspsykiatriske og surrogat-anbragte patienter, og ikke til afdelingen.

Særlige afsnit og regelsæt for surrogatanbragte i psykiatrien

Danske Regioner bifalder forslaget om, at der gives hjemmel til, at regionerne kan oprette særlige afdelinger for personer anbragt i varetægtssurrogat, og at der skabes hjemmel til udvidet kontrol på disse afsnit. Danske Regioner ser

især positivt på, at sundhedsmyndigheden ud fra en vurdering af målgruppen på det pågældende afsnit kan vurdere, at der er indikation for generelle forebyggende initiativer, som der ellers skal være begrundet personlig mistanke om.

Surrogatanbragte placeres ikke udelukkende i retspsykiatrien eller på særlige afsnit men også i almenpsykiatrien, hvor sikkerhedsniveauet er lavere. Danske Regionerne anbefaler derfor, at den enkelte surrogatanbragtes sikkerhedsniveau beskrives af politiet forud for anmodning om overførsel til psykiatrisk afdeling, så psykiatrien kan afgøre om afdelingen har et tilstrækkeligt sikkerhedsniveau. En sådan beskrivelse kan desuden danne afsæt for dialog om, hvordan afdelingen skal håndtere rutiner omkring patientens sikkerhed som f.eks. brevkontrol.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag Titel:	Hørings svar vedr. evaluering af databeskyttelsesreglerne_september 2020
Dagsordens titel	Juridiske barrierer for sundhedsforskning
Dagsordenspunkt nr	13
Bilag nr	1
Antal bilag:	3



Justitsministeriet

22-10-2020
EMN-2020-00850
1382575

Høringssvar vedr. national evaluering af databeskyttelsesreglerne

Danske Regioner modtog den 10. juni 2020 en høring fra Justitsministeriet angående en national evaluering af databeskyttelsesreglerne. Formålet med evalueringen er at belyse konkrete situationer, hvor der opleves uklarhed, når databeskyttelsesreglerne skal efterleves i praksis. Desuden har høringen til hensigt at formidle mulige løsninger og vejledning om konkrete problemstillinger. Danske Regioner fremsender her et høringssvar på vegne af de fem regioner. Regionernes tekstnære juridiske bemærkninger og problemstillinger relateret til den praktiske udmøntning er vedlagt i et separat bilag.

Databeskyttelsesforordningens ikrafttræden har sat fornyet fokus på arbejdet med at beskytte borgernes personoplysninger i regionerne. Særligt på sundhedsområdet har regionerne ansvaret for mange følsomme oplysninger om borgerne. Det er et ansvar, regionerne tager dybt seriøst, og derfor bakker Danske Regioner op om, at databeskyttelse må og skal være en naturlig og integreret del af de offentlige myndighedernes opgaveløsning.

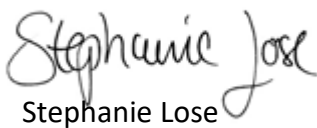
På en lang række områder har implementering af databeskyttelsesforordningen i Danmark dog været vanskeliggjort af, at det ikke altid har været muligt at få den nødvendige vejledning fra Datatilsynet. Yderligere mener Danske Regioner, at der fortsat – bl.a. på digitaliseringsområdet – er et arbejde med at skabe de rette rammer for udmøntningen af databeskyttelsesreglerne. Sammen med de øgede krav til dokumentation er konsekvensen af dette, at den nye databeskyttelseslovgivning har medført betydelige, administrative omkostninger i regionerne.

Derfor mener Danske Regioner, at den nationale evaluering bør fokusere på:

- At der bliver skabt klarhed om de juridiske rammer for tværoffentlige it-projekter, herunder databehandlaftaler, risikovurderinger, konsekvensanalyser og modeller for tilsyn på tværs af myndigheder.
- At form- og metodekrav til risikovurderinger bliver mere fleksible, så de bedre kan blive tilpasset de faktiske organisatoriske forhold og processer hos den enkelte region.

- At Datatilsynet udarbejder vejledning om, hvordan dataansvaret for et brud på persondatasikkerheden fastlægges i komplekse databehandlerkonstruktioner, f.eks. hvor en myndighed stiller et IT-system til rådighed for andre aktører i sundhedssektoren.
- At Datatilsynets rådgivning bliver bedre, så regionerne hurtigere kan få afklaret tvivlsspørgsmål og usikkerheder i fortolkningen af lovgivningen.
- At problematikker, som knytter sig til samspillet mellem databeskyttelseslovgivningen og sundhedslovgivningen, bliver håndteret, og at de ansvarlige myndigheders rådgivning i højere grad bliver koordineret på tværs.
- At hjemmelsgrundlaget i forbindelse med forskningsprojekter bliver tydeliggjort, f.eks. hvornår personoplysninger i forskningsprojekter kan behandles med hjemmel i databeskyttelsesforordningen eller skal behandles på baggrund af et samtykke.

Med venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman



NOTAT

22-10-2020
EMN-2020-00850
1385256

Bilag: Regionernes bemærkninger og løsningsforslag

I tillæg til Danske Regioners høringssvar har regionerne følgende bemærkninger ift. de konkrete problemstillinger, som regionerne oplever i forbindelse med udmøntningen af databeskyttelseslovgivningen. Bemærkningerne er organiseret i en række overordnede temaer. Regionerne har for hvert tema anvist en række konkrete løsningsforslag.

Tema 1: Digitalisering og tværoffentligt samarbejde

Regionerne råder hver især over et komplekst it-landskab med en stor mængde systemer og medicoteknisk udstyr. Derudover er der på tværs af den offentlige sektor og de forskellige aktører i sundhedsvæsnet et udbygget fællesoffentligt samarbejde om digitalisering med en række tværgående digitale løsninger og infrastruktur. Databeskyttelseslovgivningen anskuer grundlæggende hver myndighed som entydigt afgrænsede dataansvarlige enheder. I praksis udfordrer databeskyttelseslovgivningen hermed rammerne for den offentlige digitalisering, hvilket skaber en række udfordringer for regionerne.

Her beskrives en række problemstillinger, som relaterer sig til dette tema.

Afgrænsning af dataansvar

Ifølge databeskyttelseslovgivningen skal rollefordelingen ift. dataansvarlig og databehandler fastslås, når der sker en behandling af personoplysninger, som involverer flere parter. Dette er ikke et nyt krav, men digitaliseringen øger kompleksiteten i, hvordan den offentlige sektor er forbundet. I praksis er det derfor ofte meget vanskeligt at fastlægge, hvordan dataansvaret skal placeres og afgrænses, samt hvordan databehandlerkonstruktionen skal være i forhold til digitale løsninger og it-systemer, som går på tværs af myndighederne. I dag bliver dette løst fra projekt til projekt, men der mangler generelt overordnede

modeller og rammer for databehandlerkonstruktionerne i tværoffentlige digitaliseringsprojekter.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 4, nr. 7-8.

