



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

14-06-2022

MDR-2022-00179

Maren Munk-Madsen

Dagsorden for virtuelt møde i Danske Regioners bestyrelse tirsdag den 21. juni 2022 kl. 8.00

Deltagere: Anders Kühnau, Stephanie Lose, Lars Gaardhøj, Heino Knudsen, Ulla Astman, Mette With Hagensen, Trine Birk Andersen, Mads Duedahl, Martin Geertsen, Jacob Jensen, Anders G. Christensen, Christoffer Buster Reinhardt, Per Larsen, Martin Jakobsen, Karin Friis Bach, Peter Westermann, Tormod Olsen

Afbud:

Mødested: Virtuelt møde

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Fortrolig)	4
3 (Fortrolig)	4
4 (Fortrolig)	4
5 (Fortrolig)	4
6 (Fortrolig)	4
7 (Fortrolig)	4
8 (Fortrolig)	4
9 (Offentlig) Analyse af psykologområdet.....	5
10 (Offentlig) Konferencer i regi af Danske Regioner	9
11 (Offentlig) Ulighed i sundhed - konference og analyser	11
12 (Offentlig) Nye nøgletal for de nationale mål, juni 2022	16
13 (Offentlig) Afrapportering vedrørende GDPR i Danske Regioner 2021	23
14 (Offentlig) Høringssvar - vandområdeplanerne 2021 - 2027	25
15 (Offentlig) Høringssvar - European Health Data Space (EHDS)	28
16 (Offentlig) Mødekalender 2023.....	32
17 (Offentlig) Generelle orienteringer	35
18 (Offentlig) Formandens meddelelser.....	39
19 (Offentlig) Næste møde	40
20 (Offentlig) Eventuelt	41

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

9 (Offentlig) Analyse af psykologområdet

Thea Gade-Rasmussen
EMN-2022-00649

Resumé

På foranledning af generalforsamlingen 2022 skal Danske Regioner sætte sig i spidsen for en analyse af psykologområdet. Sekretariatet foreslår, at analysen udarbejdes ved brug af eksterne konsulenter og anmoder bestyrelsen om finansiering via bestyrelsespuljen.

Indstilling

Det indstilles,

*at bestyrelsen tager orienteringen om indhold i analysen af psykologområdet til efterretning, og
at bestyrelsen godkender, at der afsættes 400.000 kr. (ekskl. moms) fra bestyrelsespuljen til gennemførelsen af en ekstern analyse af psykologområdet.*

Sagsfremstilling

Baggrund

På Danske Regioners generalforsamling 2022 blev det vedtaget at igangsætte en analyse af psykologområdet:

“Danske Regioner vil sætte sig i spidsen for en analyse af psykologområdet med henblik på at afdække, hvad der skal til for fremover at sikre effektive tilbud til dem, der har brug for psykologhjælp, herunder unge under 25 år.”

Situationen i dag

Stigende ventetider til psykologhjælp har været en udfordring gennem lang tid. De lange ventetider gælder for alle typer af psykologbehandling under overenskomsten. Der har derfor længe været et regionalt ønske om at få belyst baggrunden for de lange ventetider og som følge heraf få redskaber/muligheder enten via overenskomst, lovgivning eller andet, som kan øge de regionale handlemuligheder i forhold til at imødekomme problematikken. I første omgang har det ført til, at Sundhedsministeriet har igangsat en analyse af ventetiderne i psykologordningen. Analysen skal belyse årsagerne til de stigende ventetider, herunder analysere styringsmekanismerne i psykologordningen.

Herudover har Region Nordjylland rettet henvendelse til Sundhedsministeriet, og bedt om en vurdering af hjemmel for etablering af et tilbud og eventuelle muligheder for at skabe hjemmel f.eks. via dispensation efter sundhedsloven. Konkret drejer det sig om den vederlagsfrie ordning, hvor der overvejes to

modeller 1) Regional ansættelse af psykologer til vederlagsfri psykologbehandling samt 2) Samarbejde med privat aktør omkring digitale psykologtjenester. Sundhedsministeriet er endnu ikke vendt tilbage på regionens henvendelse.

Tilbud om tidlig mental hjælp uden for psykiatrien afhænger i dag af diagnose, geografi, alder og indkomst. For eksempel tilbyder nogle praktiserende læger samtaleterapi, men langt fra alle. Tilsvarende er der stor variation mellem de tilbud, som kommunerne tilbyder i dag om tidlig mental hjælp. Hos privatpraktiserende psykolog ydes et tilskud på 60 pct. af regningen for udvalgte grupper med henvisning fra egen læge, mens 100 pct. af psykologens honorar dækkes, hvis man er mellem 18 og 24 år og henvist med depression eller angst. Endvidere er der forskellige civilsamfundstilbud, f.eks. Headspace, der yder rådgivning til og samtaler med børn og unge med evt. begyndende mistrivsel. De forskellige tilbud skaber sammen med manglen og diversiteten i tilbuddene ulige adgang til hjælp og er svære at finde rundt i.

Allerede planlagte og gennemførte analyser af psykologområdet

Der er allerede tre planlagte og en gennemført analyse på psykologområdet.

De planlagte analyser har til hensigt at analysere:

- Ventetider til psykologbehandling i praksissektoren (VIVE på baggrund af data fra Danske Regioner og Den Nationale Henvisningsformidling) – Analyse igangsat af Sundhedsministeriet .
- Effekten af psykologbehandling i praksissektoren (Københavns Universitet på baggrund af både kvalitative og kvantitative undersøgelser) – Analyse er aftalt i overenskomst om psykologhjælp.
- Socioøkonomisk effekt af psykologbehandling i den offentlige psykologordning (VIVE på baggrund af registerbaseret data) – Analyse er aftalt i overenskomst om psykologhjælp.

Indhold i Danske Regioners analyse

Sekretariatet foreslår følgende afgrænsning i den analyse, Danske Regioner igangsætter som opfølgning på generalforsamlingens vedtagelse:

- Analysen vil omfatte borgere, der har et fagligt begrundet behov for eller gavn af psykologhjælp og vil dermed ikke omfatte det generelle forebyggende arbejde eller mental mistrivsel (som den kommende politiske arbejdsgruppe vil arbejde med)
- Analysen vil ikke omfatte vurdering af det enkelte tilbuds kliniske effekt/evidensgrundlag.

Sekretariatet foreslår, at følgende elementer indgår i analysen:

- A. Deskriptiv kvantitativ analyse af kapacitet, aktivitet og patienter (udarbejdes af Danske Regioner).
- B. Desk-research/litteratursøgning med henblik på at få viden bl.a. om, hvad der virker og for hvem, herunder internetbaserede løsninger.

- C. Kortlægning af udvalgte udenlandske erfaringer, herunder internetbaserede/digitale muligheder, samt med vurdering af muligheden for implementering i Danmark (f.eks. England og Norge).
- D. Kvalitativ undersøgelse, herunder interviews med brugere og sundhedsprofessionelle mhp. blandt andet at belyse hvordan kriterierne og samtaleforløbene i dag anvendes samt hvilke indsatser, der opleves som hensigtsmæssige til den målgruppe, der har et fagligt begrundet behov for psykologhjælp
- E. Anbefalinger/forslag til fremtidig organisering og indsats.

Den endelige rapport forventes at være på cirka 20-25 sider eksklusiv bilag.

Brug af eksterne konsulenter

Sekretariatet foreslår, at der afsættes midler til brug af ekstern konsulentbistand til at udarbejde og skrive rapporten.

De eksterne konsulenter skal lave litteratursøgning, indsamle viden om, hvilke analyser, der allerede er foretaget, samt hvilke erfaringer, der er gjort på psykologområdet i både Danmark og udlandet, udføre kvalitative interviews samt udarbejde en samlet rapport med anbefalinger/forslag. Der vil i den forbindelse skulle afsættes op til 400.000 kr. ekskl. moms. Der vil blive indhentet tilbud fra to til tre konsulenthuse. Danske Regioner vil levere arbejdstid til datatræk og deskriptiv analyse, diverse notater til brug for analysen etc. og vil indgå i et løbende samarbejde med konsulenterne.

Bestyrelsen vil primo januar 2023 blive forelagt et udkast til afrapportering.

Sammenhæng til øvrige indsatser

Bestyrelsen har besluttet at nedsætte en midlertidig politisk arbejdsgruppe om mental sundhed, som forventes at give en status forud for generalforsamlingen i 2023. Arbejdsgruppen om mental sundhed er afstedkommet af den faldende mentale sundhed i Danmark og af, at det kan være vanskeligt for borgerne at få overblik over, hvor de kan få hjælp ved problemer med den mentale sundhed. Arbejdsgruppen skal sammen med eksperter og civilsamfund skabe en forståelse for udfordringer med mental sundhed, og hvad der kan skabe gode forløb for mennesker i mistrivsel. Arbejdet tager afsæt i eksisterende viden på området, herunder tiltag, projekter og evalueringer, f.eks. af satspuljeprojekter. Analysen af psykologområdet skal ses i sammenhæng med arbejdsgruppens arbejde. Arbejdsgruppen vil have et bredere fokus på f.eks. tidlige indsatser end den foreslåede analyse.

Det skal desuden medtænkes, at en kommende 10-årsplan for psykiatrien vil have fokus på at sikre en ensartet og tidlig opsporing af mennesker med psykisk mistrivsel og psykiske lidelser over hele landet.

Økonomi

På Danske Regioners driftsbudget for 2022 har bestyrelsen en pulje på 4,5 mio. kr., hvoraf der på nuværende tidspunkt er disponeret 0,8 mio. kr. Restbeløbet er således 3,7 mio. kr.

Sekretariatet vurderer, at gennemførelse af analysen ved brug af eksterne konsulenter vil løbe op på 400.000 kr. (ekskl. moms). Dette beløb foreslås finansieret af bestyrelsespuljen.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Deskriptiv analyse af psykologområdet (1550449 - EMN-2022-00649)
2. Beskrivelse af planlagte og allerede gennemførte analyser af psykologområdet (1550450 - EMN-2022-00649)

10 (Offentlig) Konferencer i regi af Danske Regioner

Trine Korsgaard
EMN-2022-00776

Resumé

I regi af Danske Regioner afholdes årligt en række konferencer. Bestyrelsen opfordres til at drøfte og tage stilling til Danske Regioners konferencer fremadrettet.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager stilling til, om de hidtil afholdte årlige konferencer skal fortsætte, og om der evt. skal justeres på formatet,
at bestyrelsen beslutter, om der skal oprettes en ny årlig konference, som samler regionale repræsentanter fra sundhedsklyngerne, og
at bestyrelsen drøfter eventuelle yderligere ønsker til andre konferencer.

Sagsfremstilling

I Danske Regioner er der tradition for afvikling af en række konferencer med forskelligt fokus. Bestyrelsen har således tidligere været arrangør på tre årligt tilbagevendende konferencer:

- Politikerkonferencen – som er en netværkskonference, der holdes dagen før generalforsamlingen. Deltagelse er udelukkende for regionsrådspolitikere.
- Sundhed for alle – en konference om et givent emne på sundhedsområdet. Afvikles for politikere og interessevaretagere den 1. torsdag i november, dog ikke i regionalvalgår.
- RØST – en konference om regionernes økonomi og styring. Afvikles for politikere og embedsmænd i regioner og stat samt interesseorganisationer. Konferencen afholdes i januar, dog ikke i året efter regionalvalget.

Som et nyt tiltag foreslås en årlig konferencen for regionale repræsentanter i sundhedsklyngerne, hvor videndeling på tværs vil være i højsædet.

Derudover afholder Danske Regioner konferencer om en række aktuelle politiske emner. Eksempelvis har der tidligere været afholdt konferencer om klima, hospitalsledelse, forskning osv.

Bestyrelsen bedes drøfte eventuelle yderligere ønsker til andre konferencer, herunder tema og format.

Økonomi

Konferencerne afvikles med udgangspunkt i et princip om selv bærende økonomi, hvor der budgetteres med at udgifterne, der er forbundet med afviklingen, deles mellem deltagerne.

Regionerne afholder selv udgifter til transport og evt. hotelophold i forbindelse med deltagelse i Danske Regioners konferencer.

Bestyrelsen kan desuden beslutte at bevilge en sum til tilrettelæggelse og afvikling af konferencer, med henblik på at holde deltagergebyret nede og uddele fripladser til mindre bemidlede organisationers deltagere.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

11 (Offentlig) Ulighed i sundhed - konference og analyser

Eva M. Weinreich-Jensen
EMN-2022-00121

Resumé

Danske Regioners årlige sundhedskonference SUNDHED FOR ALLE finder sted den 3. november 2022, kl. 10-16 i Øksnehallen, København. Temaet for konferencen er ulighed i sundhed.

Der er behov for en afklaring af de økonomiske rammer for konferencen. Det forslås, at finansieringen fortsat baseres på deltagergebyr samt et tilskud fra bestyrelsens pulje. Det sidste med henblik på at holde deltagergebyret nede og på at give fripladser til mindre (bemidlede) organisationer f.eks. indenfor socialområdet.

Der er samtidig et behov for et bedre vidensgrundlag om multisygdom og ulighed i sundhed. Derfor foreslås det også at sætte to analyser i gang. Resultaterne kan dels indgå i konferencen og dels bidrage til en bedre forståelse af behandlingsbehovet for patienterne, og dermed styrke arbejdet med ulighed i sundhed.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen bevilger 500.000 kr. til konferencen SUNDHED FOR ALLE 2022 fra bestyrelsen pulje 2022,

at bestyrelsen afsætter 100.000 kr. inkl. moms fra bestyrelsespuljen til en analyse af de hyppigste grupperinger af multisygdom i det danske sundhedsvæsen, og

at bestyrelsen afsætter 357.000 (ikke-momspligtig ydelse) fra bestyrelsespuljen til en dybdegående analyse af multisygdomsgrupperinger og deres kendetegn med afsæt i borgeres selvrappede data.

Sagsfremstilling

Danske Regioners bestyrelse besluttede i 2018 at afholde en årlig sundhedskonference (SUNDHED FOR ALLE), den første torsdag i november hvert år, bortset fra valgår. Udgangspunktet er, at det er kl. 10.00-16.00, og at stedet skal være det samme år efter år. Afsættet for konferencen er, at regionerne er de primære leverandører af den store velfærdsydelse, som sundhed er. Derfor skal regionerne også stå i spidsen for en årligt tilbagevendende begivenhed, hvor beslutnings- og interessevaretagere får mulighed for at drøfte aktuelle sundhedspolitiske problemstillinger med hinanden.

Konferencens målgruppe er:

- beslutningstagere på statsligt, regionalt og kommunalt niveau og
- organisationer indenfor det sundhedspolitiske område, herunder patientforeninger og sundhedsfaglige personaleorganisationer.

Tema 2022: Ulighed i sundhed

Omdrejningspunktet for SUNDHED FOR ALLE konferencen 2022 er social ulighed i behandlingen med fokus på omfanget, årsagen til og løsningen på ulighed.

Konferencen vil søge svar på følgende spørgsmål:

- I hvilke sygdomsgrupper ser vi social ulighed, og hvad karakteriserer disse grupper?
- Hvor møder vi udfordringer med, at patienter oplever at få forskellige tilbud i sundhedsvæsenet og får forskelligt udbytte af deres behandling?
- Hvordan bliver vi bedre til at tilpasse indsatsen til den enkelte patients behov og ressourcer? Og er der patienter, der med den nødvendige støtte, kan være mere selvhjulpne?
- Hvordan kan samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis være med til at sikre, at patienterne får et fuldt udbytte af deres behandling og kan leve et godt liv? Og hvilken rolle kan civilsamfundet spille?

Konferencen vil være en blanding af key note speakers, debatrunder, faglige oplæg samt på forskellig vis involvering af deltagere, der får tid til og mulighed undervejs for at udveksle erfaringer og sparre om de konkrete emner, ideer og problemstillinger, der bliver lagt frem. Der vil være et synligt patientperspektiv på de problemstillinger, der præsenteres. På konferencen vil der blive præsenteret relevante analyser og datamateriale til at belyse problematikken.

Ulighed i sundhed er gennem en årrække blevet belyst gennem analyser og rapporter. Der er imidlertid begrænset viden om sammenhængen mellem ulighed i sundhed og multisygdom.

Nye analyser

Det foreslås derfor, at der udarbejdes to analyser. Udover at kunne indgå i konferencen vil de to analyser samtidig være et vigtigt værktøj til det fortsatte arbejde med at mindske uligheden i sundheden på et mere oplyst grundlag:

Analyse 1 - Overblik over de hyppigste grupperinger af multisygdom i det danske sundhedsvæsen i Danmark

Undersøgelsens hovedprodukt er et overblik over de hyppigste sygdomsgrupperinger i Danmark og et overblik over, hvordan social ulighed i sundhed og alder gør sig gældende i de enkelte grupper ud fra en kobling til alder, indkomstniveau, uddannelsesniveau og bopæl. Der anvendes data fra relevante registre i det danske sundhedsvæsen på tværs af de fem regioner og Danmarks Statistik.

Der er lavet et forarbejde til denne analyse med data fra tre regioner. Ved køb af analysen kobles de to sidste regioner på.

Analysen kan være grundlag for at drøfte organisering. Det handler f.eks. om videreudvikling af regionernes sammedagsundersøgelser og fusionstilbud målrettet patienter med både somatisk og psykisk lidelse, så de stemmer overens med sygdomsbilledet i dag. Det kan også handle om afdelinger på hospitaler, der bør ligge tættere placeret på hinanden, behov for udvikling af nye digitale løsninger målrettet flere kroniske sygdomme og øvrig viden om, hvor vi kan drage fordel af et tættere og tværgående fagsamarbejde i sundhedsvæsenet.

Analysen udarbejdes af Videncenter for multisygdom og kroniske sygdomme, som er en forsknings- og analyseenhed forankret i Region Sjælland.

Analyse 2 – Dybdegående beskrivelse af multisygdomsgrupper i Danmark og deres kendetegn

Undersøgelsens hovedprodukt er en dybdegående beskrivelse af de enkelte multisygdomsgruppers oplevelse af egne ressourcer og fysiske formåen. Der anvendes selvrappede data.

Analysen vil ved dybdegående profilbeskrivelser give viden om de hyppigste grupperinger af sygdomme og antallet af sygdomme i hver multisygdomsgruppe, fremhæve de dominerende sygdomme i gruppen, angive hvor mange i Danmark, der er del af gruppen, angive aldersrepræsentationen for hver gruppe og vise, hvordan gruppen placerer sig i forhold til social ulighed i sundhed.