Antal databehandleraftaler og tilsyn

I tværoffentlige it-projekter skal der indgås et stort antal databehandleraftaler mellem de offentlige myndigheder. Et eksempel på dette kan være et system, som en region udvikler og stiller til rådighed for de øvrige aktører i sundhedssektoren. Regionen skal i denne situation potentielt indgå databehandleraftaler med alle aktørerne individuelt. Hvis der er tale om systemer, som går på tværs af stat, regioner, kommuner og praksissektoren, er der tale om et meget stort antal aftaler.

Oveni de administrative omkostninger til indgåelse af databehandleraftaler, skal myndighederne som følge af tilsynsforpligtelsen hver især bruge ressourcer på løbende at kontrollere og følge op på sikkerhedsniveauet hos hinanden. Da tilsynene skal laves konkret med udgangspunkt i hver databehandleraftale, resulterer det i et stort antal databehandleraftaler og efterfølgende i et tilsvarende antal tilsyn. Dette er ressourcetungt og risikerer i praksis at blive en ren papirøvelse, som ikke reelt bidrager til at højne den samlede sikkerhed hos aktørerne, da tilsynene ofte er enslydende forespørgsler vedrørende myndighedernes generelle sikkerhedsforanstaltninger.

Der er behov for et centralt koordineret set-up for databehandleraftaler og tilsyn på tværs af den offentlige sektor. Det kan bl.a. ske ved, at der laves overordnede databehandleraftaler og tilsyn mellem offentlige myndigheder, som dækker alle de databehandlingsrelationer aktørerne måtte indgå i eller ved, at de offentlige myndigheder arbejder med adfærdskodekser og certificeringer jf. databeskyttelsesforordningens artikel 40 og 42 til at fastlægge fælles sikkerhedskrav og påvise, at myndighederne overholder lovgivningen. En anden mulighed er, at der i højere grad via lovgivningen fastsættes bestemmelser, som væsentligt begrænser eller helt fjerner behovet for indgåelse af databehandleraftaler mellem offentlige myndigheder. Et eksempel på dette er sundhedslovens § 193b, hvorefter Sundhedsdatastyrelsen er gjort ansvarlig for at drive en fælles infrastruktur til udveksling og registrering af udvalgte sundhedsdata.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 28 stk. 3, artikel 40 og 42.

Indbyrdes afhængigheder i forhold til risici

Udgangspunktet er i dag, at de enkelte offentlige myndigheder selv skal udføre risikovurderinger af konkrete behandlingsaktiviteter eller systemer. Men i praksis er myndighederne indbyrdes afhængige af hinandens risikovurderinger og sikkerhedsniveau. Et eksempel på dette er videokommunikationstjenester, som blev højaktuel med COVID-19. Her lavede de offentlige myndigheder forskellige risikovurderinger på baggrund af de trusselvurderinger, Center for Cybersikkerhed kom med. Dette besværliggjorde samarbejdet på tværs af myndighederne, da myndighederne ikke var enige om, hvordan den digitale kommunikation på tværs af myndighederne skulle foregå.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 24.

Konsekvensanalyser

I projekter, hvor regionerne enten er pålagt at implementere en bestemt digital løsning, eller der er tale om en tværoffentlig løsning, som skal implementeres hos flere aktører, skal hver enkelt dataansvarlig udarbejde hver deres konsekvensanalyse uden nogen reel mulighed for at vurdere risici i sammenhæng med den samlede tværregionale løsning og uden reelt at have et mitigerende råderum ift. eventuelle risici.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 35.

Public cloud

Public cloud løsninger er i vækst på det digitale marked. Dette gælder også i sundhedssektoren, hvor it-leverandører i stigende grad bygger deres løsninger og services på public cloudteknologi. Set fra et databeskyttelsesperspektiv giver public cloud en række udfordringer ift. kontrol af data. Selvom du som kunde i stigende grad har mulighed for at specificere, at data skal placeres i et datacenter i EU, er public cloud kendetegnet ved, at der ydes support fra mange og skiftende lande uden for EU. Samtidig tilbyder cloudleverandørerne typisk en standardkontrakt, som ikke er til forhandling, ligesom mulighederne for at føre tilsyn med de store public cloud leverandører reelt ikke er til stede

Regionerne mener, at der er behov for et fælles grundlag for anvendelsen af public cloud i den offentlige sektor. I dag er det op til den enkelte offentlige myndighed som dataansvarlig at undersøge kontraktvilkårene for de store cloududbydere, stille krav og forhandle vilkår med leverandørerne. Dette er en ressourcekrævende opgave samtidig med, at myndighederne, står i en svag forhandlingsposition over for store globale leverandører, når de agerer på egen hånd. Digitaliseringsstyrelsen og Center for Cybersikkerhed udgav i nov.

2019 en vejledning om anvendelsen af cloudservices, men denne har som om-drejningspunkt, at brugen af cloudservices beror på den enkelte myndigheds risikovurdering og udelukkende er den dataansvarliges eget ansvar. Et fælles grundlag og linje for anvendelsen af public cloud i den offentlige sektor vil ikke blot lette regionernes eget arbejde på området, men også fremme fælles anvendelser til gavn for den tværgående digitalisering.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 28, 29 og 44.

Digital udvikling og nye teknologier

Nye teknologier rejser nye databeskyttelsesretlige problemstillinger som f.eks. artificial intelligence (AI), hvor lærende algoritmer udfordrer lovgivningens skarpe grænser mellem brug af persondata til forskning og brug af persondata til patientbehandling. I dag må de enkelte aktører selv foretage databeskyttelsesretlige vurderinger og finde løsninger på komplekse juridiske problemstillinger og dilemmaer, som knytter sig til anvendelsen af nye teknologier. Dette sætter regionerne i en vanskelig position, fordi de skal operere i en gråzone, hvor de juridiske rammer er uklare. I den situation har regionerne valget mellem at være risikoaverse, bremse op og begrænse den digitale udvikling eller være mere risikovillige og dermed risikere efterfølgende kritik og sanktioner. Dette skaber usikkerhed og tøven, som kan forsinke ibrugtagningen af nye teknologier i regionerne.

Brug af sundhedsdata

Innovationssamarbejde mellem offentlige og private aktører (OPI) har et stort potentiale til at fremme udviklingen af nye behandlingsmetoder i sundhedssektoren f.eks. gennem øget brug af sundhedsdata. Databeskyttelseslovgivningen sætter snævre rammer op for anvendelsen af personoplysninger i denne sammenhæng. Dette bunder bl.a. i et ønske om, at brugen af personoplysninger sker indenfor afgrænsede formål og under hensyntagen til borgernes frihedsrettigheder.