Analysen vil desuden, som en del af profilbeskrivelserne, inkludere oplevelsen af livskvalitet for den enkelte multisygdomsgruppe og sammenligne med de øvrige multisygdomsgrupper og den del af befolkningen, som lever uden multisygdom. Der vil desuden for hver gruppe være en beskrivelse af funktionsniveauer – både fysisk, mentalt og socialt – for den enkelte multisygdomsgruppe. Det kan f.eks. handle om, hvorvidt man er uønsket alene, mistrives, lever med smerter og ubehag eller kan klare dagligdags gøremål som at gå på trapper eller købe ind.

Analysen vil også sammenligne udviklingen i multisygdomsgrupperne i Danmark og deres karakteristika med data fra 2013, og dermed give overblik over udviklingen indenfor multisygdom de seneste 10 år.

Analysen vil lægge op til en drøftelse af, hvor sundhedsvæsenet skal fokusere i en fremtidig differentieret indsats. Altså: Hvor regionerne kan blive bedre til at planlægge indsatser efter behov hos den enkelte, der kan mindske social ulighed i sundhed. Den vil desuden lægge op til at drøfte, hvordan regioner og kommuner i fællesskab bedst imødekommer forskellige grupper af mennesker med multisygdom. Der vil være grupper, der har mere eller mindre behov for understøttelse i forløbet med forebyggelsestilbud målrettet kronisk sygdom og i rehabiliteringsforløb i kommunen. Derfor forventes det også, at særligt analyse 2 kan bidrage til arbejdet i de nye sundhedsklynger.

Analysen udarbejdes af DeFactum, som er en forsknings- og analyseenhed forankret i Region Midtjylland, men i et samarbejde med Danske Regioner.

Økonomi

På Danske Regioners driftsbudget for 2022 har bestyrelsen en pulje på 4,5 mio. kr., hvoraf der på nuværende tidspunkt er disponeret 0,8 mio. kr. Restbeløbet er således 3,7 mio. kr.

Konferencen

Det foreslås, at finansieringen dels baseres på deltagergebyr og dels på en bevilling på 500.000 kr. fra bestyrelsens pulje med henblik på at holde deltagergebyret på 2.000-2.500 kr., samt få mulighed for fripladser til særlige, mindre (bemidlede) organisationer indenfor f.eks. socialområdet.

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

Omkostninger til analyserne

Analyse 1 – Videncenter for multisygdom: I alt inkl. moms: 100.000 kr.

Analyse 2 – samarbejdsprojekt mellem Danske Regioner og Defactum: I alt ekskl. moms: 357.000 kr.

Omkostningerne til de to analyser dækker over løn, tryk/print, transportomkostninger og moms.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation
Ingen bemærkninger

Bilag

Resumé

Bestyrelsen præsenteres hvert kvartal for en nøgletalsoversigt over indikatorerne i de nationale mål på de områder, hvor der er nye tal i forhold til seneste status til bestyrelsen. Flere indikatorer er nu blevet opdaterede. Sagsfremstillingen fokuserer på de af indikatorerne, som opdateres årligt, samt monitorering af udredningsretten og ventetid til behandling.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orientering om nøgletallene til efterretning.

Sagsfremstilling

Hvad er opdateret denne gang?

Nøgletalsoversigten er fokuseret på de tal, som er nye, siden bestyrelsen blev forelagt den seneste opdatering ved mødet den 7. april 2022. Dette gælder tal for akutte genindlæggelser i somatikken og psykiatrien, ajourførte medicinoplysninger, sygehus erhvervede infektioner, overlevelse efter uventet hjertestop, forebyggelige ophold for ældre, ventetid til kommunal genoptræning, patienttilfredshed og -inddragelse, ventetid til behandling, overholdelse af udredningsretten samt overholdelse af standardforløbstiden i kræftpakkerne.

Sagsfremstillingen fokuserer på status på et udvalg af de indikatorer, som opdateres årligt, samt monitorering af udredningsretten og ventetid til behandling.

Hvad viser de nye nøgletal?

Udredningsret

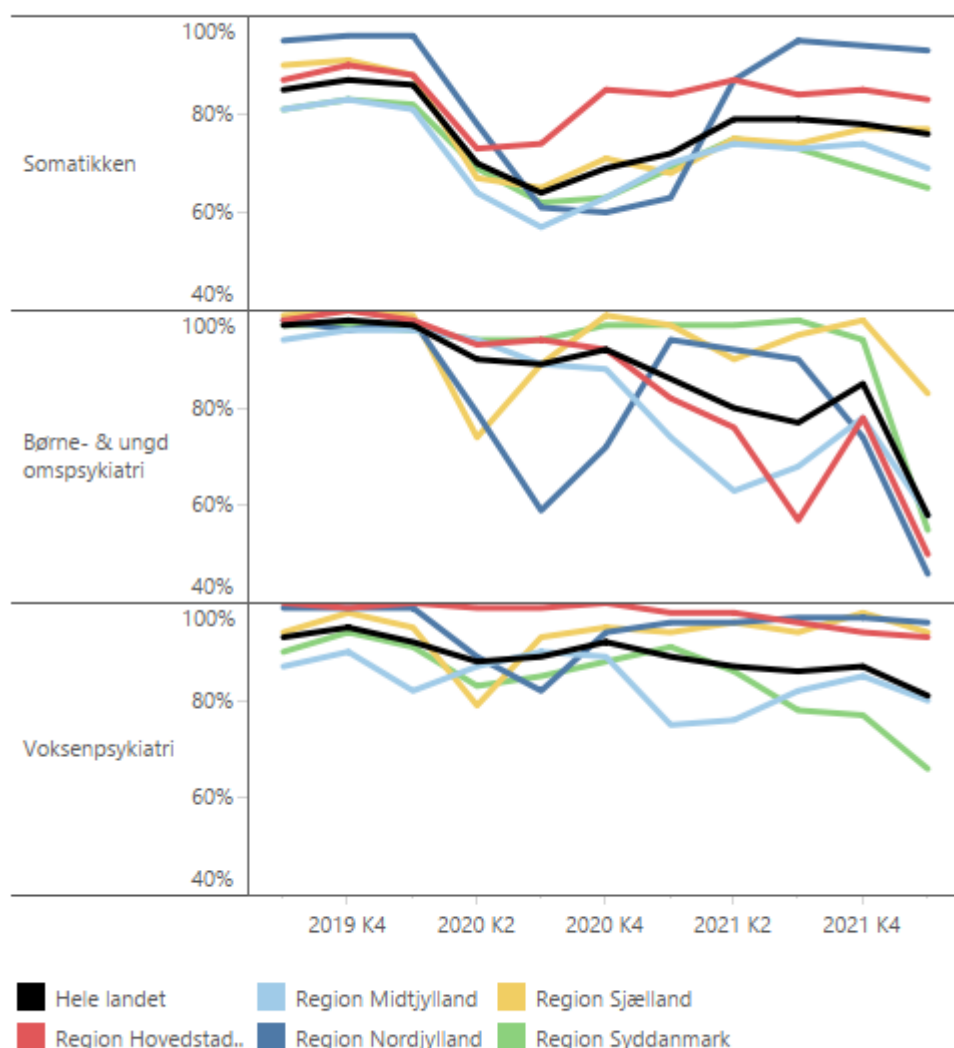
Retten til hurtig udredning er overholdt, når patienten enten er udredt indenfor 30 dage eller der er en gyldig årsag til at udredningen tager længere end 30 dage. Tallene opgøres som andelen af udredningsforløb, hvor udredningsretten er overholdt, og der offentliggøres tal hvert kvartal.

Tallene for 1. kv. 2022 viser, at overholdelsesgraden ligger lavere end før COVID-pandemien. Overholdelsesgraden er på niveau med de seneste kvartaler i somatikken, mens der har været fald i voksenpsykiatrien og særligt i børne- og ungdomspsykiatrien.

Faldet i overholdelsen af udredningsretten i børne- og ungdomspsykiatrien skal ses i sammenhæng med, at samtlige regioner i de seneste år har oplevet et markant stigende antal patienter. Under COVID-19 var der en forventning om, at henvisningspresset ville normalisere sig efter pandemien. I april 2022 kunne det imidlertid konstateres, at stigningen i børne- og ungdomspsykiatrien nu er endnu højere.

Regionernes muligheder for at overholde retten til hurtig udredning skal generelt ses i lyset af COVID-indsatsen og sygeplejestrækken, der betyder, at kapaciteten på sygehusene har været og fortsat er udfordret.

Figur 1. Overholdelse af udredningsretten (2019 K3 - 2022 K1)



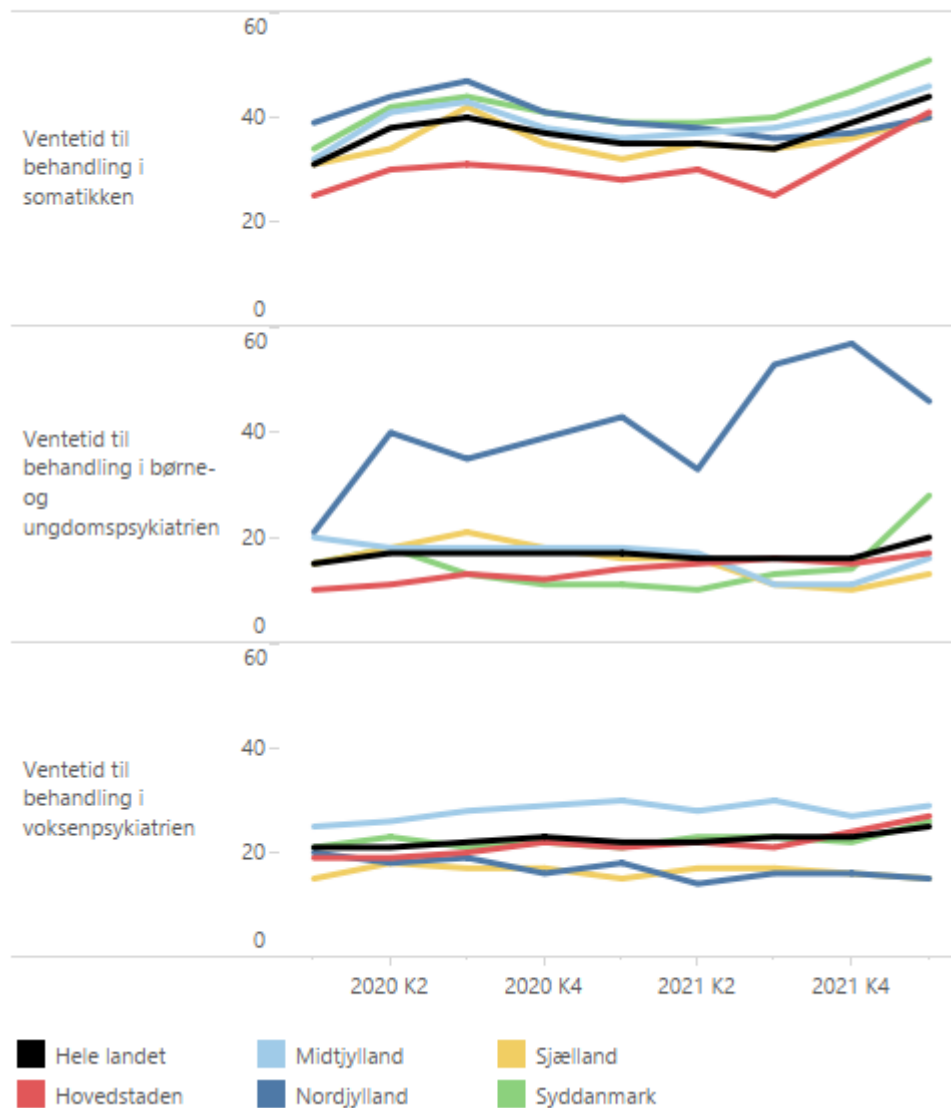
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Ventetid til behandling

Ventetid til behandling er en ny indikator, der er blevet udviklet i 2021. Indikatoren viser den gennemsnitlige ventetid for patienter, der er startet i behandling. Tallene viser, at den gennemsnitlige ventetid i somatikken er 44 dage, mens den er hhv. 20 dage i børne- og ungdomspsykiatrien og 25 dage i voksenpsykiatrien. Tallene skal dog læses med stor varsomhed.

Indikatoren kan nemlig kun vise ventetider for de patienter, som er blevet behandlet. Indikatoren siger ikke noget om ventetiden for dem, der står på venteliste. I den aktuelle situation med et stor behandlingsefterslæb grundet COVID-19 og sygeplejestrøje er tallene derfor ikke retvisende for den generelle ventetid. Der er også tale om et nyt indberetningsområde for regionerne, og registreringspraksis i regionerne kan variere.

Figur 2 Gennemsnitlig ventetid til behandling i somatikken, børne- og ungdomspsykiatrien samt voksenpsykiatrien (2020-2022)



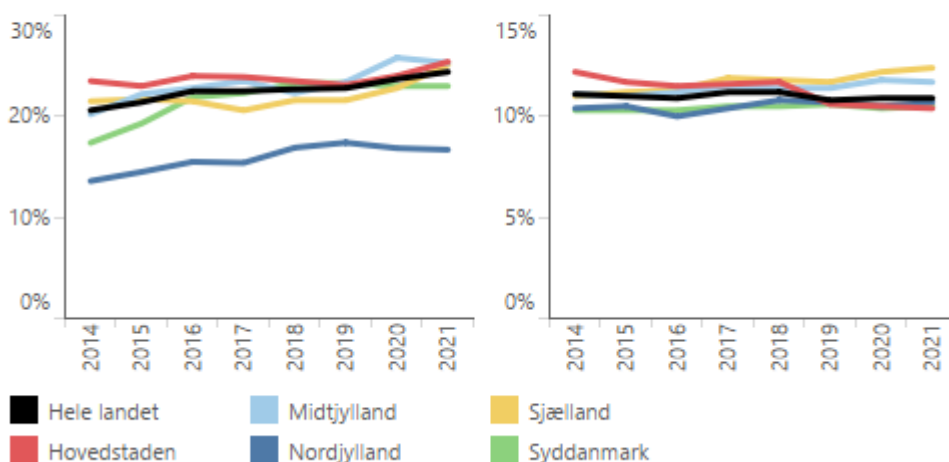
Genindlæggelser

Genindlæggelser er i høj grad en indikator, der påvirkes gennem det tværsektorielle samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne. Andelen af akutte genindlæggelser i somatikken lå i 2021 på 11 pct. på landsplan, hvilket er samme niveau som i 2020 og tidligere år. Det er således endnu ikke lykkedes at få nedbragt antallet.

Regionerne arbejder løbende på at nedbringe antallet af genindlæggelser og sikre en bedre sammenhæng i patientforløbet. Det gælder bedre samarbejde med kommunerne i form af fremskudt visitation, så behovet for hjemmepleje bliver afklaret allerede inden udskrivelse, udkørende speciallæger eller paramedicinere som tilser patienten i eget hjem for derigennem at undgå akutte (gen)indlæggelser. Senest har Region Hovedstaden i foråret 2022 indført udvidet behandlingsansvar for alle patienter, der modtager kommunal hjemmesygepleje med det formål at nedbringe antallet af genindlæggelser. Indsatsen er lige blevet implementeret, så effekten på genindlæggelser kendes endnu ikke. De kommende sundhedsklynger vil ligeledes få til opgave at sikre bedre sammenhæng og nedbringe genindlæggelser. I den netop indgåede sundhedsaftale mellem regeringen og et flertal i Folketinget indgår et mål om at reducere genindlæggelser med 5 pct. i 2026, 10 pct. i 2030 og 15 pct. i 2035.

Andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser har været stigende og ligger i 2021 på 24,4 pct. Det er en stigning i forhold til 2020, hvor tallet var 23,7 pct. Også på dette område vil regionerne i sundhedsklyngerne få til opgave at styrke samarbejdet mellem hospital, almen praksis og kommunerne, så de akutte genindlæggelser falder. En kommende 10-års plan for psykiatrien vil ligeledes have det fokus.

Figur 3 Andel genindlæggelser i psykiatrien (tv) og somatikken (th), 2014-2021

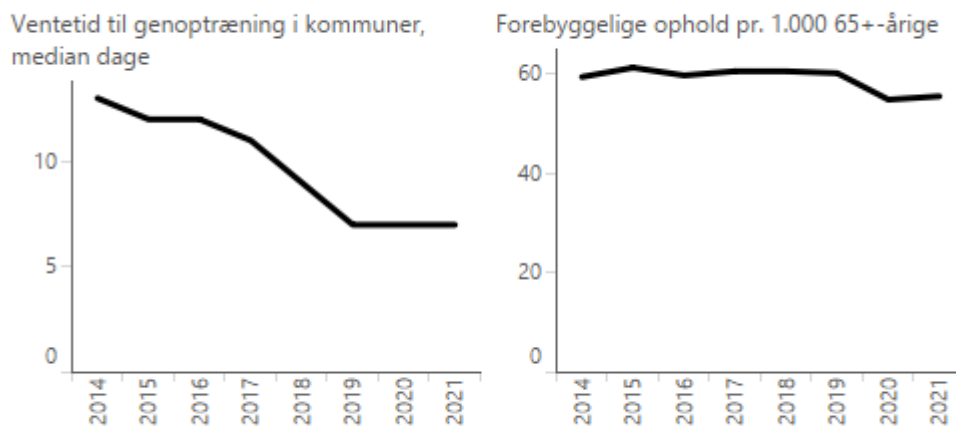


Forebyggelig ophold og ventetid til kommunal genoptræning

Antallet af forebyggelige ophold opgøres som antallet af indlæggelser med bestemte diagnoser som f.eks. urinvejsinfektion, brud og dehydrering. Antallet opgøres pr. 1.000 65+ årige. Antallet af forebyggelige ophold har i 2020 og 2021 ligget lavere end de tidligere år, om end der er en stigning i 2021. Dette kan skyldes et bedre samarbejde på tværs af sektorer. En forklaring kan også være, at der generelt har været en lavere aktivitet på hospitalerne på grund af COVID-19. Hospitalerne arbejder aktivt på at styrke de udadvendte funktioner og bl.a. tilbyde sub-akutte tider og stille telefonrådgivning til rådighed for almen praksis.

Ventetid til genoptræning i kommunerne har været faldende fra 2014 til 2019. Ventetiden har i perioden 2019-2021 ligget på 7 dage. I aftalen om en sundhedsreform beskrives de to første indsatser i en kvalitetsplan som *stærkelse af de kommunale akutfunktioner og patientrettede forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom*. Danske Regioner har længe efterspurgt, at en kvalitetsplan også skulle indebære kommunale indsatser indenfor rehabilitering og genoptræning. De første indsatser i kvalitetsplanen vil muligvis omfatte rehabilitering for borgere med kronisk sygdom.

Figur 4. Ventetid til genoptræning i kommuner og forebyggelige ophold (201..

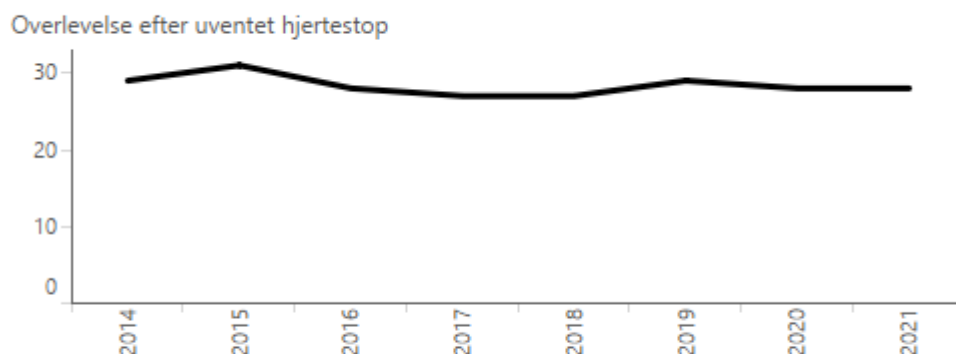


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Øvrige indikatorer

Derudover er der kommet nye tal for overlevelsen af uventet hjertestop på hospitaler, hvor 28 pct. overlever mindst 30 dage efter hjertestop i 2021, hvilket er på niveau med de to foregående år. Indikatoren er et udtryk for såvel kvaliteten af hjertestopbehandlingen som efterbehandlingen efter hjertestop samt sammensætningen af patientpopulationen. Indikatoren stammer fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), som bemærker, at overlevelsen ligger på samme niveau som overlevelsen i flere internationale opgørelser.

Figur 5. Overlevelse efter uventet hjertestop (2014-2021)



Kilde: RKKP

Ligeledes er der nye tal fra den Landsdækkende Undersøgelse for Patientoplevelser (LUP), hvor den overordnede tilfredshed i somatikken lå på 4,28, hvilket er samme niveau som i 2020. Tilsvarende lå gennemsnitsscoren angående patientinddragelse i somatikken på 3,94, som er på niveau med 2020. I børne- og ungdomspsykiatrien er gennemsnitsscoren faldet både

indenfor tilfredshed (fra 4,10 til 4,02) og patientinddragelse (fra 3,94 til 3,82). I voksenpsykiatrien ligger både den overordnede tilfredshed (4,29) og patientinddragelse (4,11) på samme niveau som i 2020.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Alle tal vil på mødetidspunktet være offentliggjorte.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Nøgletal for de nationale mål for sundhedsvæsenet. Opdatering juni 2022 (1544327 - EMN-2017-00146)

13 (Offentlig) Afrapportering vedrørende GDPR i Danske Regioner 2021

Tina Vester Jensen
EMN-2018-02170

Resumé

Danske Regioners bestyrelse modtager årligt en afrapportering om resultatet af kontroller og risikostyring vedr. databeskyttelse i Danske Regioner. Kontrollerne i 2021 har ikke givet anledning til væsentlige justeringer.

Danske Regioner arbejder fokuseret med at styrke it-sikkerhedsarbejdet ud fra en struktureret tilgang til risikostyring. Med udgangspunkt i et årshjul udarbejdet af PricewaterhouseCoopers (PwC) gennemgår Danske Regioner hvert år relevante it-kontroller, relateret til GDPR og it-sikkerhed.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Den løbende vurdering af resultatet af kontrollerne og risikostyringen, herunder vurdering af risici, foretages i Danske Regioners it-sikkerhedsudvalg og rapporteres én gang om året til Danske Regioners bestyrelse.

It-sikkerhedsudvalget med adm. direktør Adam Wolf som formand holder løbende møder med henblik på at følge udviklingen af de udførte kontroller.

Danske Regioner er en organisation med personoplysninger, herunder personaleadministrative oplysninger, borgerhenvendelser, sundhedsdata om borgere og klagesager. Der behandles således både almindelige personoplysninger, som navn og adresse, samt mere følsomme oplysninger, som borgeres sygdomshistorik og medarbejdernes personnummer og lønoplysninger.

Udover den årlige afrapportering vil bestyrelsen altid blive orienteret om væsentlige afvigelser i forhold til indsatsområderne og kontrollerne. Mindre afvigelser opsamles og rapporteres periodisk over for Danske Regioners it-sikkerhedsudvalg og direktion, og indgår tillige i den årlige rapportering om resultatet af risikostyringen over for bestyrelsen.

Resultat af årets kontroller

Der er i 2021 gennemført kontroller ifølge årshjulet. Der udestår i 2021 fortsat en kontrol af administratorers logning. Årsagen er, at de tilbud, der er

indkommet, er dyrere og lægger op til et større arbejde end det, der efterlyses. De senere år har været påvirket af COVID-19, som har betydet, at størstedelen af medarbejderne har arbejdet hjemmefra i lange perioder. Derfor har der været et særligt fokus på, at medarbejdernes pc'er og mobiltelefoner har de rette sikkerhedsindstillinger. Som led heri er der lukket af for medarbejdernes adgang til forskellige cloudtjenester og fildeling uden om OneDrive for at sikre, at der ikke sker databrud, og at data forbliver i EU. Danske Regioner har et tæt samarbejde med Microsoft om at sikre sig mod trusler udefra, hvilket har betydet, at der hyppigt sker sikkerhedsopdateringer samt logning af trusler udefra.

Awareness

Med hensyn til awareness og arbejdet med at sikre den enkelte medarbejders fokus på overholdelse af databeskyttelseslovgivningen, er det obligatorisk for alle medarbejdere at gennemføre et e-learningkursus. Kurset bliver gentaget med 12 måneders interval. Desuden bliver databeskyttelse italesat ved introduktionskursus for nye medarbejdere.

Sikkerhedshændelser

Der føres en logbog over sikkerhedshændelser i Danske Regioner. I 2021 blev der i alt registreret fem mindre sikkerhedshændelser, hvilket er tilbage på det niveau, som det lå på før COVID-19. Disse sikkerhedshændelser har ikke givet anledning til anmeldelse til Datatilsynet.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Resumé

Statens vandområdeplaner er i høring frem til 22. juni 2022. Regionernes interesser i vandområdeplanerne relaterer sig primært til myndighedsopgaven på jordforureningsområdet og regionernes potentielle rolle i forhold til klimatilpasning.

I Danske Regioners høringssvar gøres opmærksom på, at det er usandsynligt, at den nødvendige indsats over for jordforurening, der påvirker overfladevand, kan gennemføres inden fristen i 2027.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar til de statslige vandområdeplaner.

Sagsfremstilling

Miljøministeriet har sendt vandområdeplaner i høring med svarfrist den 22. juni 2022. Planerne er et led i den danske gennemførelse af Vandrammedirektivet fra 2001 og omfatter den tredje og sidste seksårige planperiode fra 2021 til 2027.

Formålet med vandområdeplanerne er at skabe god kemisk og økologisk tilstand i udpegede vandløb, søer, kystvande og grundvandsforekomster. Alle de tiltag, der skal skabe god tilstand, skal være gennemført inden udgangen af 2027. Der er kun muligheder for undtagelse, hvis et tiltag er uforholdsmæssigt dyrt, eller det ikke fysisk kan lade sig gøre at gennemføre indsatsen inden udgangen af 2027.

Regionernes interesser i vandområdeplanerne relaterer sig primært til myndighedsopgaven på jordforureningsområdet og regionernes potentielle rolle i forhold til klimatilpasning.

Der er et stort potentiale i at sammentænke klimatilpasning med miljømålene i vandplanerne. Det kræver imidlertid, at der er en tæt sammenhæng mellem de *risikostyringsplaner*, der udarbejdes efter Oversvømmelsesdirektivet, og de *vandområdeplaner*, der udarbejdes efter Vandrammedirektivet. Denne sammenhæng er ikke etableret ved den danske gennemførelse af Oversvømmelsesdirektivet. Det er netop en del af Danske Regioners forslag

om regionale klimatilpasningsplaner, at de regionale planer kan skabe denne sammenhæng, der mangler i dag.

Regionerne fik med revision af Jordforureningsloven i 2014 en opgave med at sikre målsatte vandområder (søer, åer, vandløb, kyster m.m.) imod miljøfarlige stoffer fra jordforureninger. Regionernes rolle er beskrevet i denne korte [animationsfilm](#) (2 min).

Regionerne har efter aftale med Miljøministeriet udvalgt en række lokaliteter, der undersøges i 2021 og 2022. Behovet for undersøgelser og indsats på de resterende grunde vurderes, når resultaterne af disse undersøgelser er kendt. Der er desuden behov for en øget indsats i forhold til PFAS, som regionerne har fundet mange steder.

Det er aftalt, at økonomi til videre undersøgelser og afværgeforanstaltninger skal forhandles mellem Danske Regioner og Miljøministeriet i 2023. Først herefter kan undersøgelser, risikovurderinger og afværgeforanstaltninger sendes i udbud. Det er derfor ikke sandsynligt, at indsatsen kan gennemføres inden fristen i 2027.

I 2020 blev der afsat 630 mio. kr. på finansloven til første fase af Danske Regioners plan for generationsforureningerne. Syv af de ti generationsforureninger er i offentlig indsats, fordi de udgør en risiko for målsat overfladevand. Partierne bag finansloven aftalte at drøfte finansiering af næste fase i 2023. Indsatsen er først afsluttet, når alle tre faser af planen for generationsforureninger er gennemført. Det er derfor heller ikke muligt at gennemføre indsatsen i forhold til generationsforureninger, der udgør en risiko for overfladevand, inden fristen i 2027.

Vandområdeplanernes krav i forhold til badevand omfatter ikke miljøfremmede stoffer. Det betyder, at regionerne ikke kan oprense i forhold til det niveau, der ofte interesserer borgeren – nemlig badevandskriteriet. Det gælder også ved generationsforureningerne. Udfordringen kan muligvis løses med en afklaring af forholdet mellem kravene til henholdsvis badevand og vandmiljø (økotoksikologiske kriterier). Det er vigtigt for borgerne at vide, om de kan regne med, at hvis den kemiske tilstand er god efter vandplanerne, så er det også godt nok som badevand. Dette forhold påpeges også i Danske Regioners høringsvar.

De mere konkrete bemærkninger fremgår af høringsvaret.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen: [Høringsdetaljer - Høringsportalen \(hoeringsportalen.dk\)](https://hoeringsportalen.dk)

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for miljø og klima drøftede høringen den 28. april 2022. Udvalgets bemærkninger er indarbejdet i udkastet til høringssvar. Der er desuden i udarbejdelsen af høringssvaret modtaget input fra regionerne.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners høringssvar på vandområdeplanerne (1550143 - EMN-2022-00037)

15 (Offentlig) Høringssvar - European Health Data Space (EHDS)

Kristian Enstrøm
EMN-2021-01412

Resumé

På baggrund af Europa-Kommissionens europæiske datastrategi har Kommissionen fremsat et forslag om EHDS (European Health Data Space), der bl.a. handler om at anvende sundhedsdata og teknologi mere effektivt mellem medlemslandene. Forslaget lægger bl.a. op til at give adgang til og udveksle sundhedsdata med henblik på behandling af den enkelte patient samt at dele store mængder af data bl.a. til planlægning, forskning og strategiske formål. Formålet med EHDS er således at skabe mulighed for bedre behandling på tværs af EU-medlemslandene og bedre rammer for sundhedsinnovation og forskning på baggrund af sundhedsdata, f.eks. fra elektroniske patientjournaler og registre. Målet er i sidste ende en infrastruktur, der lader forskere dele viden på tværs af Europa uden at gå på kompromis med beskyttelsen af persondata.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar om EHDS.

Sagsfremstilling

I februar 2020 lancerede Europa-Kommissionen en europæisk datastrategi. Fokus er bl.a. på at skabe sikre data-netværk med mulighed for i langt højere grad at kunne dele data, herunder sundhedsdata, sikkert på tværs af de europæiske lande.

Europa-Kommissionen har som led heri taget initiativ til etablering af et European Health Data Space (EHDS), der skal fremme mulighederne for bedre udveksling af og adgang til forskellige typer sundhedsdata. Her er både fokus på deling af data med henblik på levering af sundhedsydelser (primær anvendelse af data), samt til sundhedsforskning og strategiske formål (sekundær anvendelse af data). EHDS skal således være med til at skabe mulighed for bedre behandling på tværs af EU-medlemslandene og bedre rammer for sundhedsinnovation og forskning på baggrund af sundhedsdata, f.eks. fra elektroniske patientjournaler og registre. Målet er i sidste ende en infrastruktur, der lader forskere dele viden på tværs af Europa uden at gå på kompromis med beskyttelse af persondata.

Forslag fra Europa-Kommissionen

Den 3. maj 2022 blev forslaget fra Europa-Kommissionen om European Health Data Space (EHDS) offentliggjort. Det indeholder regler for et fælles netværk på tværs af EU-landene, hvor man bedre kan gøre brug af, udveksle og tilgå sundhedsdata, herunder elektroniske patientjournaler, patientregistre og genom-data. Det væsentligste indhold er, at forslaget lægger op til:

- Patientrettigheder i forhold den enkelte borgers adgang til egne sundhedsdata, herunder en ny mulighed for, at borgerne får adgang til at registrere egne sundhedsdata i journalen.
- At elektroniske patientjournalssystemer (EPJ-systemer) skal leve op til en række krav og specifikationer, før de kan markedsføres.
- Krav til digitale sundhedstjenester og wellness-apps.
- Etablering af et kontaktpunkt i alle medlemslande (health data access bodies), hvor man kan ansøge om data med henblik på at sikre bedre muligheder for sekundær anvendelse af data til f.eks. forskning

De fire punkter er kort uddybet nedenfor.

Patientrettigheder i forhold til den enkelte borgers adgang til egne sundhedsdata

Forslaget lægger op til, at patienter skal have adgang til at se egne data (f.eks. i patientjournaler, elektroniske recepter og dispensationer, medicinske billeder (røntgenbilleder) og beskrivelser af dem, laboratoriesvar og udskrivelsesrapporter). Endvidere lægges der op til, at man som patient skal have ret til at begrænse adgang til egne sundhedsdata for andre personer, herunder sundhedspersoner. Sundhedspersoner vil dog altid have adgang til en patients sundhedsdata, hvis der er vitale interesser hos pågældende selv eller andre på spil. Hertil skal patienter have ret til at kunne dele sundhedsdata med en tredjepart, f.eks. internationale organisationer, hvis disse lever op til en række opstillede krav. Der stilles krav om, at data registreres i et særligt elektronisk format.

Medlemslandene skal ifølge forordningen hver især udpege en digital sundhedsmyndighed, som skal sikre implementering af reglerne om primær anvendelse af data, og hvortil man skal kunne indgive en klage. Dette kunne i Danmark være Sundhedsdatastyrelsen.

Hertil lægges der op til, at Kommissionen etablerer en fælles digital platform (MyHealth@EU) for at lette muligheden for at dele data på tværs af EU-landene.

Krav til EPJ-systemer før de kan markedsføres

Der lægges i forslaget op til, at EPJ-systemer for at blive godkendt skal opfylde en række krav, særligt vedrørende kvalitet, sikkerhed og evnen til at fungere med hardware eller software. Når denne godkendelse er opnået, skal producenten sørge for en CE-mærkning af systemet. EPJ-systemer beskrives i forslaget som løsninger eller software, som af producenten er beregnet til at

opbevare, importere, eksportere, omforme, redigere og/eller at se elektroniske sundhedsoplysninger.

Krav til digitale sundhedstjenester og wellness-apps

I forslaget lægges der op til at forbyde EU-medlemslandene at knytte restriktioner til levering og modtagelse af digitale sundhedstjenester, f.eks. apps, der omhandler udlevering af lægemidler eller tele-sundhedstjenester, medmindre disse begrænsninger er nødvendige eller står i et rimeligt forhold til at beskytte legitime interesser under EU-lovgivningen. Forslaget opstiller også en frivillig mærkningsordning for wellness-apps, der er kompatible med EPJ-systemerne.

Etablering af et kontaktpunkt i alle medlemslande (health data access bodies), hvor man kan ansøge om data med henblik på at sikre bedre muligheder for sekundær anvendelse af data til f.eks. forskning

I forslaget lægges der op til, at udbydere af elektroniske sundhedsdata skal sikre at visse kategorier af elektroniske sundhedsdata stilles til rådighed for kompetente myndigheder, som udpeges af medlemsstaterne. Det kunne i en dansk kontekst være Sundhedsdatastyrelsen. Disse myndigheder er til gengæld forpligtede til at behandle ansøgninger fra databrugere, der ønsker at genbruge sundhedsdata til nærmere angivne sekundære formål – f.eks. til forskning, innovation, strategisk planlægning eller statistik.

Danske Regioners bemærkninger til forslaget

Danske Regioner har i samarbejde med regionerne og Medicinrådet udarbejdet fælles hørings svar. Regionerne har i deres tilbagemeldinger tilkendegivet, at de finder, at forslaget er komplekst og svært tilgængeligt stof, som de skulle have haft længere tid til at svare på, hvorfor de kun har forholdt sig til delelementer af forslaget.

Det fremhæves i Danske Regioners hørings svar at Danmark på digitaliseringsområdet er langt fremme sammenlignet med mange andre EU-lande, men at vi skal være opmærksomme på, om indførelse af fælles EU-mærkningskrav til digitale tjenester vil medføre ekstra udgifter. Det tilkendegives desuden i hørings svaret, at det er positivt, at man med forslaget forsøger at etablere en lettere adgang til at dele sundhedsdata på tværs af EU. Det er dog i den sammenhæng vigtigt at sikre, at data ikke kompromitteres, så borgerne kan have fuld tillid til anvendelsen af deres sundhedsdata.

De konkrete bemærkninger fremgår af hørings svaret.

Videre proces

På baggrund af de indkomne hørings svar udarbejder Sundhedsministeriet et grund- og nærhedsnotat (der skal give en vurdering af, hvorvidt nærhedsprincippet er overholdt, herunder om forslaget ventes at have konsekvenser for dansk ret), og som senere skal forelægges Folketingets

Europaudvalg. Når grund- og nærhedsnotatet foreligger, vil bestyrelsen blive orienteret om indholdet heri, særligt hvilke elementer i notatet, der er Danske Regioners synspunkter.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes [via dette link](#).