I praksis rejser dette dog en række svære spørgsmål og dilemmaer, hvor regionerne i dag selv skal finde en balancegang mellem hensynet til borgeren som patient, der forventer at få tilbudt nye behandlingsmuligheder hurtigt og effektivt og hensynet til borgeren som registreret, der har krav på beskyttelse af sine personoplysninger. Samtidig er der i dag i den offentlige sektor ofte ikke de nødvendige strukturer, systemer og fundamentet på plads til at kunne løse problemstillingerne f.eks. gennem privacy by design, anonymisering eller øget brug af samtykke fra patienterne.

Når regionerne er på usikker grund ift. til anvendelsen af sundhedsdata, vil tendensen være at blive forsigtig og restriktiv. Dette kan potentielt blive en barriere for ambitionerne om at udnytte sundhedsdata til gavn for patienterne og patientbehandlingen.

Regionerne foreslår:

- At der i regi af det fællesoffentlige samarbejde om digitalisering sammen med Justitsministeriet og Datatilsynet hurtigt skabes klarhed ift. de juridiske rammer for tværoffentlige it-projekter, herunder indgåelse af databehandlaftaler, risikovurderinger, konsekvensanalyser og modeller for tilsyn på tværs af myndigheder.
- At der i forlængelse heraf sættes et arbejde i gang, som skal skabe bedre betingelser for den fællesoffentlige digitalisering og deling af data på tværs af myndigheder f.eks. igennem øget brug af adfærdskodeks og certificeringer. Indsatsen kan med fordel forankres i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi eller den nationale og sektorspecifikke cyber- og informationssikkerhedsstrategi
- At der i højere grad gøres brug af muligheden i databeskyttelsesforordningens artikel 35, stk. 10, til i forbindelse med udformningen af lovforslag at foretage generelle konsekvensanalyser, og at det overvejes, om der i lovgivningen kan fastsættes flere bestemmelser, som kan reducere antallet af databehandlaftaler mellem offentlige myndigheder
- At Datatilsynet i deres rådgivning og vejledninger i højere grad aktivt forholder sig til de komplekse databehandlerkonstruktioner og gensidige afhængigheder, som kendetegner digitaliseringsprojekter i den offentlige sektor
- At der i regi af det fællesoffentlige samarbejde om digitalisering sammen med Justitsministeriet og Datatilsynet, arbejdes på at skabe et fælles grundlag for anvendelsen af public cloud i den offentlige sektor, som styrker de offentlige myndigheders position på området
- At der i regi af det fællesoffentlige samarbejde om digitalisering sammen med Justitsministeriet og Datatilsynet sættes et arbejde i gang, som skal finde løsninger på de særlige databeskyttelsesretlige problemstillinger, som knytter sig til anvendelsen af nye teknologier og sundhedsdata, så databeskyttelseslovgivningen ikke hæmmer den digitale udvikling og innovation i sundhedssektoren.

Tema 2: Formkrav til risikovurderinger

Med databeskyttelsesforordningen er der indført et krav om, at den dataansvarlige skal kunne påvise og dokumentere, at personoplysninger behandles tilstrækkeligt sikkert. Barrieren for hvornår der skal udarbejdes metodemæssigt formaliserede risikovurderinger, synes efter den seneste praksis fra Datatilsynet (j.nr. 2019-441-3399) og Rigsrevisionen (beretning om outsourcete data i det offentlige 15/2019) at være meget lav. Selvom det følger af Datatilsynet og Rådet for Digital Sikkerheds vejledende tekst om risikovurderinger, at der ikke er eksplicitte formkrav til risikovurderingerne, og den dataansvarlige selv må fastlægge et passende niveau for vurderingerne, tegner praksis et billede af, at der er krav om metodemæssigt formaliserede risikovurderinger for samtlige behandlingsaktiviteter hos den dataansvarlige – store som små. Samtidig tyder praksis på, at dokumenter, der afspejler en reel risikovurdering, ikke bliver anerkendt som en risikovurdering, med mindre dokumentet hedder ”risikovurdering” og følger en bestemt metodik. Dette er u hensigtsmæssigt, fordi risikovurderingerne skal fungere i praksis ude hos aktørerne, hvor det ofte er mest hensigtsmæssigt, at risikovurderingerne indbygges i konkrete processer og koncepter.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 5 stk. 2 og 24.

Regionerne foreslår:

- At krav til form og detaljeringsniveau for risikovurderinger bliver mere fleksible, så der bliver mulighed for at tilpasse arbejdet med risikovurderinger til de faktiske organisatoriske forhold og konkrete organisatoriske processer hos den dataansvarlige
- At forordningens muligheder for adfærdskodekser og certificeringsordninger udnyttes og anvendes som et led i påvisningen af efterlevelsen af forordningen jf. artikel 24, stk. 3.

Tema 3: Brud på persondatasikkerheden

I sagsbehandlingen og den konkrete vurdering af brudsager oplever regionerne, at det fortsat er uklart, hvordan databeskyttelsesforordningen og reglerne for brud på persondatasikkerheden skal fortolkes og udmøntes i praksis. Herudover er der krav om, at brud på persondatasikkerheden skal anmeldes i en række situationer, hvor regionerne mener, at Datatilsynet med fordel kunne operere med en bagatelgrænse, da de reelle risici for den registrerede er meget begrænsede.

Her beskrives en række konkrete problemstillinger, som knytter sig til temaet.

Afgrænsning af dataansvar

Systemlandskabet i sundhedssektoren er som tidligere beskrevet kendetegnet ved en høj kompleksitet. Dette betyder i praksis, at der kan ske hændelser, som involverer flere potentielle dataansvarlige. Det kan f.eks. ske, hvis der sker et brud, som inkluderer data, systemer og integrationer, som har forskellige dataansvarlige. Dette skaber usikkerhed i sagsbehandlingen af konkrete brudsager, hvor der ofte bruges uforholdsmæssigt meget tid på at afklare det konkrete dataansvar, og der i nogle situationer sker en dobbeltanmeldelse af bruddet, hvilket er u hensigtsmæssigt for alle parter.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 24, 33 og 34.

Snitflader mellem tilsynsmyndigheder

I sundhedssektoren er der på patientsikkerhedsområdet et veletableret system for håndteringen af utilsigtede hændelser, med egen tilsynsmyndighed i form af Styrelsen for Patientsikkerhed. Sikkerhedshændelser, som medfører brud på integriteten eller tilgængeligheden af sundhedsdata, vil oftest kræve akut handling, som organisationerne og sundhedspersonalet over tid har øvet sig i. Der er derfor allerede et velfungerende system til at håndtere mistanke om og indberette sådanne brud samtidig med, at læring på baggrund af hændelserne er en integreret dimension af arbejdet.