Økonomi

Med forslaget skal der medregnes en mulig økonomisk byrde ved at skulle tilpasse Danmarks EPJ-systemer til at være kompatible med en teknisk gateway (MyHealth@EU), der sørger for den grænseoverskridende udveksling af sundhedsdata på tværs af EU-landene, ligesom krav om CE-mærkning af EPJ-systemer kan medføre økonomiske omkostninger.

Derudover vil der også være mulige økonomiske konsekvenser i forhold til implementering af it-systemer. For Danmarks vedkommende vil implementeringsomkostningerne bl.a. afhænge af, i hvor høj grad den europæiske løsning, herunder de kommende "implementing acts", vil skele til de eksisterende danske løsninger.

Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen er høringsvaret fremsendt til Sundhedsministeriet administrativt med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Uddybende notat om indholdet i forordningen om EHDS 9. juni (1555120 - EMN-2021-01412)
2. Høringssvar - Danske Regioner (1551375 - EMN-2021-01412)

Resumé

Forslag til mødekalender for 2023 for bestyrelsen, forslag til datoer for afholdelse generalforsamlingen i 2024 og 2025 samt afholdelse af udvalgs møder i 2023.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender mødeplanen for bestyrelsesmøder i 2023,
at bestyrelsen tager stilling til datoen for et juni-møde i 2023,
at bestyrelsen tager stilling til tidspunktet for studieturen,
at bestyrelsen godkender datoerne for generalforsamlingen i 2024 og 2025,
og
at bestyrelsen indstiller over for udvalgsformændene, at udvalgs møder i 2023 planlægges afholdt på de reservede datoer.

Sagsfremstilling

Af hensyn til regionernes planlægning af rådsmøder m.v., fremlægges forslag til mødeplan for Danske Regioners bestyrelse i 2023.

Bestyrelsesmøder i 2023

Møderne afholdes kl. 10.30 – 15.00 medmindre andet er anført:

- Torsdag den 2. februar
- Torsdag den 2. marts
- Onsdag den 29. marts (forberedelse af GF23) – kl. 17.00-18.00
- Torsdag den 4. maj – kl. 11.00-13.00 (i forlængelse af bestyrelsesseminar)
- Torsdag den 22. juni
- Torsdag den 31. august
- Torsdag den 28. september
- Torsdag den 9. november
- Torsdag den 7. december

Foruden disse møder forventes der indkaldt til ekstraordinære møder ultimo maj/primus juni i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger.

Bestyrelsesseminar i 2023

Onsdag den 3. maj, kl. 12.00 - torsdag den 4. maj, kl. 11.00 efterfulgt af bestyrelsesmøde fra 11.00 – 13.00.

Bestyrelsens studietur i 2023

Uge 40.

Danske Regioners generalforsamling i 2023, 2024 og 2025

- 30. marts 2023 (allerede fastsat)
- 21. marts 2024
- 27. marts 2025

Større arrangementer i 2023

- Regionernes Økonomi- og Styringsseminar (RØST) holdes den 19.-20. januar
- Folkemøde den 15. – 18. juni
- Konferencen Sundhed for alle holdes i 2023 den 2. november (hvert år den første torsdag i november)

Udvalgmøder i 2023

Udvalgmøder i Danske Regioner fastlægges inden for rammerne af de udvalgskommissorier, der er fastlagt for den nye valgperiode.

Møderne skal af hensyn til koordineringen med regionerne lægges enten på torsdage eller fredage. Derudover skal der tages højde for eventuelle personsammenfald mellem Danske Regioners udvalg og udvalgsmedlemmernes udvalgmøder i regionerne.

Udvalgmøderne kan placeres på følgende datoer:

- 9. og 10. februar
- 9. og 10. marts
- 27. og 28. april
- 23., 29. og 30. juni
- 24. og 25. august
- 21., 22. og 29. september
- 16. og 17. november
- 14. og 15. december

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Nordiske kriterier for mere bæredygtig emballage
 - Nye formaliserede samarbejder mellem de gymnasiale institutioner og regionsrådet – gymnasiesamarbejdet
 - Aftale om tema for Behandlingsrådets analyse af ulighed i 2022
 - Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om Pulje til grønne busser og grøn flextrafik
 - Politiske møder
 - Arrangementer og konferencer
-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Nordiske kriterier for mere bæredygtig emballage (EMN-2021-01592)

Danske Regioner har i april 2022 lanceret nordiske kriterier for mere bæredygtig emballage. Kriterierne skal forebygge overflødig brug af emballage på sundhedsområdet, bl.a. ved at reducere materialeforbrug, øge genanvendelsen samt øge brugen af genanvendte eller fornybare materialer. Kriterierne kan indarbejdes som krav til marked og leverandører i forbindelse med relevante udbud, når der fremover skal købes udstyr og varer ind til hospitalerne. Kriterierne bygger på frivillighed, og hver region bestemmer selv, om kriterierne skal anvendes i forbindelse med et udbud.

Emballagekriterierne er resultatet af længere tids samarbejde mellem de danske regioner og de nordiske indkøbsorganisationer på sundhedsområdet med Region Midtjylland som tovholder. Afsættet har været ønsket om at reducere det store forbrug af emballage, der i dag er i forbindelse med brug af medicinsk og øvrigt udstyr til sundhedsvæsenet, og som resulterer i meget store mængder affald. Alene plastandelen af emballageaffaldet fra danske hospitaler anslås i dag at ligge på ca. 4.000 tons årligt.

I Danmark gik regionerne i gang med at anvende kriterierne i slutningen af 2021. Hvis markedet for alvor skal rykkes, ligger der en vigtig opgave i at få udbredt kriterierne overfor relevante parter og beslutningstagere i resten af

Europa. Danske Regioner har derfor rakt ud til ministre og parter på nordisk og europæisk plan med henblik på udbredelse af kriterierne.

Nye formaliserede samarbejder mellem de gymnasiale institutioner og regionsrådet – gymnasiesamarbejdet

(EMN-2021-00823)

I forbindelse med aftalen om nye regler for elevfordeling og kapacitetsfastsættelse på de gymnasiale uddannelser (stx, hhx, htx og hf) får regionerne bl.a. ansvar for at etablere og lede det nye formaliserede samarbejde mellem de gymnasiale institutioner og regionsrådet – kaldet gymnasiesamarbejdet. Regionerne definerer selv de nærmere rammer og indholdet af gymnasiesamarbejdet. For at sikre ensartethed og genkendelighed opfordres regionerne til at anlægge en fælles tilgang til og prioritering af gymnasiesamarbejdet. Til brug herfor har Danske Regioners sekretariat og regionerne udarbejdet de vedlagte fælles principper. Principperne er drøftet i Danske Regioners udvalg for regional udvikling og EU den 3. juni 2022.

Valg af tema for Behandlingsrådets ulighedsanalyse i 2022

(EMN-2027-04443)

Regeringen og Danske Regioner aftalte med økonomiaftalen for 2022 "at sætte styrket fokus på ulighed i sundhedsvæsenet. Parterne er derfor enige om, at der i regi af Behandlingsrådet under Danske Regioner fremadrettet løbende gennemføres analyser med henblik på at afdække og belyse eventuel ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper. Der afsættes 4 mio. kr. årligt til opgaven med afsæt i en forståelse om en årlig analyse på et udvalgt behandlingsområde. Analyserne udformes som en særskilt opgave inden for Behandlingsrådets ramme med brug af relevant sammensat fagudvalg og evt. øvrig ekspertise. Analyserne offentliggøres på Behandlingsrådets hjemmeside. Det nærmere set-up for udvælgelse af emner eller temaer for analyser aftales mellem Sundhedsministeriet og Danske Regioner".

Som opfølgning på økonomiaftalen er Sundhedsministeriet og sekretariatet blevet enige om rammerne for Behandlingsrådets ulighedsanalyser.

Behandlingsrådet har efter drøftelse med en række centrale videnspersoner på området udarbejdet oplæg til valg af analysetema for en ulighedsanalyse. Sundhedsministeriet og Danske Regioner er i den forbindelse blevet enige om, at Behandlingsrådet skal gennemføre en analyse om "*Ulighed i somatisk behandling blandt psykiatriske patienter*". Analysen vil tage udgangspunkt i udvalgte somatiske diagnoser og undersøge behandlingskvaliteten, bl.a. ved at analysere i hvilket omfang forskellige patientgrupper modtager diagnostik, behandling f.eks. medicin og rehabilitering i henhold til gældende kliniske retningslinjer. Formålet er bl.a. at identificere risikogrupper og opnå viden,

som kan anvendes til udvikling af målrettede interventioner med henblik på at imødegå ulighed i behandling. Sundhedsministeriet og Danske Regioner har besluttet, at Behandlingsrådets analyse for 2023 kan udarbejdes inden for samme tema som 2022-analysen.

Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om Pulje til grønne busser og grøn flextrafik (EMN-2019-01398)

Danske Regioner har afsendt vedlagte høringssvar vedr. Pulje til grønne busser og grøn flextrafik. Puljen er en udmøntning af en del af infrastrukturen. I den politiske aftale er det tilkendegivet, at puljen skal være med til at understøtte, at regionerne kan efterleve og implementere klimasamarbejdsaftaler om grøn kollektiv transport.

Danske Regioner påpeger, at puljen bør sikre lademuligheder for både små flextrafik-køretøjer samt større liftkøretøjer på de regionale arealer og ikke, som der er lagt op til i bekendtgørelse, medfinansiering af kommercielle ladestander på kommunale arealer, da dette ikke understøtter formålet med puljen i den politiske aftale.

Vedr. støtte til grønne busser bemærkes, at ubrugte midler i puljen bør kunne overføres til efterfølgende år, og dele af puljemidlerne fremrykkes til de første år af puljens levetid. Desuden bør udbud med busruter med kontraktstart i 2022 også kunne få del i puljen. Den tidligere pulje til grønne regionale busser havde en tilskudsandel på 75 pct., mod de nu foreslåede 50 pct. Danske Regioner foreslår, at tilskudsandelen på 75 pct. fastholdes.

Politiske møder (EMN-2022-00139)

Der har været afholdt følgende politiske møder siden den 6. maj 2022:

- Møde 8. juni 2022 med beskæftigelsesministeren om partnerskab om ukrainere i job. Bo Libergren deltog.
- Hilse-på-møde 8. juni 2022 med transportministeren. Anders Kühnau deltog.

Arrangementer og konferencer (EMN-2018-0274)

4. september 2022

Alle fem regioner: Åbent hospital 2022 på 17 nye og ombyggede hospitaler samt Skive Helikopterbase.

10. oktober 2022, kl. 10.00-15.30

Nyborg: Brugerinddragelse i et digitalt sundhedsvæsen. Danske Regioner er medarrangør i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, VIBIS, KL og Danske Patienter.

3. november 2022 kl. 10.00-16.00

København: Sundhed for Alle – Danske Regioners årlige sundhedspolitiske konference. Danske Regioner er arrangør.

8. december 2022 kl. 12.00-17.00

København: Topmøde om sundhedsforskning. Danske Regioner er arrangør.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Principper for regionale gymnasiesamarbejder (1553949 - EMN-2017-00225)
2. Høring vedr. udkast til bekendtgørelse om Pulje (1556380 - EMN-2022-00139)

18 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen
EMN-2022-00139

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

19 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen
EMN-2022-00139

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes torsdag den 18. august 2022 kl. 10.30 – 15.00 i Regionernes Hus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

20 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen
EMN-2022-00139

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Deskriptiv analyse af psykologområdet
Dagsordens titel	Analyse af psykologområdet
Dagsordenspunkt nr	9
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

22-05-2022

EMN-2021-00263

1550449

Sandra Olivarius Hartmeyer

Freja Falk

Deskriptiv analyse af psykologområdet

Første skridt i en analyse af området kan med fordel være en *deskriptiv analyse* af kapacitet, aktivitet og patienterne med henblik på at afdække områdets problemstillinger.

Kapacitets- og aktivitetsbeskrivelse:

- Antal psykologer
 - Hvor mange psykologer findes der i regionerne
 - hvor mange arbejder under overenskomsten eller som privatpraktiserende (fx under sundhedsforsikringer eller på egen klinik)?
- Kapaciteten på ydernumrene under overenskomsten
 - Antal psykologer
 - Kapaciteten set i forhold til antal borgere, antal henvisninger eller lignende med henblik på at afdække regionale forskelle i kapacitet.
- Beliggenhed af tilbud
 - Klinikfordeling af klinikker med og uden ydernummer
 - Hvordan fordeler praksis sig geografisk?
 - Evt. sat op i forhold til befolkningstal i regionerne/kommunerne med henblik på at belyse forskelle pr. 100.000 indbyggere
- Økonomisk omfang af aktivitet
 - På ydernumrene – herunder også belysning af, hvor mange der er tæt på grænsen for minimumsafregning (belysning af dårligt udnyttet kapacitet)
 - Er der mangel på kapacitet (ydernumre, timer osv.) – eller er der uudnyttet kapacitet blandt eksisterende praksis?
- Den samlede økonomiske udvikling over tid indenfor psykologområdet under sygesikringen

- Belysning af økonomiske omkostninger for forløb. Psykologforløb vs. Et somatisk forløb.

Data fra regionernes afregning med psykologer under overenskomsten forventes anvendt til kapacitets- og aktivitetsbeskrivelsen. Analysen kan primært beskrive det offentlige tilbud, da der ikke er fyldestgørende og valide, tilgængelige data for den private del af psykologtilbuddet.

Patienterne:

- Antal patienter
 - Hvor mange behandles årligt i hhv. praksis med og uden tilskud?
- Hvor mange har en henvisning? Hvor mange er nyhenviste?
- Henvisningsforløb:
 - Genhenvisninger? / forlængelse af henvisninger
 - Hvor mange patienter får ny henvisning tæt på tidligere henvisning, men under anden henvisningsårsag?
 - Kan være interessant, da overenskomsten sætter begrænsninger for antal gange man kan henvises. Skift i henvisningsårsag kan være tegn på, at patienter fortsat har behov for behandling og er nødt til at omgå systemet.
- Hvor mange benytter samtlige konsultationer på deres henvisning?
 - Evt. fordelt på henvisningsårsag
 - Er der bestemte patientgrupper, der i højere grad gør det end andre?
 - Ses der geografiske forskelle?
- Hvad karakteriserer patienterne, der får en henvisning/er i behandling?
 - Alder, uddannelse, indkomst, sygdomsforekomst o.l.?
- Samtidig behandling hos andre sundhedsfaglige personer
 - Antal patienter, der er i et *samtidigt* forløb (fx samtaleterapi i almen praksis)

Patientmassen forventes – i det omfang det kan lade sig gøre - belyst vha. Danske Regioners Myndighedsordning, hvori der bl.a. indgår data for sygesikringsregistret samt en række socioøkonomiske registre.

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Beskrivelse af planlagte og allerede gennemførte analyser af psykologområdet.docx

Dokument Titel: Beskrivelse af planlagte og allerede gennemførte analyser af psykologområdet

Dokument ID: 1550450



22-04-2022

EMN-2021-00263

1550450

Sandra Olivarius Hartmeyer

NOTAT

Planlagte og gennemførte analyser af psykologområdet

Indeværende notat har til formål at give et overblik over planlagte eller allerede gennemførte analyser af psykologområdet.

Planlagte analyser:

Analyse af ventetider til psykologbehandling i praksissektoren:

VIVE har afgivet tilbud på at gennemføre en analyse af ventetiderne til psykologbehandling i praksissektoren. I deres tilbud har de beskrevet to undersøgelsesspørgsmål, som søges afklaret i analysen:

1. Hvordan er aktiviteten og brugen af de afsatte midler i psykologordningen?
2. Hvilke årsager er der til forskelle i aktiviteten og forbruget af midler på tværs af elementerne i psykologordningen?

I analysen gives et indblik i aktiviteter, udgifter og ventetider fordelt på bl.a. tid, ydernumre, henvisningsårsager og geografi. Analysen søger også at belyse, hvorfor der er opstået ventetid til psykologhjælp, bl.a. ift. betydningen af styring og struktur indenfor ordningens rammer. Data i analysen hviler på både afregnings-, yder- og ventetidsdata leveret af Danske Regioner samt data fra Den Nationale Henvisningsformidling.

Analyse af effekten af psykologbehandling i praksissektoren

I forbindelse med aftale om fornyelse af Overenskomst om psykologhjælp mellem RLTN og Dansk Psykolog Forening i 2016 er parterne blevet enige om behovet for at etablere et bedre vidensgrundlag om aktiviteter, kvalitet og behandlingseffekt i ordningen samt at understøtte kvalitetsudvikling af ordningen samt undersøge ordningens udbytte.

Parterne er endvidere enige om, at behovet skal imødekommes gennem etablering af en klinisk kvalitetsdatabase og gennem gennemførelse af to forskningsprojekter, som skal afdække og dokumentere hhv. den kliniske effekt af psykologbehandling og hhv. den samfundsmæssige og socioøkonomiske effekt af psykologbehandling i ordningen.

Bestyrelsen for Kvalitets- og Efteruddannelsesfonden for psykologhjælp bevilligede i marts 2022 midler til et projekt vedr. "Effekten af psykologbehandling i praksissektoren: Et randomiseret kontrolleret forsøg". Analysen udspringer af overenskomsten for psykologhjælp, hvori dette samt en analyse af de socioøkonomiske effekter af psykologbehandling vedr. Angst og depression er aftalt.

Det kliniske forskningsprojekt skal undersøge hvorvidt den internationale evidens for positiv effekt af psykoterapi også gør sig gældende i en dansk kontekst, konkret i psykologordningen i praksissektoren.

Metoden er et klinisk effektstudie af høj kvalitet, helst et randomiseret kontrolleret studie. Der kan laves en kombination af kvalitative og kvantitative undersøgelser af effekten af terapien, klientens og behandlerens vurdering heraf, og der kan følges op efter hhv. 1 og 2 år.

[Analyse af socioøkonomisk effekt af psykologbehandling i den offentlige psykologordning](#)

VIVE skal lave det socioøkonomiske forskningsprojekt, som skal belyse socioøkonomisk effekt af psykologbehandling i den offentlige psykologordning baseret på oplysninger registreret i eksisterende datakilder.

Formålet er at belyse, i hvilken grad psykologordningen er omkostningseffektiv i forhold til potentielle dynamiske effekter. Forskningsprojektet skal ikke belyse de direkte sundhedsmæssige effekter, såsom højere livskvalitet eller at en borger får reduceret symptomer på angst eller depression.