I dag er der et vist overlap mellem brud på persondatasikkerheden og utilsigtede hændelser, så den samme hændelse i nogle situationer skal håndteres ad to spor med forskellige tilsynsmyndigheder og klageinstanser. Dette gælder særligt brud på integritet og tilgængelighed, mens brud på fortroligheden ikke på samme måde er dækket af patientsikkerhedssystemet.

Den dobbelte registrering og sagsbehandling medfører ikke en højere beskyttelse for den registrerede og forekommer derfor som en unødvendig administrativ byrde. På sundhedsområdet vil det i stedet være mere hensigtsmæssigt, hvis håndteringen af brud på persondatasikkerheden og anmeldelser til Datatilsynet kan fokusere på de brud som vedrører fortroligheden af data,

samt de enkeltstående hændelser vedr. integritet og tilgængelighed, der i dag ikke håndteres via patientsikkerhedssystemet.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 33.

Anmeldelser af brud til Datatilsynet

Datatilsynet har i en række afgørelser lagt en stram linje i forhold til, hvornår brud på persondatasikkerheden skal anmeldes. Datatilsynet vurderer blandt andet, at der skal ske anmeldelse, hver gang en mail sendes uden tilstrækkelig kryptering. Dette gælder også, når mailen sendes til rette modtager, og det ikke kan påvises, at uvedkommende har fået adgang til oplysningerne.

Baggrunden for denne linje er, at det jf. databeskyttelsesforordningens artikel 33, stk. 1, skal være "usandsynligt", at et brud medfører en risiko for den registrerede før en anmeldelse kan udelades. Men i praksis vil der næsten altid eksistere en – om end minimal – teoretisk sandsynlighed for, at der er en risiko. Det betyder, at næsten alle brud skal anmeldes til Datatilsynet.

Regionerne ønsker, at der under hensyntagen til de administrative omkostninger forbundet med behandlingen af brudsager i højere grad opereres med en bagatelgrænse i definitionen af, hvornår et brud skal anmeldes til Datatilsynet.

Det er regionernes vurdering, at det vil have en større effekt og værdi for de registrerede, hvis ressourcerne i stedet bruges på de brudsager, hvor risikoen for den registrerede er moderat eller høj samt på at forebygge, at der sker brud.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 33 og 34.

Regionerne foreslår:

- At Datatilsynet udarbejder vejledning om, hvordan dataansvaret for et brud på persondatasikkerheden fastlægges i komplekse databehandlerkonstruktioner, som f.eks. tværoffentlige digitale løsninger, hvor en myndighed stiller et system til rådighed for andre aktører i sundhedssektoren
- At der skabes et samlet overblik over indberetninger af sikkerhedshændelser og sikkerhedsbrud til forskellige myndigheder med henblik på at minimere dobbeltindberetninger og tydeliggøre, hvem der har tilsynsmyndigheden i forhold til forskellige typer hændelser
- At der under hensyntagen til de administrative omkostninger forbundet med behandlingen af brudsager i højere grad opereres med en bagatelgrænse i definitionen af, hvornår et brud skal anmeldes til Datatilsynet

Tema 4: Rådgivning og vejledning

Til at understøtte udmøntningen af databeskyttelseslovgivningen har Datatilsynet udarbejdet en række vejledninger og tilbyder telefonisk rådgivning. Det er imidlertid regionernes oplevelse, at det generelt er svært at få klar og præcis vejledning om, hvordan databeskyttelseslovgivningen skal fortolkes i tvivlsspørgsmål samtidig med, at lange sagsbehandlingstider betyder, at henvendelser til Datatilsynet ofte ikke kan betale sig.

De nye sanktionsmuligheder i databeskyttelsesforordningen, kombineret med uklarhed om den praktiske fortolkning af lovgivningen, medfører en generel usikkerhed og risiko for, at regionerne bruger unødvendigt mange ressourcer på at fortolke og løse konkrete problemstillinger. Der er derfor et stort behov for mere proaktiv rådgivning fra Datatilsynet.

Her er en række konkrete eksempler på tvivlsspørgsmål.

Anonymisering

På grund af manglende holdepunkter er det vanskeligt at vurdere, hvornår oplysninger er gjort tilstrækkeligt anonyme til, at de ikke længere er omfattet af databeskyttelseslovgivningen. Denne usikkerhed om fortolkningen af anonymitet hæmmer bl.a. forskningen.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 4, nr. 1 og præambelbetragtning nr. 26.

Databehandler/dataansvarligkonstruktioner

Datatilsynet åbner i vejledningen om dataansvarlige og databehandlere fra nov. 2017 op for, at der ikke er tale om en databehandlerkonstruktion, hvis aftalen mellem parterne først og fremmest drejer sig om levering af en anden ydelse end behandling af personoplysninger. I vejledningen er en reparatør af en kopimaskine nævnt som eksempel på en situation, hvor der ikke er tale om en databehandlerkonstruktion, selvom reparatøren som led i arbejdet får adgang til personoplysninger. Eksemplet er dog ikke nemt at oversætte til f.eks. en it-leverandør, der skal levere en teknisk ydelse til et it-system.

Som følge heraf oplever regionerne ofte – både i samarbejdet med private aktører og offentlige myndigheder – at der er forskellige holdninger til databehandler/dataansvarligkonstruktioner. Det er derfor ofte vanskeligt at få indgået de nødvendige aftaler på grund af uenighed mellem parterne.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 4, nr. 7-8 og artikel 28.

Vægtning ift. behandlingssikkerhed

Når der skal fastsættes et niveau for behandlingssikkerheden, må regionerne

tage hensyn til en række forskellige forhold, men det kan være svært at vurdere, hvor meget de forskellige forhold hver især må vægte. Hvor stor en rolle må "implementeringsomkostningerne" f.eks. spille i forhold til sletning af personoplysninger?

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 32.

Oplysningspligt

Ifølge databeskyttelsesforordningens artikel 13 og 14 har den dataansvarlige pligt til at give den registrerede en række informationer om behandlingen af deres personoplysninger (oplysningspligten). Men hvor konkret og specifikt skal borgeren oplyses om formålene med den behandling, som personoplysningerne skal bruges til, og i hvor stort et omfang kan man gå ud fra, at borgerne allerede er bekendt med formålet, når behandlingen af personoplysninger sker med henblik på at løse myndighedens kerneopgave f.eks. patientbehandling?

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 13 og 14.

Fælles dataansvar

Databeskyttelsesforordningens artikel 26 giver mulighed for at fastlægge fælles dataansvar mellem flere parter. Datatilsynet har udarbejdet en skabelon til fastlæggelse heraf, men der er tvivl om, hvad der helt konkret skal til for at klarlægge ansvarsfordelingen mellem parterne, og i hvor høj grad en region kan risikere kritik og bøder, hvis den anden part ikke lever op til sine forpligtelser. Regionerne oplever i stigende grad eksterne parter, der ønsker fælles dataansvar, men har hidtil været tilbageholdende med at indgå aftaler om fælles dataansvar pga. ovenstående usikkerhed.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 26.

Konsekvenser af Schrems-II dommen

EU-Domstolens dom C-311/18 – "Schrems II" har i forlængelse af Privacy Shields annullering skabt usikkerhed om de tiltag, der skal gøres, når overførselsgrundlaget til USA er EU-kommissionens standardkontrakter. I den forbindelse savnes der proaktiv rådgivning og vejledning fra Datatilsynet om, hvad dommen medfører i praksis, da der er forskellige fortolkninger heraf og deraf medfølgende usikkerhed om de tiltag, der skal implementeres på baggrund af dommen. Såfremt iagttagelse af "de fire essentielle garantier" skal spille en mere central rolle fremadrettet, vil det være helt afgørende, at rådgivningen forholder sig meget konkret til, hvordan aktørerne i praksis forventes at løfte denne opgave.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 46.

Regionerne foreslår:

- At det skal være muligt at få forhåndstilkendegivelser og en mere proaktiv rådgivning fra Datatilsynet, så tvivlsspørgsmål kan blive afklaret hurtigere
- At Datatilsynet udarbejder supplerende vejledning i forhold til bl.a. anonymisering, fælles dataansvar og overførsel til tredjelande som følge af Schrems II-dommen
- At der på særlige områder fastlægges fælles overordnede linjer for, hvordan databeskyttelsesforordningen skal udmøntes i den offentlige sektor, f.eks. public cloud (se også ovenstående tema om digitalisering og tværoffentligt samarbejde).

Tema 5: Samspil med særlovgivning

Samspillet mellem sundhedslovgivningen og databeskyttelsesreglerne er kompliceret og vanskelig at håndtere i praksis, da de to regelsæt har hver deres baggrund, opbygning og indhold.

Her er en række eksempler, der ofte giver anledning til udfordringer.

Hjemmel ift. sundhedsdata

Sundhedsloven indeholder meget detaljerede regler for, hvornår sundhedsdata må indhentes, bruges osv. Sundhedslovens bestemmelser er dog langt fra dækkende for alt, som sundhedsdata bruges til. Derfor oplever regionen ofte, at der opstår usikkerhed om, hvorvidt der er hjemmel til at behandle sundhedsdata, når den konkrete situation ikke er reguleret i sundhedsloven, selvom der i de fleste tilfælde, vil kunne findes hjemmel i databeskyttelseslovgivningen.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 1-3, artikel 9, stk. 1-4 og databeskyttelseslovens § 1, stk. 3.

Snitflader mellem klage- og tilsynsmyndigheder

Det er regionernes oplevelse, at det ikke er klart for klage- og tilsynsmyndigheder, hvem der påser hvad. Vi ser således afgørelser fra Styrelsen fra Patientklager, der påtaler databeskyttelsesretlige forhold, der ikke er reguleret direkte i sundhedsloven, f.eks. om der bliver sendt med sikker post i kontakten til patienten.

Sletning

Spørgsmålet om sletning af oplysninger i patientjournaler giver anledning til diskussioner om samspillet mellem journalføringsbekendtgørelsen og databeskyttelsesreglerne, da det følger af journalføringsbekendtgørelsen, at der ikke må slettes eller rettes i patientjournaler. Det drejer sig om, hvornår fejlagtige oplysninger i patientjournaler som følge af f.eks. systemtekniske fejl, anvendelsesfejl og forvekslingsfejl kan/må slettes. Det er ikke altid klart, hvilket regelsæt der regulerer hvad, og hvornår.

Der mangler endvidere afklaring af det mere generelle spørgsmål om, hvor lang tid patientjournaler må opbevares, når de 10 års opbevaringspligt i journalføringsbekendtgørelsen er gået.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 5, stk. 1, litra d og e og artikel 16.

Aktindsigt/indsigt

Der er fem forskellige regelsæt (databeskyttelsesforordningen, databeskyttelsesloven, offentlighedsloven, sundhedsloven og forvaltningsloven), der kan være relevante i forbindelse med en anmodning om indsigt/aktindsigt. Dette skaber udfordringer i forhold til korrekt lovvalg.

Af Datatilsynets vejledning om de registreredes rettigheder fremgår, at dataansvarlige skal anvende de regler, der giver den registrerede den mest gunstige retsstilling. Undtagelsesbestemmelserne til de listede regler er imidlertid forskellige, og det kan derfor være vanskeligt for en sagsbehandler at vurdere, hvilke regler der vil være mest gunstige for den registrerede.

Relevante databeskyttelsesretlige regler: Databeskyttelsesforordningens artikel 15.

Regionerne foreslår:

- At der skabes klarhed over samspillet mellem sundhedslovgivningen og databeskyttelseslovgivningen evt. ved hjælp af en vejledning
- At Datatilsynet og sundhedsmyndighedernes i højere grad koordinerer deres rådgivning, så rådgivningen tager højde for de forskellige hensyn i sundhedslovgivningen og databeskyttelseslovgivningen og samspillet mellem lovgivningerne
- At samspillet mellem de forskellige aktindsigts- og indsigtsregler præciseres i en vejledning.

Tema 6: Forskning

Hjemmelsgrundlaget giver ofte anledning til usikkerhed i forskningsprojekter, herunder hvornår personoplysninger i forskningsprojekter behandles på baggrund af et databeskyttelsesretligt samtykke eller direkte med hjemmel i databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 1, litra e (almindelige personoplysninger) /databeskyttelseslovens § 10 (særlige personoplysninger). Når oplysningerne oprindeligt er indhentet med samtykke f.eks. i en spørgeskemaundersøgelse, er det uklart i hvilke situationer, der kan ske skift af det juridiske grundlag fra samtykke til databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 1, litra e, eller databeskyttelseslovens § 10.

Derudover oplever regionerne udfordringer i relation til anvendelsesområdet for databeskyttelseslovens § 10 i forbindelse med videregivelse af personoplysninger. Det er uklart, hvordan forskerne skal forholde sig til videregivelse af personoplysninger fra et forskningsprojekt til et andet forskningsprojekt, når der er tale om oplysninger indsamlet med hjemmel i sundhedsloven – dvs. oplysninger indhentet fra patientjournalen med samtykke eller projekter godkendt af Videnskabsetisk Komité eller regionerne (indtil 01-07-2020 Styrelsen for Patientsikkerhed), jfr. sundhedslovens § 46.