Da vi i Danmark har registerdata af høj kvalitet, er det muligt at lave et registerbaseret forskningsprojekt, der analyserer på registerdata bagud i tid og derved får adgang til et endnu større sample. Det er således muligt at sammenholde personers anvendelse af psykologbehandling med eksempelvis øvrig kontakt med sundhedsvæsenet, herunder psykiatrien, forbrug af psykofarmaka og arbejdsmarkedstilknytning.

De trinvis ændringer i adgangen til psykologbehandling under psykologordningen skaber en række såkaldte naturlige eksperimenter, og på den baggrund, kan der være grundlag for at skabe valide kontrolgrupper ved at sammenligne patientgrupper før og efter udvidelse af ordningen og med folk der står udenfor alderskriterierne.

Data fra hhv. det socioøkonomiske og det kliniske forskningsprojekt skal ikke kobles, da de to projekter ser på forskellige samples hhv. bagud og fremad i tid, men resultaterne supplerer i stedet hinanden, så både de dynamiske socioøkonomiske effekter og de direkte sundhedsmæssige effekter bliver afdækket.

Gennemførte analyser:

Analyse af forsøgsordningen med vederlagsfri psykologbehandling til unge mellem 18 og 20 år med let til moderat angst eller depression:

Analysen er gennemført af Dansk Center for Sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet på opdrag fra Sundheds- og Ældreministeriet. Analysen evaluerer forsøgsordningen, der blev vedtaget med satspuljeaftalen for 2018-2021.

Analysen havde 4 formål:

1. Undersøge om forsøgsordningen har ændret de 18-2-åriges brug af psykologbehandling for hhv. let og moderat angst eller depression
2. Undersøge om forsøgsordningen har ført til ændringer i antallet af psykiatriske behandlinger af andre årsager end let og moderat angst eller depression, brugen af samtalerapi samt udskrivninger i medicin
3. Undersøge om der er forskel i karakteristika for de unge mellem 18 og 20 år, som har benyttet sig af forsøgsordningen, sammenlignet med 18-20-årige, som før 1. juli 2018 benyttede sig af tilskudsordningen til psykologbehandling
4. Estimere de økonomiske merudgifter forbundet med at udvide forsøgsordningen til de 21-23-årige

Opsummerende viser analysen bl.a., at:

- Antallet af psykologbehandlinger for angst og depression samlet set er steget med 53 % - fra 2.927 til 4.490 nye forløb på 12 måneder
- Den største stigning på 68 % ses på angst, mens henvisninger grundet depression er steget med 39 %
- Psykologbehandling med andre henvisningsårsager end angst eller depression er faldet med 10 %, mens antallet af ambulante psykiatriske kontakter er faldet 1 %

- Medicinforbrug, samtaleterapi i almen praksis, konsultationer hos privatpraktiserende psykiatere og indlæggelser i behandlingspsykiatrien er alle steget
- For mænds vedkommende ses en stigning i brug af medicin og et fald i brug af samtaleterapi i almen praksis
- For kvinder ses der færre henvisninger med traume som årsag samt et fald i brug af privatpraktiserende psykiatere
- Der er ikke umiddelbart tegn på, at forsøgsordningen har ændret brugen af behandlingspsykiatrien – hverken i forhold til ambulant aktivitet eller indlæggelser. Men grundet omlægning af LPR er datagrundlaget her begrænset til data frem til februar 2019.
- Der er tegn på, at adgang til gratis psykologbehandling øger antallet af fejlhenvisninger. Dog skal man være opmærksom på, at der her er tale om få observationer.
-

Bilag Titel:	Nøgletal for de nationale mål for sundhedsvæsenet. Opdatering juni 2022
Dagsordens titel	Nye nøgletal for de nationale mål, juni 2022
Dagsordenspunkt nr	12
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Nøgletal for de nationale mål for sundhedsvæsenet

I nedenstående er oplistet alle de indikatorer, som indgår i aftalen om de nationale mål. Nøgletallene markeret med **fed** er de nøgletal, som er blevet opdateret siden sidste gang, bestyrelsen blev præsenteret for en nøgletalsvisning.

Bedre sammenhængende patientforløb

- **Akutte somatiske/psykiatriske genindlæggelser indenfor 30 dage (Opdateret med tal for 2021)**
- **Ventetid til genoptræning (Opdateret med tal for 2021)**
- Somatiske/psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehuse
- **Ajourføring af det fælles medicinkort (FMK) (opdateret til og med april 2022)**
- Fastholdelse af somatisk/psykiatrisk syge på arbejdsmarkedet
- Fuldført ungdomsuddannelse blandt unge med psykiske lidelser

Styrket indsats for kronikere og ældre patienter

- Sygehusaktivitet pr. kroniker (KOL/diabetes)
- **Forebyggelige sygehusophold blandt ældre (Opdateret med tal for 2021)**
- Overbelægning på medicinske afdelinger
- Brug af antipsykotika ved patienter med demens

Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

- 5 års overlevelse efter kræft
- Hjertedødelighed
- Overdødelighed ved psykisk sygdom
- **Sygehusinfektioner (bakteriæmi og clostridium difficile) (opdateret til og med 1. kvartal 2022)**
- **Overlevelse ved uventet hjertestop (Opdateret med tal for 2021)**
- Indløste recepter på antibiotika i almen praksis
- Forbrug af opioider i almen praksis

Behandling af høj kvalitet

- Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser (indikatoren er under udskiftning)
- Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres

Hurtig udredning og behandling

- **Overholdelse af udredningsretten (somatik) (opdateret til og med 1. kvartal 2022)**
- **Overholdelse af udredningsretten (børne- og unge- og voksenpsykiatri) (opdateret til og med 1. kvartal 2022)**
- **Gennemsnitlig ventetid til behandling i somatikken, børne- og ungdomspsykiatrien samt voksenpsykiatrien (opdateret til og med 1. kvartal 2022)**
- **Overholdelse af standardforløbstider for kræftpakker (opdateret til og med 1. kvartal 2022)**

Øget patientinddragelse

- **Patienttilfredshed (somatikken/psykiatrien) (Opdateret for somatikken)**
- **Patientoplevet inddragelse (somatikken/psykiatrien) (Opdateret for somatikken)**

Flere sunde leveår

- Middellevetid
- Daglig rygere i befolkningen

Mere effektivt sundhedsvæsen

- Liggetid pr. indlæggelse
- Produktivitet på sygehusene

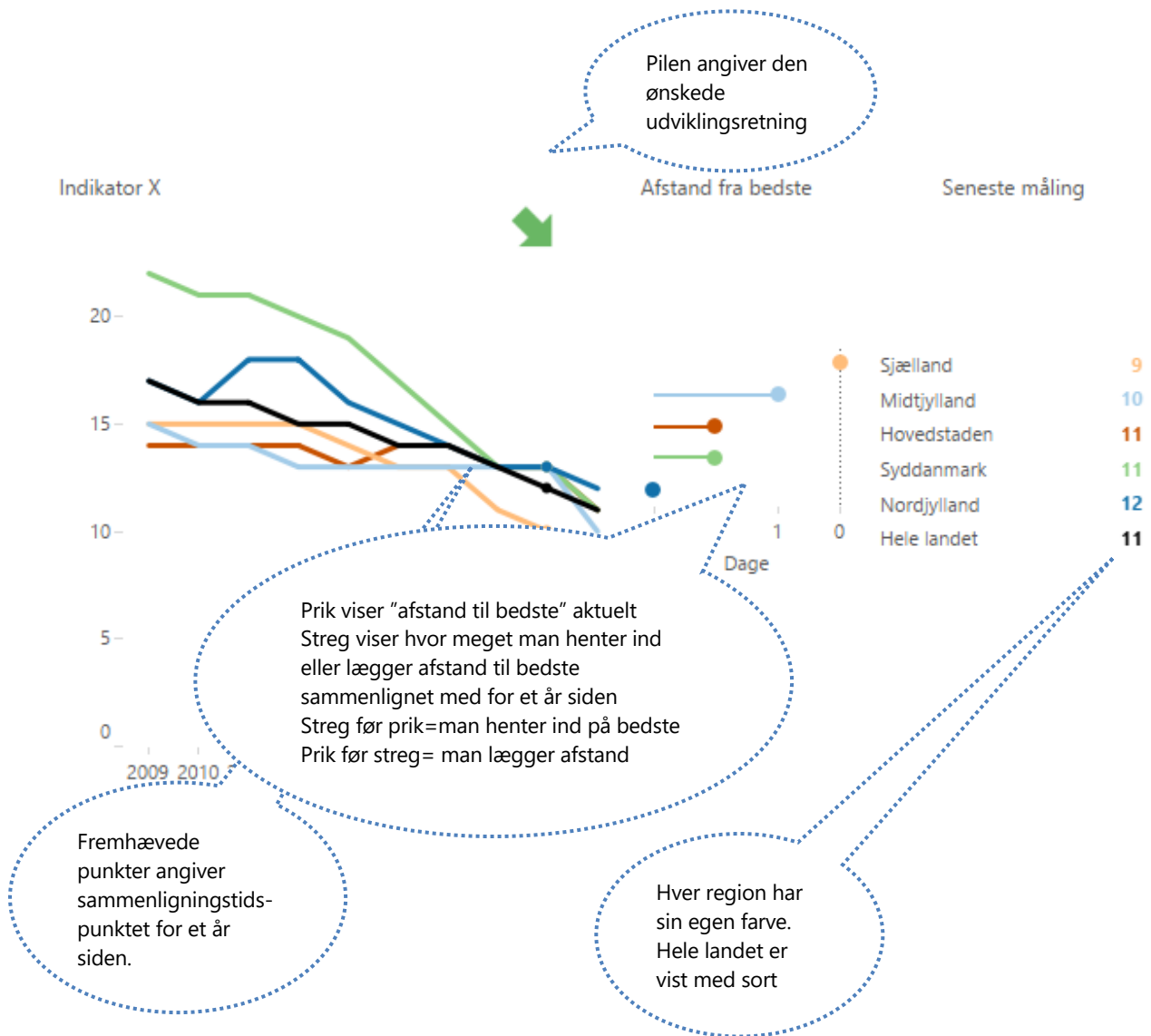
Forklaring af formatet

I det aftalte koncept for fællesregionale nøgletal for de nationale mål er der lagt vægt på at præsentere indikatorerne, så man kan adressere de områder, som regionerne og regeringen har sat fokus på, om at mindske forskelle på tværs af regioner og sikre progression både nationalt og regionalt. For hver enkelt indikator vises:

- Udvikling over tid for de fem regioner og hele landet i én graf
- Afstand til bedste resultat i seneste måling og for et år siden - hvor tallene umiddelbart er tilgængelige, angives volumen
- Det aktuelle niveau i alle regioner i tal
- Standarder angives på indikatorer, hvor regionerne sammen har sat et måltal.

På næste side ses en forklaring af formatet.

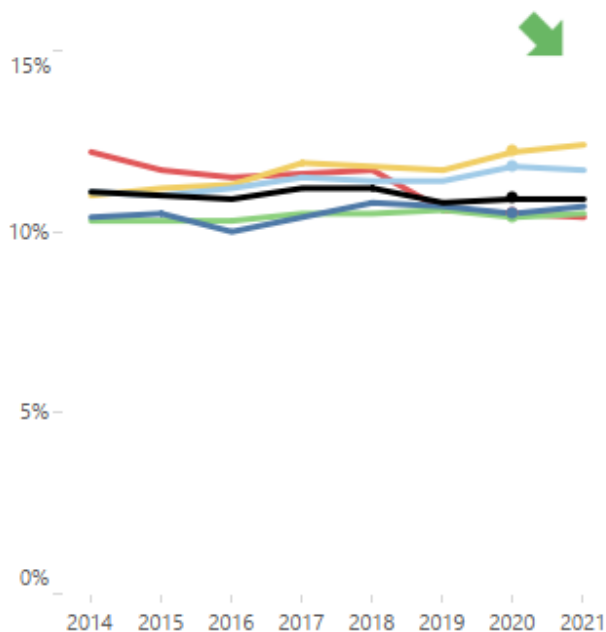
Forklaring af format:



For information og dokumentation af de enkelte indikatorer, følg linket [her](#).

Bedre sammenhængende patientforløb

Akutte somatiske genindlæggelser



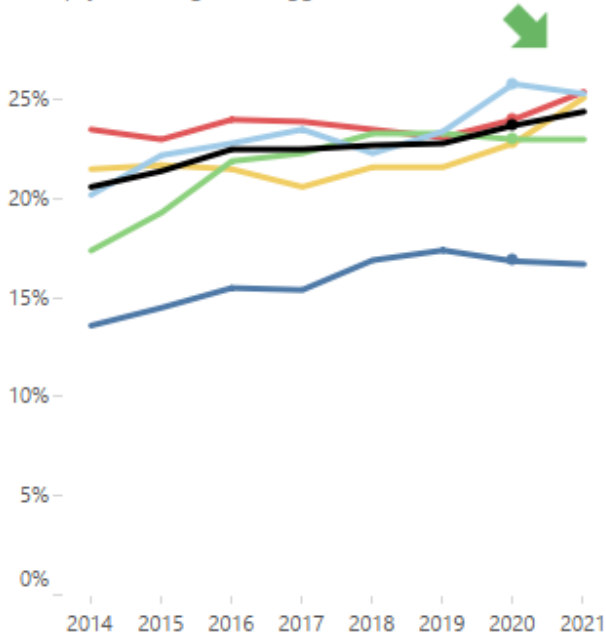
Afstand fra bedste



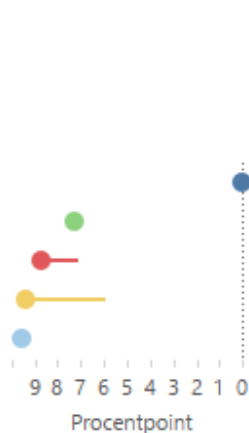
Seneste måling

Hovedstaden	10,4
Syddanmark	10,5
Nordjylland	10,7
Midtjylland	11,7
Sjælland	12,4
Hele landet	10,9

Akutte psykiatriske genindlæggelser



Afstand fra bedste



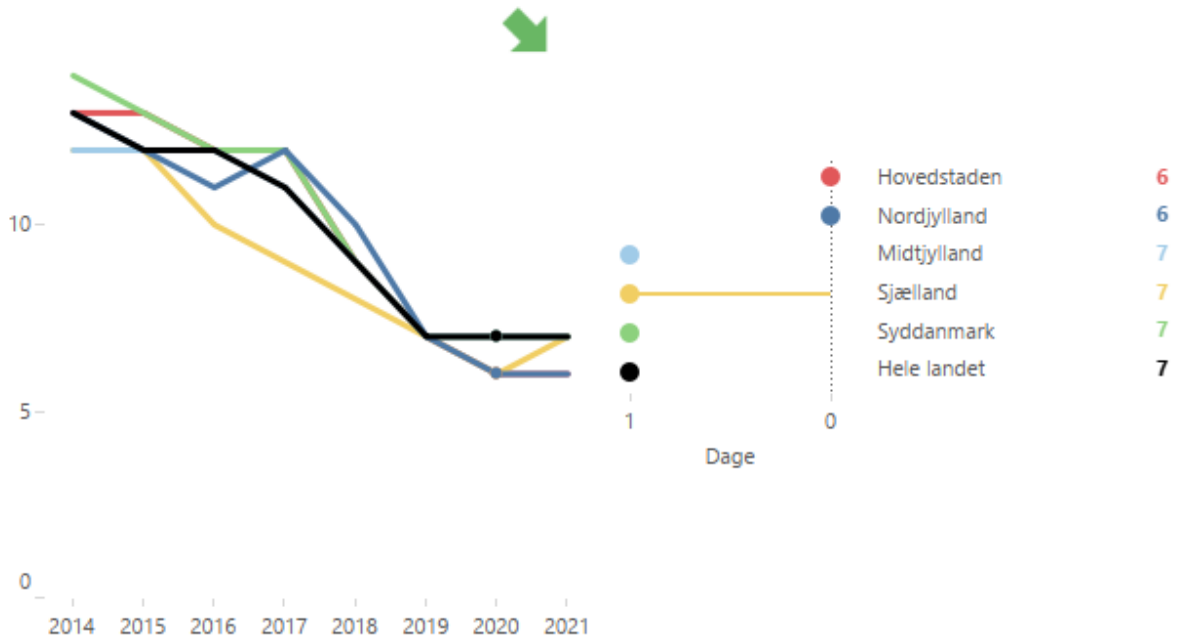
Seneste måling

Nordjylland	16,7
Syddanmark	23,0
Sjælland	25,1
Midtjylland	25,3
Hovedstaden	25,4
Hele landet	24,4

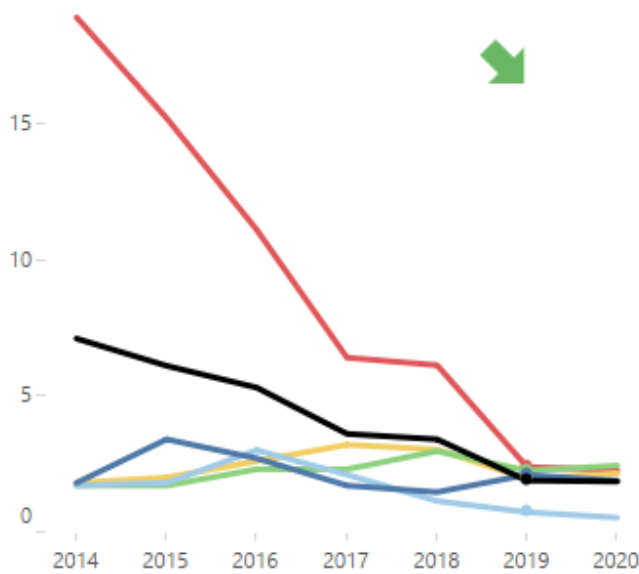
Ventetid i dage til genoptræning i kommuner

Afstand fra bedste

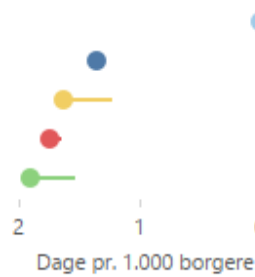
Seneste måling



Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere (somatik)