Det er således uklart, om databeskyttelseslovens § 10 kan anvendes som juridisk grundlag for videregivelse af sådanne oplysninger, eller om ny anvendelse skal ske med fornyet hjemmel i sundhedsloven. Efter praksis kan videregivelse af oplysninger fra projekter godkendt af Videnskabsetisk Komité ske efter databeskyttelseslovens § 10, hvorimod det er praksis fra Styrelsen for Patientsikkerhed, at videregivelse skal ske med fornyet hjemmel i sundhedsloven.

Der hersker desuden uklarhed om, hvorvidt der ved håndtering af ovennævnte problemstilling skal sondres imellem rådata og berigede data fra patientjournalen.

Regionerne foreslår:

- At Datatilsynet udarbejder supplerende vejledning ift., hvornår der kan ske videregivelse af oplysninger efter databeskyttelseslovens § 10.

Relateret document 2/3

Dokument Navn: Henvendelse til
justitsministeren vedr.
evaluering af GDPR og
databeskyttelsesloven_marts
2021.pdf

Dokument Titel: Henvendelse til
justitsministeren vedr.
evaluering af GDPR og
databeskyttelsesloven_marts
2021

Dokument ID: 1483117

Til justitsminister Nick Hækkerup

DANSKE
REGIONER



23-03-2021

EMN-2020-00850

1424174

National evaluering af GDPR og databeskyttelsesloven

Regionerne anvender hver dag data om borgerne for at kunne give den bedste patientbehandling og løse regionernes øvrige opgaver som offentlig myndighed. Beskyttelse af borgernes data har derfor høj prioritet i regionerne, hvor indsatsen har fået fornyet fokus med databeskyttelsesforordningens ikrafttræden.

Danske Regioner efterlyste i forlængelse heraf i høringssvar af 22. oktober 2020 vedrørende den nationale evaluering af databeskyttelsesreglerne, at Datatilsynets rådgivning bliver bedre, så regionerne hurtigere kan få afklaret tvivlsspørgsmål og uklarheder i lovgivningen. Danske Regioner vil derfor gerne kvittere positivt for, at Datatilsynet har iværksat en ny forretningsstrategi, hvor der er fokus på øget vejledning om databeskyttelsesreglerne. Danske Regioner ser i den forbindelse frem til, at dette bliver realiseret fuldt ud, da regionerne i dag oplever, at der stadig er vej igen ift., at tilsynets vejledning bliver mere konkret og handlingsanvisende.

Danske Regioners høringssvar til den nationale evaluering fremhæver endvidere følgende punkter, som vi ønsker, får opmærksomhed og bliver løst:

- At der bliver skabt klarhed om de juridiske rammer for tværoffentlige it-projekter, herunder databehandleraftaler, risikovurderinger, konsekvensanalyser og modeller for tilsyn på tværs af myndigheder.
- At form- og metodekrav til risikovurderinger bliver mere fleksible, så de bedre kan blive tilpasset de faktiske organisatoriske forhold og processer hos den enkelte region.
- At Datatilsynet udarbejder vejledning om, hvordan dataansvaret for et brud på persondatasikkerheden fastlægges i komplekse databehandlerkonstruktioner, f.eks. hvor en myndighed stiller et IT-system til rådighed for andre aktører i sundhedssektoren.
- At problematikker, som knytter sig til samspillet mellem databeskyttelseslovgivningen og sundhedslovgivningen, bliver håndteret, og at de ansvarlige myndigheders rådgivning i højere grad bliver koordineret på tværs.

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

- At hjemmelsgrundlaget i forbindelse med forskningsprojekter bliver tydeliggjort, f.eks. hvornår personoplysninger i forskningsprojekter kan behandles med hjemmel i databeskyttelsesforordningen eller skal behandles på baggrund af et samtykke.

Som det fremgår af ovenstående punkter, er der for regionerne stadig en række vigtige områder, som har brug for opmærksomhed og løsninger. Danske Regioner ser derfor frem til Justitsministeriets anden del af evalueringen i håbet om, at de øvrige punkter håndteres hurtigst muligt.

Et sammenhængende og højt digitaliseret sundhedsvæsen er til gavn for borgere og patientbehandlingen, men regionerne oplever i dag, at de databeskyttelsesretlige regler ofte er svære at håndtere ift. det tværoffentlige samarbejde. Dette viser sig bl.a. ved, at der kan opstå udfordringer, når man skal fastlægge dataansvarskonstruktioner i digitaliseringsprojekter med mange aktører. Det viser sig også ved, at der skal indgås et stort antal databehandleraftaler og tilsyn mellem offentlige myndigheder, og disse er vanskelige at administrere, fordi myndighederne har uens fortolkninger og manglende fælles sikkerhedskrav og -standarder. For regionerne har det derfor høj prioritet, at der hurtigst muligt findes løsninger, som sikrer, at udmøntningen af databeskyttelsesreglerne understøtter samarbejde, digitalisering og datadeling på tværs af den offentlige sektor. Regionernes høringsvar fra oktober 2020 indeholder en mere detaljeret beskrivelse af de udfordringer, som regionerne står med ift. databeskyttelsesreglerne.

Herudover kan Danske Regioner bakke op om de problematikker, som KL's brev til Justitsministeriet af 10. marts 2021 nævner, vedrørende bl.a. anvendelse af de store tech-giganter løsninger og Schrems II-dommen. Det omhandler eksempelvis, at der på et nationalt niveau bør igangsættes nogle initiativer, som søger fælles løsninger på de nye opgaver i forbindelse med overførsler til tredjelande, som dommen medfører for de offentlige myndigheder. Endvidere kan regionerne støtte op om, at der ses på mulighederne for at indføre en påbudsordning, der gør det klart, hvad regionerne konkret skal leve op til, før man griber til politianmeldelse.

Danske Regioner ser frem til anden del af den nationale evaluering og deltager meget gerne i en fremadrettet konstruktiv dialog om løsninger på, hvordan administrationen af databeskyttelsesreglerne i regionerne kan lattes samtidig med, at borgernes data fortsat behandles sikkert og forsvarligt.

Med venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Relateret document 3/3

Dokument Navn: Svar fra justitsministeren på henvendelse vedr. evaluering af GDPR_juni 2021.pdf

Dokument Titel: Svar fra justitsministeren på henvendelse vedr. evaluering af GDPR_juni 2021

Dokument ID: 1483118



Danske Regioner

Kommunernes Landsforening

Dato: 4. juni 2021
Dok.: 1974741

Kære Stephanie Lose, Ulla Astman og Christian Harsløf

Tak for jeres breve af hhv. 10. og 23. marts 2021 og jeres bidrag til og interesse for den nationale evaluering af databeskyttelsesreglerne, som aktuelt foregår i regi af Justitsministeriet.

Det er efter min opfattelse vigtigt, at databeskyttelsesreglerne ikke står i vejen for, at kommuner og regioner kan udføre deres kerneopgaver. Behandling af borgernes data er i vidt omfang en forudsætning for, at vores velfærdssamfund kan hænge sammen.

Det er en kendsgerning, at databeskyttelsesreglerne giver anledning til mange spørgsmål og megen tvivl i praksis. Uanset reglernes legitime formål om at beskytte det enkelte menneskes ret til privatliv må det ikke være sådan, at reglerne binder myndigheder på hænder og fødder. Jeg har således forståelse for, at reglerne kan give udfordringer i praksis, f.eks. når det kommer til spørgsmålet om indgåelse af databehandleraftaler, men også i andre situationer.

En løsning på mange af de udfordringer, der opleves, når databeskyttelsesreglerne skal efterleves i praksis, kan efter min mening være mere og bedre vejledning. Som det bl.a. fremgår af delrapporten af 29. januar 2021 (for den nationale evaluering af databeskyttelsesreglerne), har Datatilsynet i efteråret 2020 oprettet en ny enhed, som skal have særlig fokus på at give mere konkret vejledning. Det fremgår endvidere, at Datatilsynet gør en løbende indsats for at få oplyst interessenterne om, at tilsynet rent faktisk tilbyder konkret vejledning, herunder ved at holde møder med relevante interesseorganisationer eller ved at oprette kontaktudvalg, hvor der også kan vejledes og drøftes aktuelle problemstillinger på området. Det fremgår også, at Datatil-

Slotsholmsgade 10
1216 København K.

T +45 7226 8400
F +45 3393 3510

www.justitsministeriet.dk
jm@jm.dk

synet målrettet arbejder videre på at gøre deres vejledningsindsats endnu bedre, og at tilsynet endnu ikke er i mål i forhold til egne ambitioner.

Jeg kan ligeledes nævne, at jeg har en forhåbning om, at den sidste del af den nationale evaluering af databeskyttelsesreglerne (delrapport II) også vil kunne bidrage til forståelsen af reglerne og de udfordringer, som opleves i praksis.

I jeres henvendelser udtrykker I bl.a. interesse for en påbudsordning. Som det fremgår af mit brev af 29. januar 2021 til Folketingets Europaudvalg (EUU Alm. del, bilag 269, 2020-21), er jeg indstillet på at se nærmere på en konkret model for en påbudsordning for offentlige myndigheder. Indførelsen af en sådan påbudsordning kræver, at de relevante regler i databeskyttelsesloven ændres. Justitsministeriet vil på den baggrund se nærmere på, hvordan en ordning konkret kan udformes.

Som I nævner, har EU-Domstolens afgørelse i Schrems II-sagen sået tvivl om, hvorvidt og i hvilket omfang offentlige myndigheder og private kan overføre personoplysninger til tredjelande, som f.eks. USA.

Jeg er naturligvis opmærksom på, at afgørelsen medfører udfordringer. Internationale dataoverførsler er en vigtig forudsætning for et effektivt internationalt samarbejde eller samhandel. Derfor er det også min holdning, at der hurtigst muligt skal tilvejebringes klarhed i forhold til de usikkerheder, som afgørelsen har affødt.

I forlængelse heraf ser jeg positivt på, at der kort tid efter domsafsigelsen i EU-regi blev iværksat konkrete arbejdsstrømme for at finde løsninger på de udfordringer, som afgørelsen har affødt. F.eks. har EU-Kommissionen og de relevante amerikanske myndigheder meddelt, at man kort tid efter domsafsigelsen indgik i dialog for at vende mulighederne for en afløser for den overførselsmekanisme (Privacy Shield), som EU-Domstolen erklærede ugyldig. Senest har EU-kommissær for retlige anliggender Didier Reynders og USA's handelsminister Gina Raimondo den 25. marts 2021 offentliggjort en fælles pressemeddelelse, hvoraf det fremgår, at EU og USA vil intensivere forhandlingerne om at finde en ny løsning.

Herudover kan nævnes, at EU-tilsynsmyndighederne, herunder Datatilsynet, i regi af det Europæiske Databeskyttelsesråd (EDPB), den 11. november 2020 fremlagde to vejledninger (vejledning om foranstaltninger, der supplerer overførselsværktøjer for at sikre overholdelse af EU-niveauet for beskyt-

telse af personoplysninger, samt vejledning om de europæiske væsentlige garantier for overvågningsforanstaltninger), der har til formål at hjælpe offentlige myndigheder og private med i praksis at vurdere, hvornår overførsler til bl.a. USA kan finde sted. Vejledningen om supplerende foranstaltninger har været i offentlig høring, og EDPB har i den forbindelse modtaget høringssvar fra en bred kreds af interessenter. EDPB er efter det oplyste i øjeblikket i gang med at nærstudere de indkomne høringssvar med henblik på en eventuel revision af vejledningen.

Endvidere har Datatilsynet oplyst, at tilsynet er i gang med at opdatere deres vejledning om tredjelandsoverførsler. Vejledningen vil bl.a. indeholde en række praktiske eksempler, og den forventes offentliggjort til sommer.

I Kommunernes Landsforenings brev af 10. marts 2021 spørges der ind til begrundelsen for, at det ikke er muligt at indføre en bindende forhåndstilkendegivelsesordning. Jeg kan oplyse, at det hænger sammen med, at Datatilsynet efter reglerne i forordningen – og i øvrigt efter reglerne i EU's Charter om grundlæggende rettigheder – skal være uafhængig. Derudover hænger det sammen med, at en forhåndstilkendegivelsesordning ikke må begrænse Datatilsynet i udøvelsen af tilsynets øvrige beføjelser efter forordningen. Jeg kan henvise til afsnit 4.1. i delrapporten af 29. januar 2021.

Jeg kan afslutningsvis oplyse, at Justitsministeriet er opmærksom på, at EU-Kommissionens næste evaluering af databeskyttelsesforordningen forventes i 2024. Ministeriet vil i den forbindelse arbejde for at bringe relevante udfordringer på dagsordenen.

Med venlig hilsen

Nick Hækkerup

Bilag Titel:	Partnerskabsaftale mellem Danske Regioner og Sund By Netværket 2021
Dagsordens titel	Generelle orienteringer
Dagsordenspunkt nr	14
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



Sep. 2021

Partnerskabsaftale:

'Fælles om forebyggelse - fra data til praksis'

Sund By Netværket og Danske Regioner er gået sammen i et partnerskab om at styrke det eksisterende faglige samarbejde om forebyggelse i regioner og kommuner.