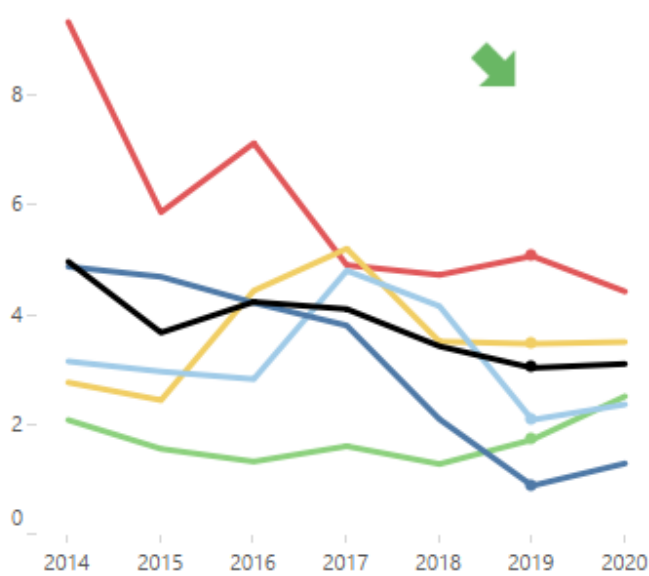
Afstand fra bedste



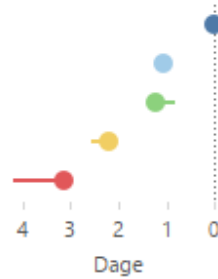
Seneste måling

Midtjylland	0,5
Nordjylland	1,9
Sjælland	2,2
Hovedstaden	2,3
Syddanmark	2,4
Hele landet	1,9

Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere (psykiatri)



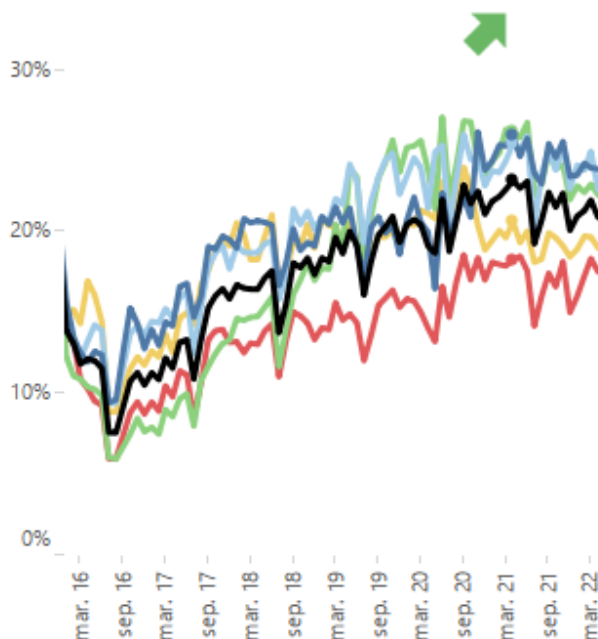
Afstand fra bedste



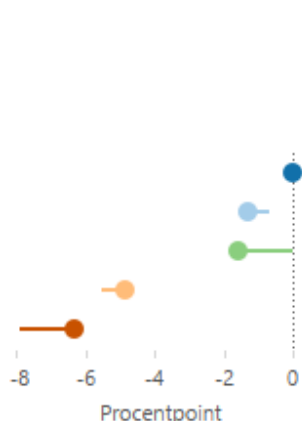
Seneste måling

Nordjylland	1,3
Midtjylland	2,4
Syddanmark	2,5
Sjælland	3,5
Hovedstaden	4,4
Hele landet	3,1

Ajourføring af FMK i almen praksis



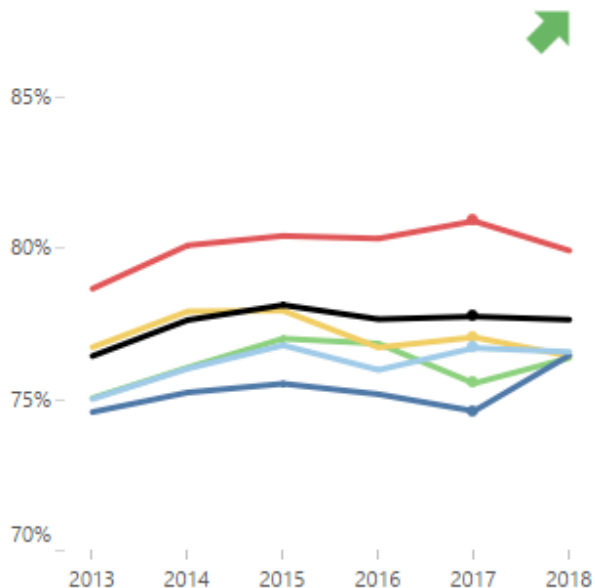
Afstand fra bedste



Seneste måling

Nordjylland	24%
Midtjylland	23%
Syddanmark	22%
Sjælland	19%
Hovedstaden	17%
Hele landet	21%

I beskæftigelse et halvt år efter indlæggelse (somatik)



Afstand fra bedste

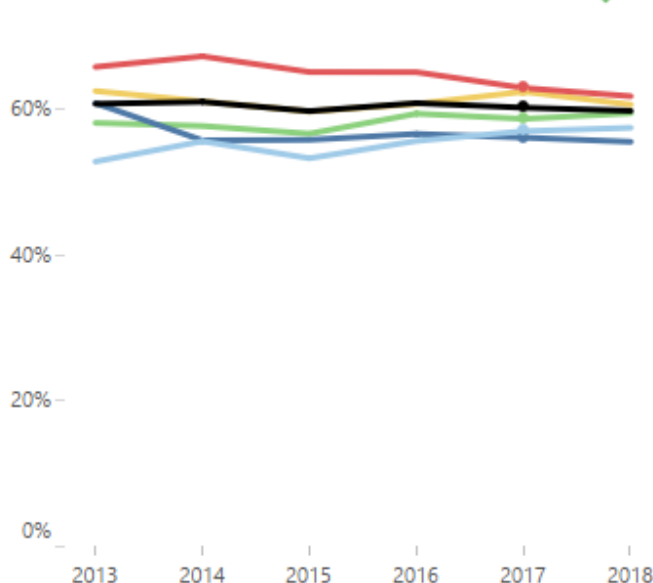


Seneste måling

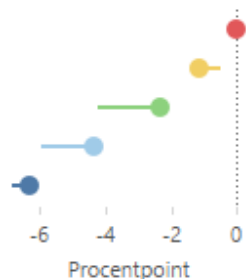
Hovedstaden	80%
Midtjylland	77%
Nordjylland	76%
Sjælland	76%
Syddanmark	76%
Hele landet	78%

Note: På grund af omlægningen til LPR3 og koblingen til andre registre er der ikke opdaterede tal for denne førend statusrapporten for 2022.

I beskæftigelse et halvt år efter indlæggelse (psykiatri)



Afstand fra bedste

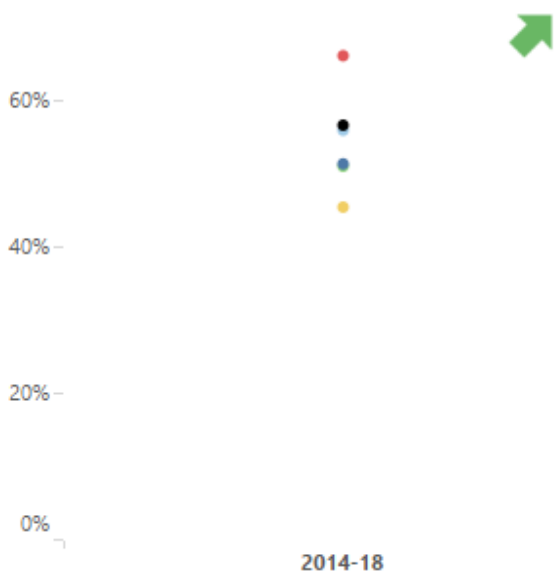


Seneste måling

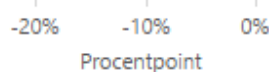
Hovedstaden	62%
Sjælland	61%
Syddanmark	59%
Midtjylland	57%
Nordjylland	56%
Hele landet	60%

Note: På grund af omlægningen til LPR3 og koblingen til andre registre er der ikke opdaterede tal for denne førend statusrapporten for 2022.

Fuldført ungdomsuddannelse blandt unge med psyk. lidelser



Afstand fra bedste



Seneste måling

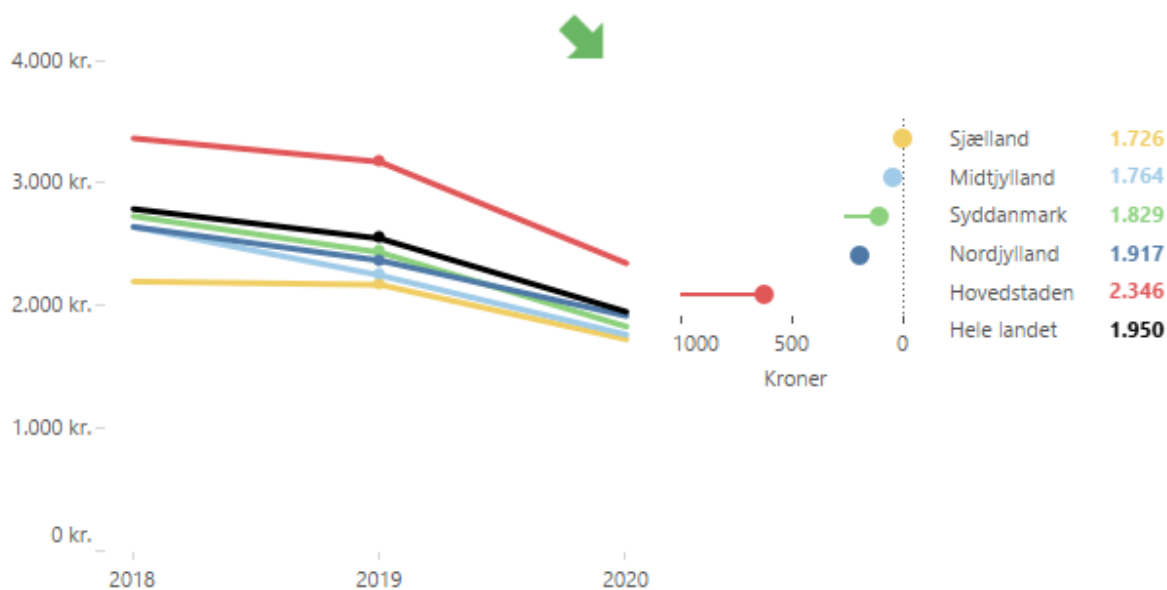
Hovedstaden	66,3%
Midtjylland	56,1%
Nordjylland	51,5%
Syddanmark	51,1%
Sjælland	45,5%
Hele landet	56,8%

Styrket indsats for kronikere og ældre

Gennemsnitlig DRG-værdi pr. borger med KOL og/eller diabetes 2

Afstand fra bedste

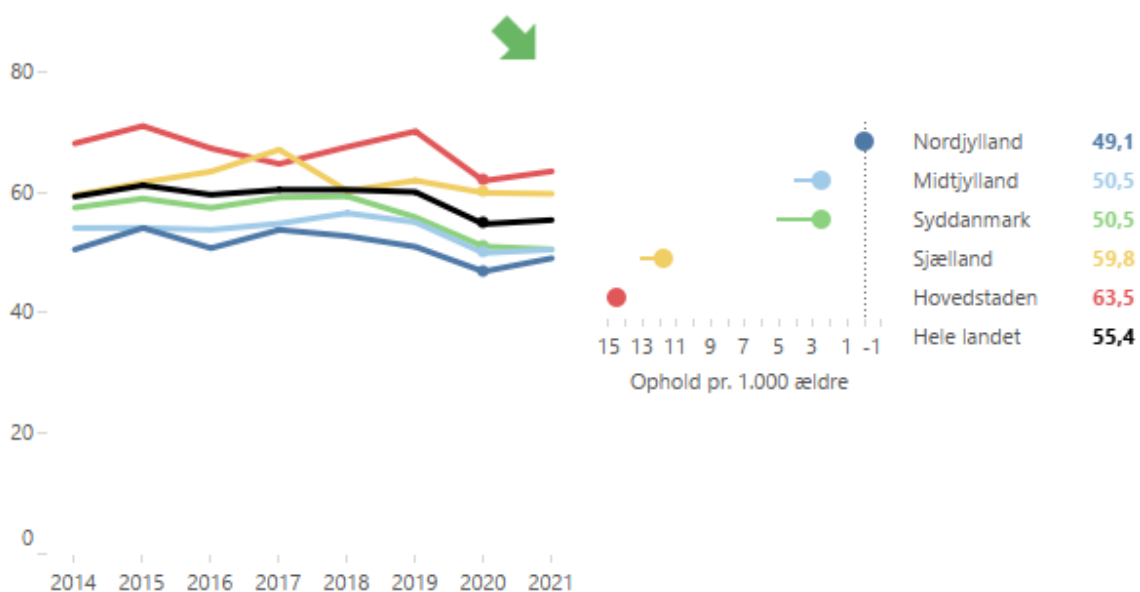
Seneste måling



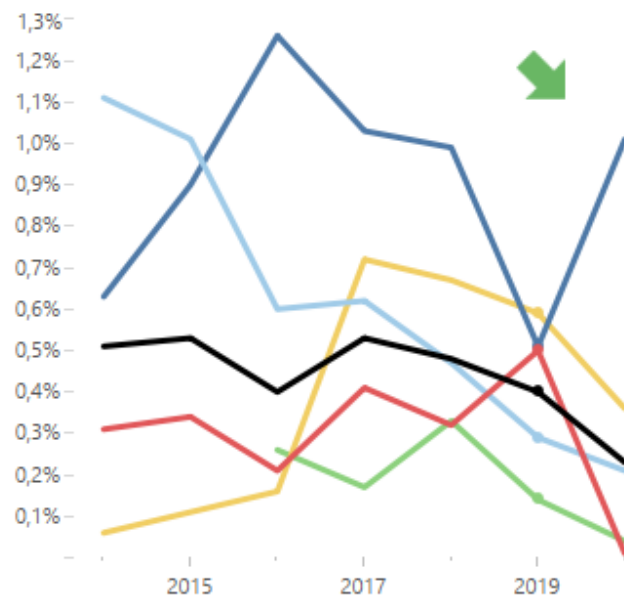
Forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 ældre

Afstand fra bedste

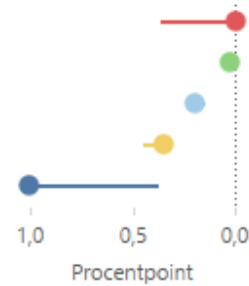
Seneste måling



Overbelægning på medicinske afdelinger



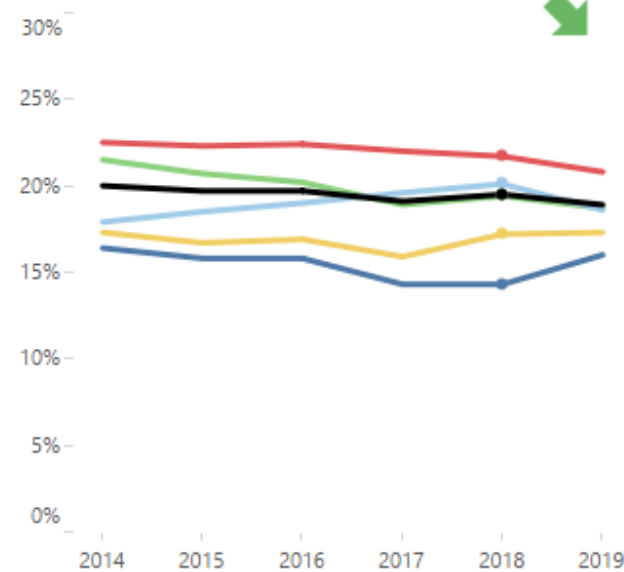
Afstand fra bedste



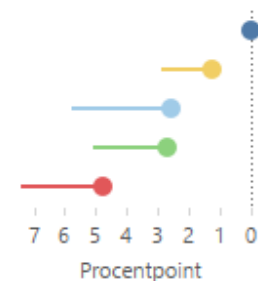
Seneste måling

Hovedstaden	0,01%
Syddanmark	0,04%
Midtjylland	0,21%
Sjælland	0,36%
Nordjylland	1,01%
Hele landet	0,23%

Borgere med demens som får antipsykotisk medicin



Afstand fra bedste

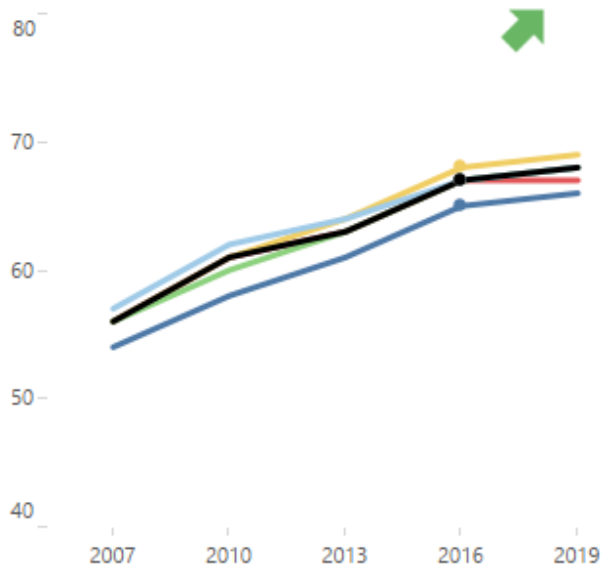


Seneste måling

Nordjylland	16,0
Sjælland	17,3
Midtjylland	18,6
Syddanmark	18,7
Hovedstaden	20,8
Hele landet	18,9

Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

5-års kræftoverlevelse (køns- og aldersstandardiseret)



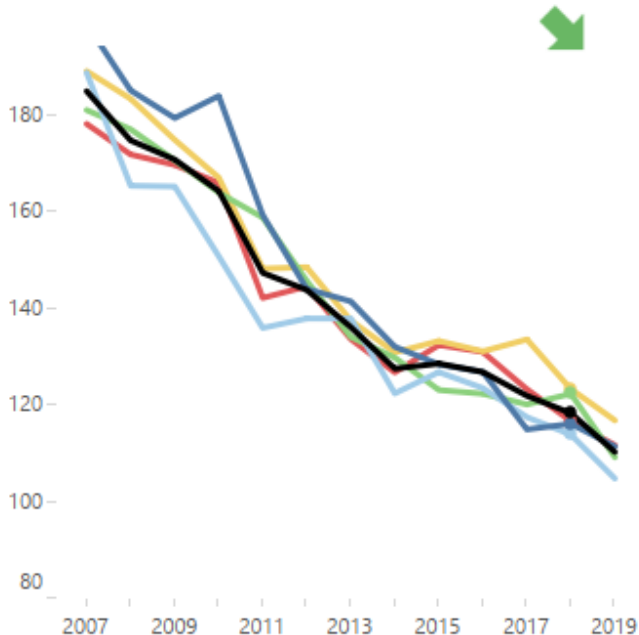
Afstand fra bedste



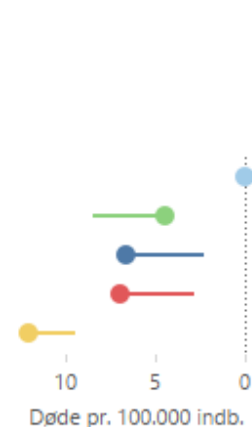
Seneste måling



Hjertedødelighed pr. 100.000 indbyggere



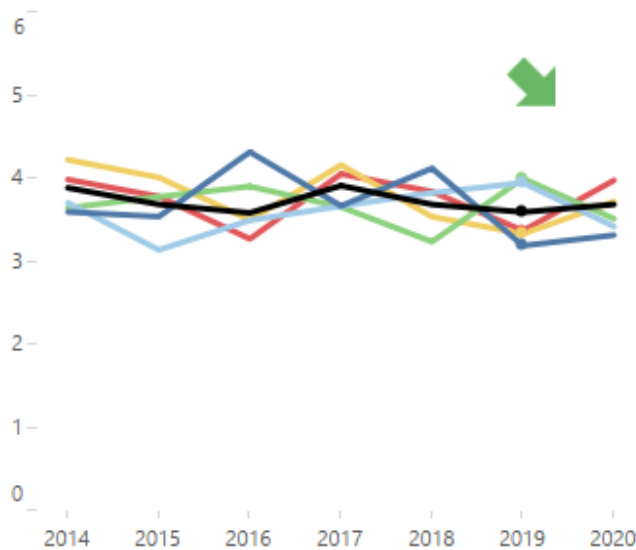
Afstand fra bedste



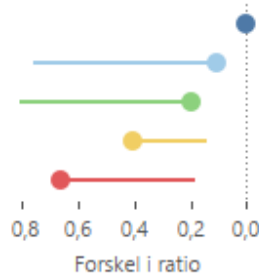
Seneste måling



Overdødelighed blandt borgere med udvalgte psykiske lidelser



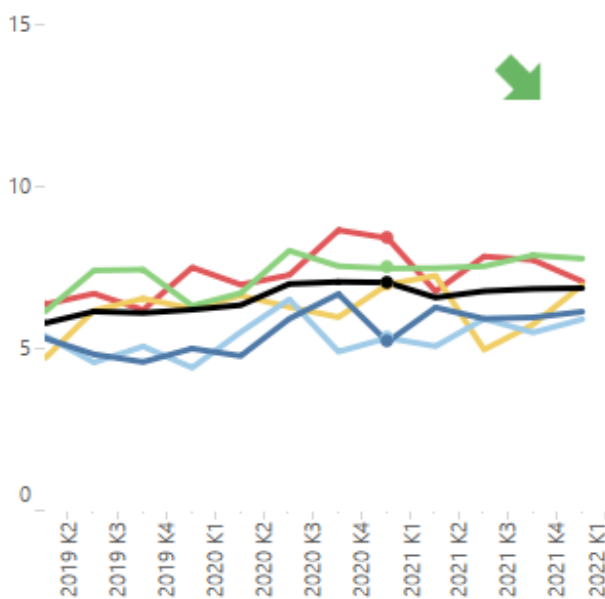
Afstand fra bedste



Seneste måling

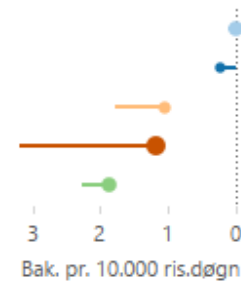
Nordjylland	3,3
Midtjylland	3,4
Syddanmark	3,5
Sjælland	3,7
Hovedstaden	4,0
Hele landet	3,7

Bakteriæmi (bakterier i blodet) pr. 10.000 risikodøgn



Afstand fra bedste

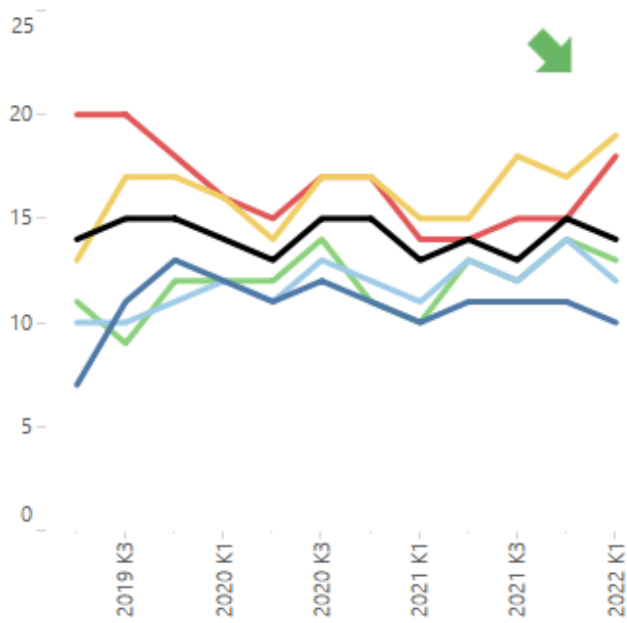
Prikstørrelse udtrykker volumen



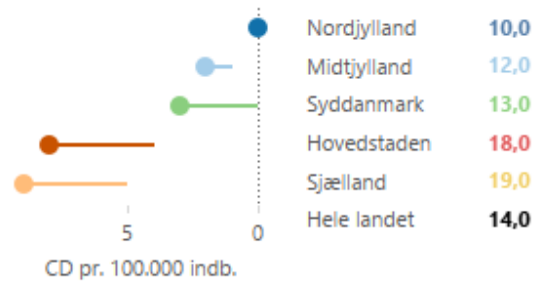
Seneste måling

Midtjylland	5,9
Nordjylland	6,1
Sjælland	7,0
Hovedstaden	7,1
Syddanmark	7,8
Hele landet	6,9

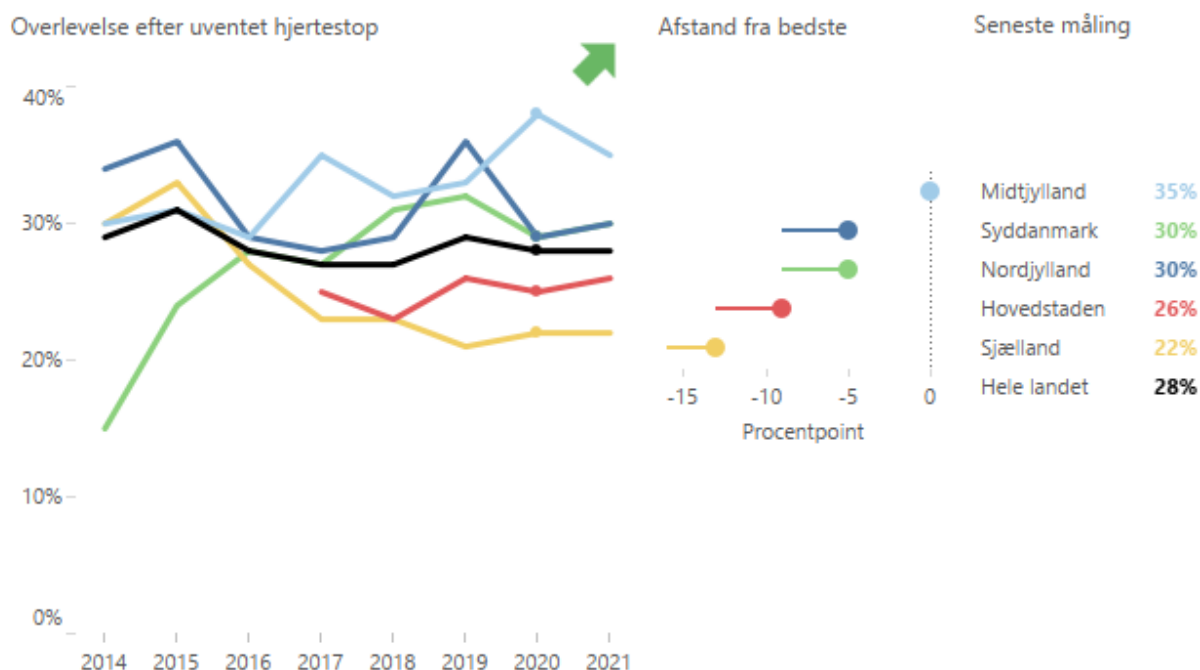
Clostridium difficile (alvorlig diarré) pr. 100.000 borgere



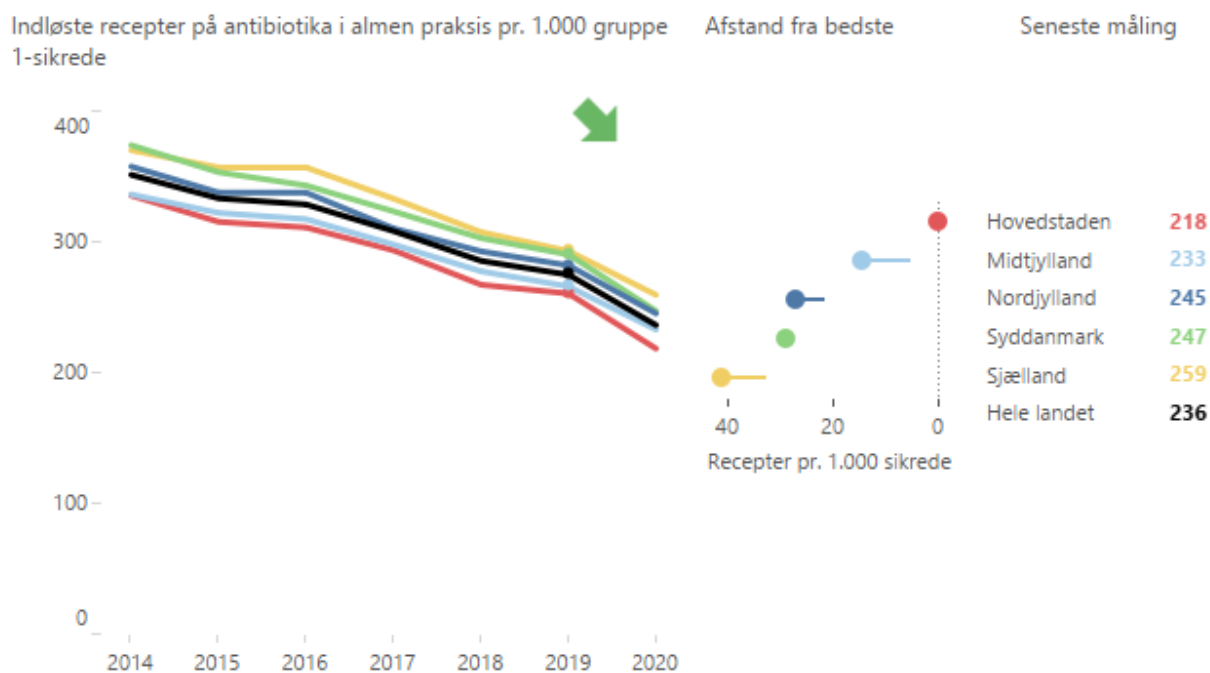
Afstand fra bedste



Seneste måling



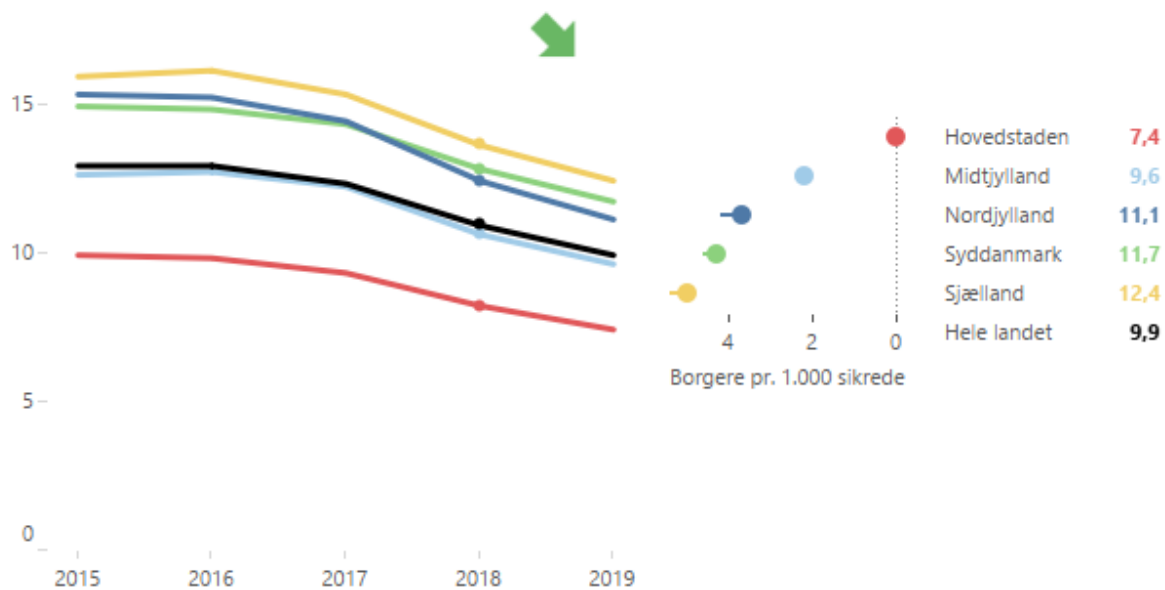
Anm: Indikatoren viser andelen af patienter, som overlever mindst 30 dage efter et uventet hjertestop på et hospital. Region Hovedstaden opgjorde indtil 2017 indikatoren med en anden metode og har derfor kun data fra 2017 og frem.



Antal borgere med højt forbrug af opioider i almen praksis pr. 1.000 gruppe 1-sikrede

Afstand fra bedste

Seneste måling

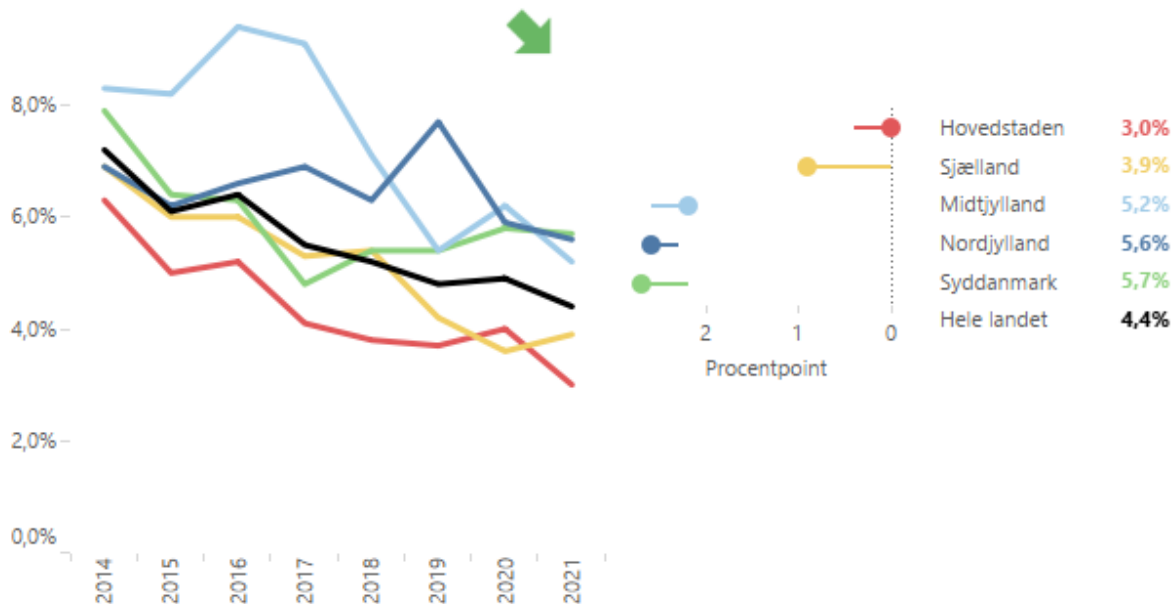


Behandling af høj kvalitet

Indlagte patienter i psykiatrien der bæltefikseres

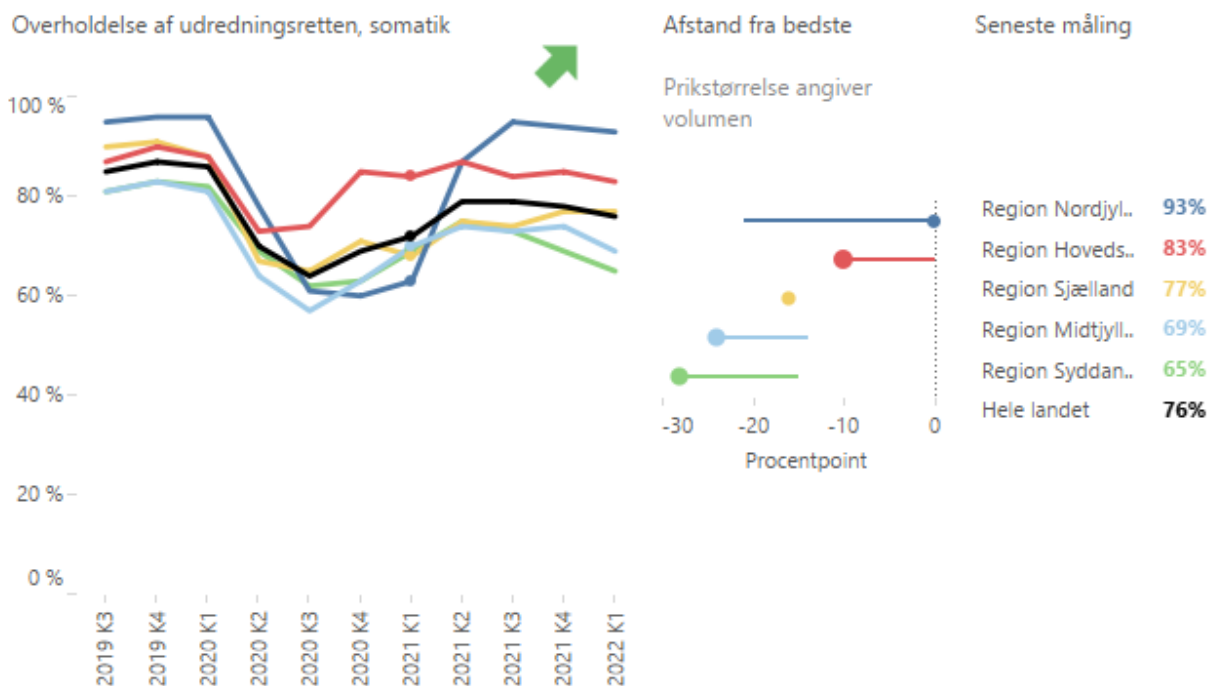
Afstand fra bedste

Seneste måling



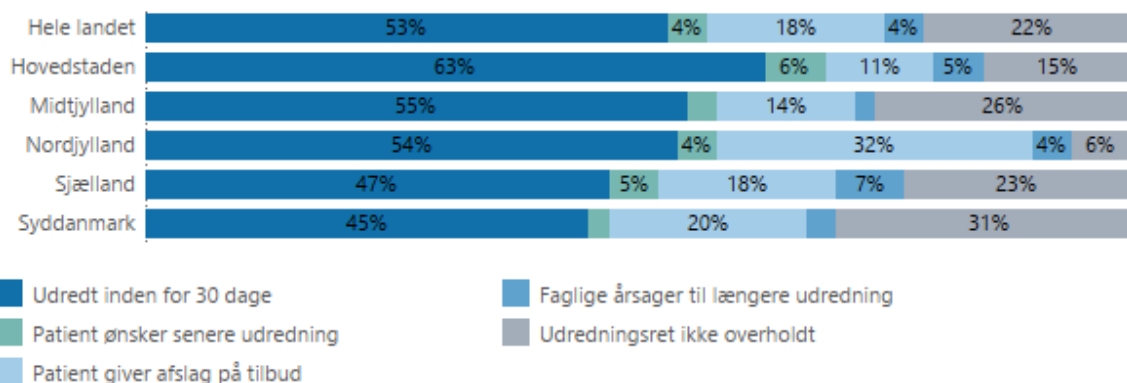
Hurtig udredning og behandling

Udredningsretten har været suspenderet i store dele af 2020 med henblik på prioritering af ressourcer til COVID-19 patienter og -beredskab. Regionerne har således ikke skullet leve op til udredningsretten. De tal, der opgøres og offentliggøres, viser, i hvilken udstrækning rettigheden ville have været overholdt, hvis den var gældende.