Med en partnerskabsaftale sættes fælles ambitioner for samarbejdet om at formidle og omsætte data om folkesundheden til praksisnær viden og handling. Ydermere ønsker Sund By Netværket og Danske Regioner sammen at dagsordensætte sundhedsfremme- og forebyggelse endnu tydeligere i arbejdet for at sikre lighed i sundhed.

Partnerskabsaftalen skal understøtte, at samarbejdet om forebyggelse gror og udvikles lokalt. Generelt er der tætte relationer og samarbejder på forebyggelsesområdet mellem kommuner og regioner. Mange steder er der for eksempel tradition for et tæt samarbejde omkring de lokale sundhedsprofiler, som kommer hvert fjerde år. Her etableres samarbejde om at få præsenteret og omsat data i praksis til konkret implementering af nye initiativer eller justeringer af eksisterende initiativer, der kan fremme sundheden lokalt. Danske Regioner og Sund By Netværket ønsker at understøtte og videreudvikle dette samarbejde, så der generelt sker et systematisk og tæt samarbejde om forebyggelse med afsæt i nyeste viden og data med et praksisnært perspektiv.

Partnerskabsaftalen tager afsæt i kommuners og regioners ekspertiser og lovbestemte ansvarsområder indenfor forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet. Med afsæt i denne partnerskabsaftale kan lokale samarbejder styrkes og videreudvikles.

Partnerskabsaftalens mål

Det er et mål for partnerskabet at reducere ulighed i sundhed gennem et tæt og forpligtende samarbejde på forebyggelsesområdet.

Delmål 1: Sundhedsprofildata og øvrige data

Med afsæt i data og viden identificeres lokale sundhedsudfordringer. I fællesskab vil regioner og kommuner understøtte sundhedsprofildata og øvrige data med kommunale indsatser der adresserer de udfordringer, som data viser, via:

- Lokale kommunale cases
- Temagruppercases
- Cases fra www.sundeborgere.dk

Med afsæt i data og viden følges handlingerne over tid med henblik på forbedringer af indsatsen.

Delmål 2: Temagrupper samarbejde

Med afsæt i Sund By Netværkets forskellige faglige netværk styrkes kobling mellem data (forskning), lokal viden og praksis. Som en del af partnerskabet etableres en fælles temagruppe "Temagruppen om styrket samarbejde mellem regioner og kommuner", der bl.a. stiller skarpt på "de gode overgange" mellem regionale og kommunale tilbud (behandling og forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser). Øvrige temagrupper samarbejder kan udvikles.

Delmål 3: Kobling af forskning og praksis

Med afsæt i et ønske om endnu tættere kobling mellem regionernes forskningspraksis og forskningscentre og Sund By Netværket, styrkes samarbejdet om at koble forskning og praksis – til gavn for kvaliteten af, og sammenhængen i forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet lokalt. I partnerskabet er der fokus på at samle op på, at indsatser bliver dokumenteret over tid med henblik på læring og forbedringer.

Partnerskabet skal understøtte de lovbestemte ansvarsområder for forebyggelsesopgaven mellem kommuner og regioner som beskrevet i sundhedsloven.

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Ændringer i de nye
anbefalinger for
svangreomsorgen.pdf

Dokument Titel: Ændringer i de nye
anbefalinger for
svangreomsorgen

Dokument ID: 1478744



NOTAT

24-09-2021
EMN-2019-01579
1478724
Ann Vilhelmsen

Ændringer i de nye anbefalinger for svangreomsorgen

Sundhedsstyrelsen igangsatte revideringen af ”Anbefalinger for svangreomsorgen” i 2017. Regionerne og Danske Regioner har gennem arbejdsgrupper og en referencegruppe leveret faglig rådgivning og væsentlige tekstbidrag.

Herudover har Danske Regioner fremsendt skriftlige henvendelser til henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeren om uhensigtsmæssigheder ved de tidligere udkast til anbefalingerne – den ene henvendelse sammen med KL og den anden sammen med Jordemoderforeningen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) og Mødrehjælpen.

Med økonomiaftalen for 2022 var der enighed mellem regeringen og Danske Regioner om at styrke svangreomsorgen gennem fødselsforberedelse i små hold, en tidlig jordemoderkonsultation, et særligt fokus på behovene hos sårbare gravide samt styrket telefonrådgivning. Dette kom med i anbefalingerne – med undtagelse af telefonrådgivningen, hvor der er indgået forståelse med Sundhedsministeriet om, at de ikke kan stille præcise krav til udmøntningen.

Til trods for en lang tilblivelse, er der foretaget forholdsvis få ændringer i den endelige version af de nye ”Anbefalinger for svangreomsorgen”.

- Det er præciseret, at fødsels- og forældreforberedende tilbud afholdes på mindre, faste hold. Dette svarer til initiativ 5 i Danske Regioners politiske udspil ”Godt fra start – Fremtidens omsorg for nye familier”.
- Den første jordemoderkonsultation er fremrykket fra uge 13-15 til uge 10-15 – og helst inden udgangen af uge 12. Dette er kommet med efter ønske fra Danske Regioner, Jordemoderforeningen m.fl. med henblik på at styrke den tidlige, forebyggende indsats.
- Indsatsen over for sårbare familier er uddybet, særligt i forhold til det tværfaglige samarbejde, bl.a. udbredes tilbuddet om hjemmebesøg ved jordemoder til flere – især sårbare grupper.

- For jordemoderkonsultationen i uge 35/36 er det præciseret, at jordemoderen skal forberede de kommende forældre på fødslen gennem en såkaldt "struktureret fødselssamtale" – ud over at hun fortsat skal vurdere graviditetens udvikling, foretage risikoopsporing og undersøge fosterstilling (på 20 minutter i alt). I de tidligere anbefalinger hed det sig blot, at hun skulle forberede den gravide og hendes partner på fødslen.
- Anbefalingerne vedrørende rygning er præciseret i forhold til forskellige nikotinprodukter, rådgivning og henvisning til rygestoptilbud.
- Afsnittet om undersøgelse for livmoderhalskræft (smear) er opdateret i henhold til nye faglige retningslinjer.
- Der er desuden tilføjet nye afsnit om skjult eller fornægtet graviditet, psykiatriske lidelser under graviditet, samt om vaccination af gravide, både i forhold til COVID-19 og udenlandsrejser.

Herudover introducerer Sundhedsstyrelsen som noget nyt anbefalinger på "udviklingsniveau". Det skal forstås sådan, at udviklingsniveauet angiver en retning for videreudvikling af området og beskriver de tiltag, som regioner og kommuner med fordel kan implementere hen ad vejen.

Læs de nye anbefalinger her: [Anbefalinger for svangreomsorgen - Sundhedsstyrelsen](#)