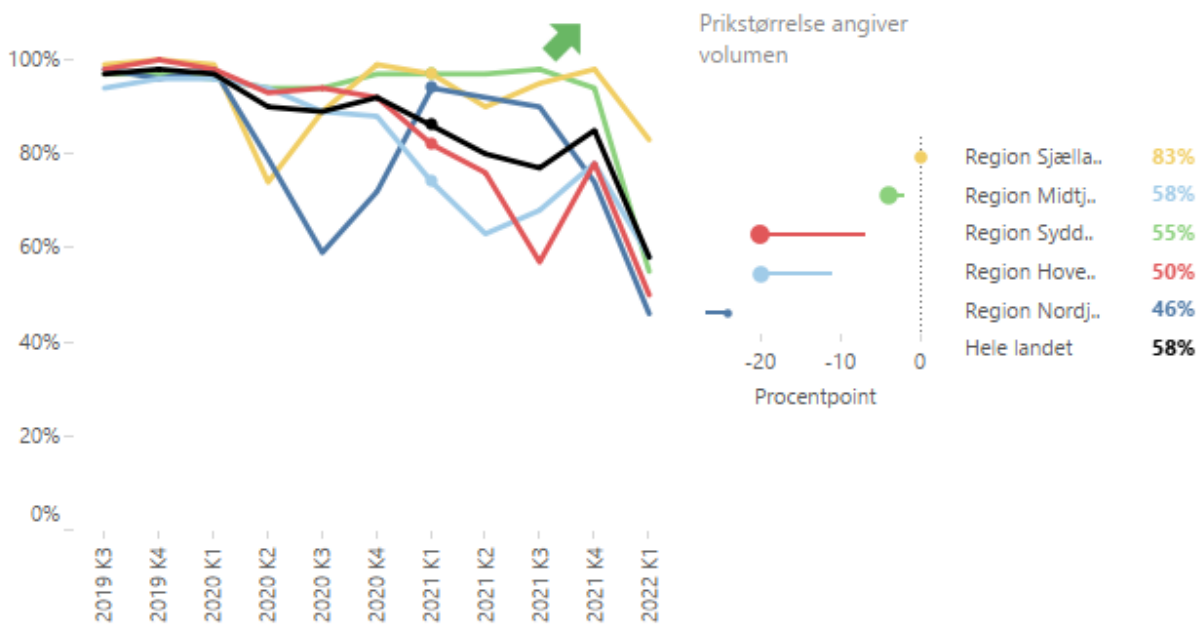
Anm: På grund af overgangen til LPR3 vises der kun data fra 3. kvartal 2019 og frem.

Årsager til overholdelse af udredningsretten (somatic) i seneste kvartal



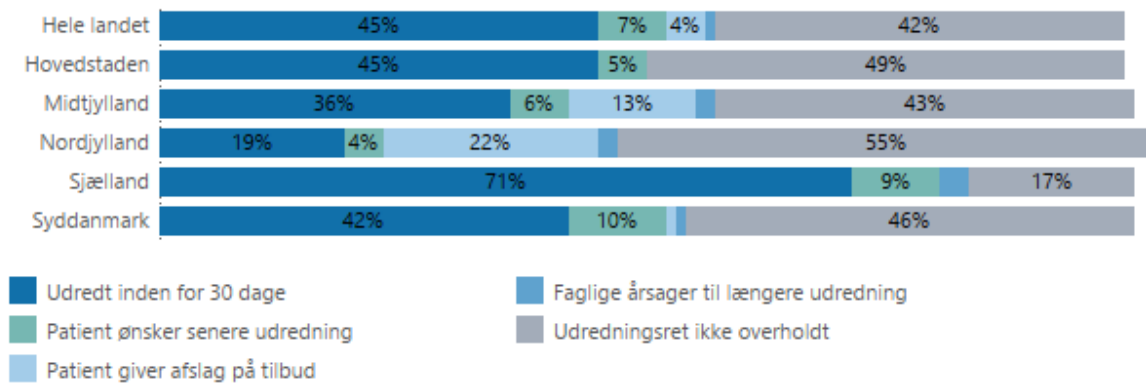
Anm.: Søjlerne i figuren herover summerer ikke nødvendigvis til 100 procent på grund af afrundinger.

Overholdelse af udredningsretten, børne- og ungepsykiatri



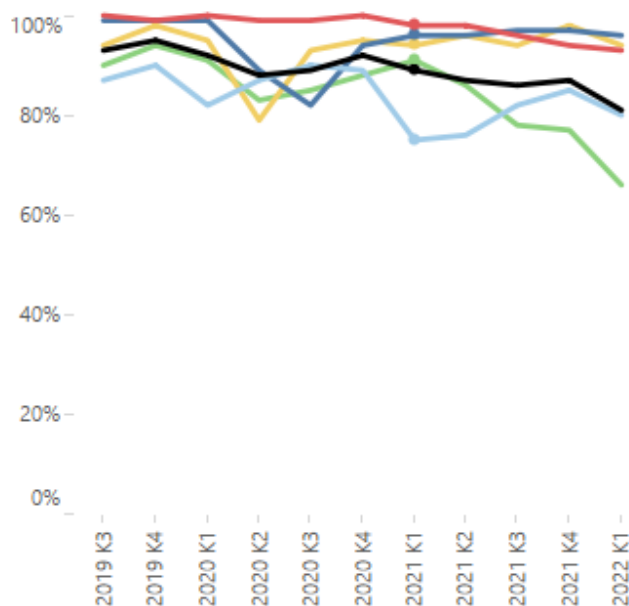
Anm.: På grund af overgangen til LPR3 vises der kun data fra 3. kvartal 2019 og frem.

Årsager til overholdelse af udredningsretten (børne- og ungdomspsykiatri) i seneste kvartal



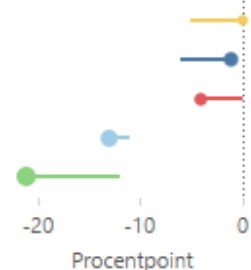
Anm.: Søjlerne i figuren herover summerer ikke nødvendigvis til 100 procent på grund af afrundinger.

Overholdelse af udredningsretten, voksenpsykiatri



Afstand fra bedste

Prikstørrelse angiver volumen

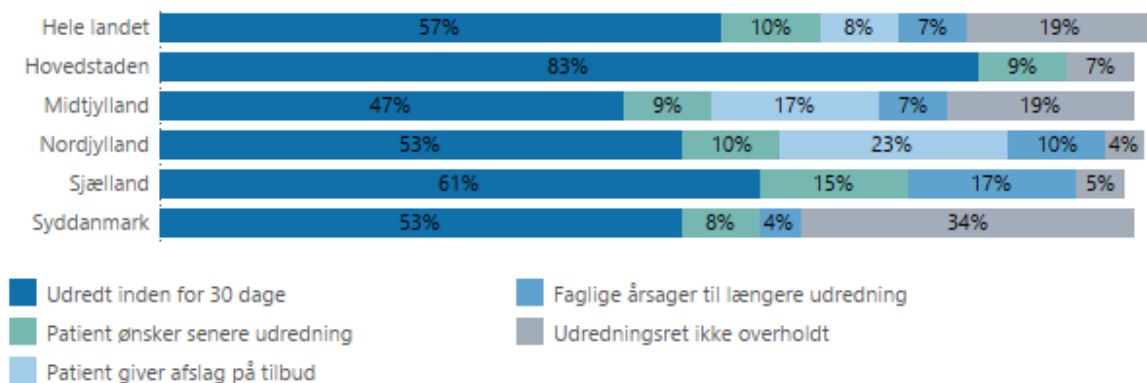


Seneste måling

Region Nordjy..	96%
Region Sjælla..	94%
Region Hoved..	93%
Region Midtjy..	80%
Region Sydda..	66%
Hele landet	81%

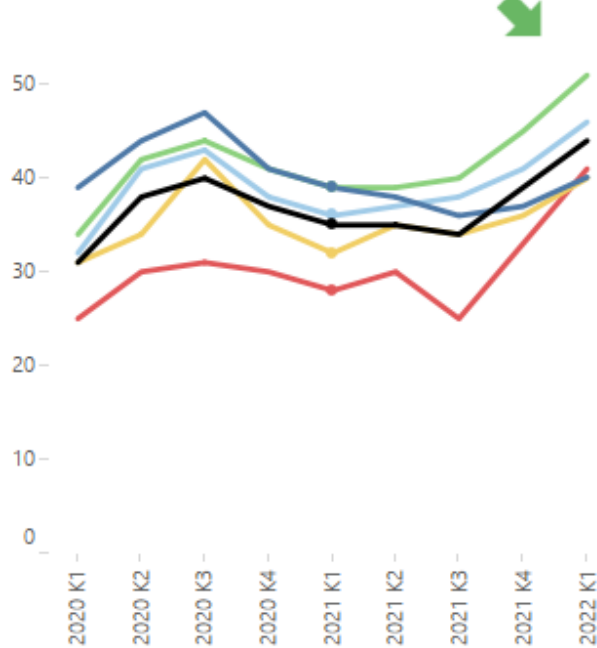
Anm.: På grund af overgangen til LPR3 vises der kun data fra 3. kvartal 2019 og frem.

Årsager til overholdelse af udredningsretten (voksenpsykiatri) i seneste kvartal



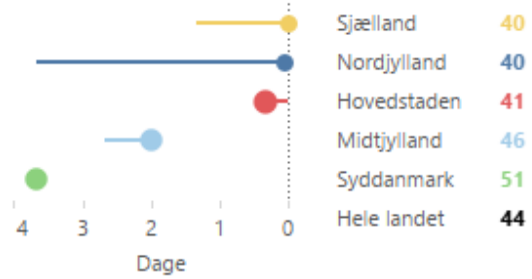
Anm.: Søjlerne i figuren herover summerer ikke nødvendigvis til 100 procent på grund af afrundinger.

Gennemsnitlig ventetid til behandling i somatikken



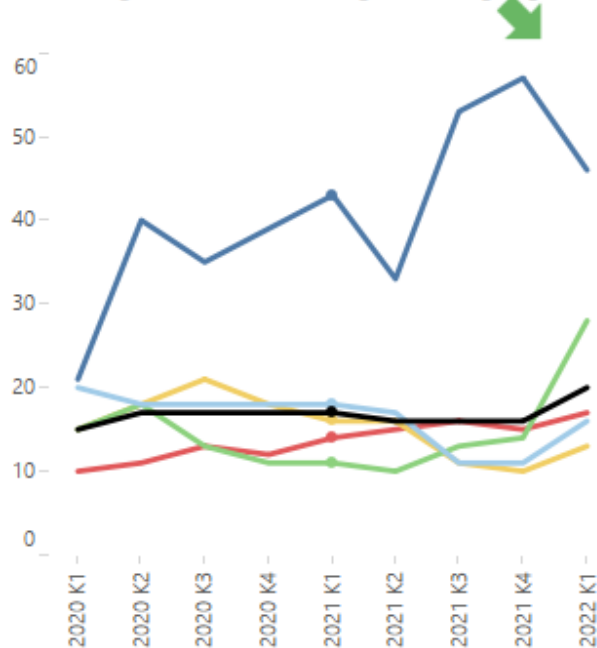
Afstand fra bedste

Prikstørrelse angiver volumen



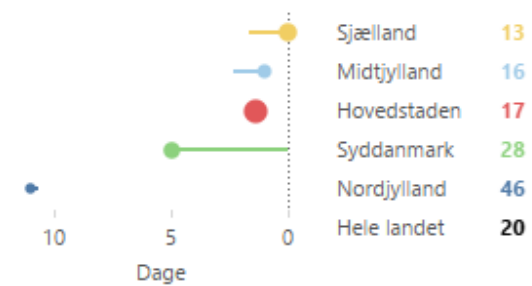
Seneste måling

Gennemsnitlig ventetid til behandling i børne- og ungdoms..



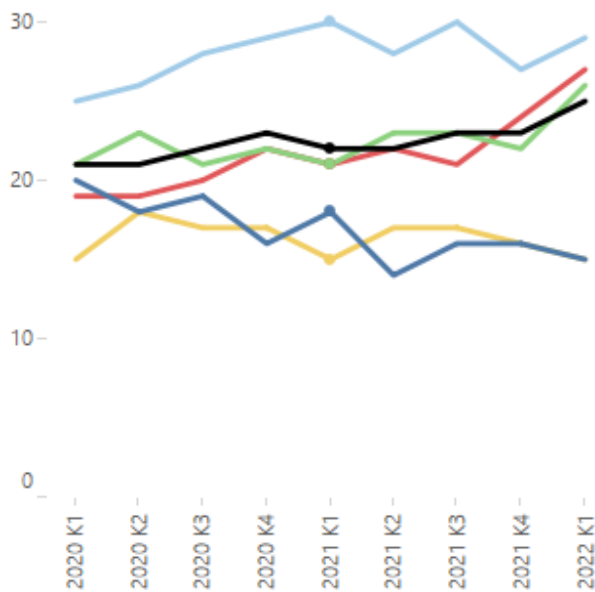
Afstand fra bedste

Prikstørrelse angiver volumen



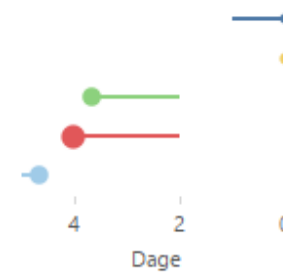
Seneste måling

Gennemsnitlig ventetid til behandling i voksenpsykiatrien



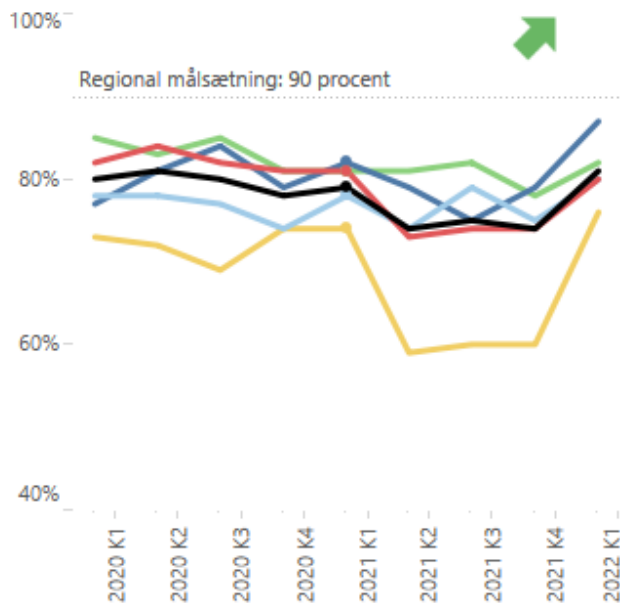
Afstand fra bedste

Prikstørrelse angiver volumen



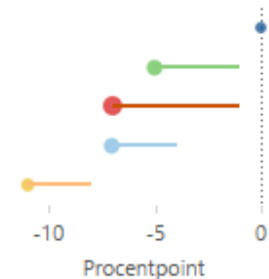
Seneste måling

Overholdelse af standardforløbstider i kræftpakker



Afstand fra bedste

Prikstørrelse udtrykker volumen

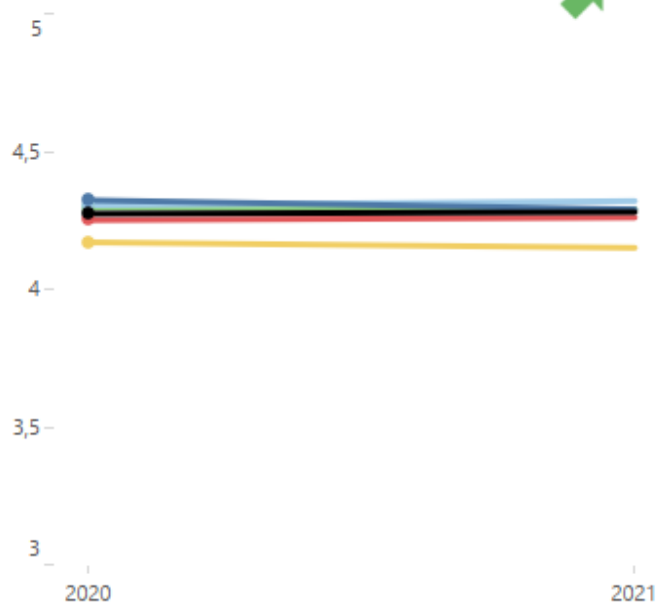


Seneste måling

Anm. På grund af overgangen til LPR3 vises der kun data for 2020 og frem.

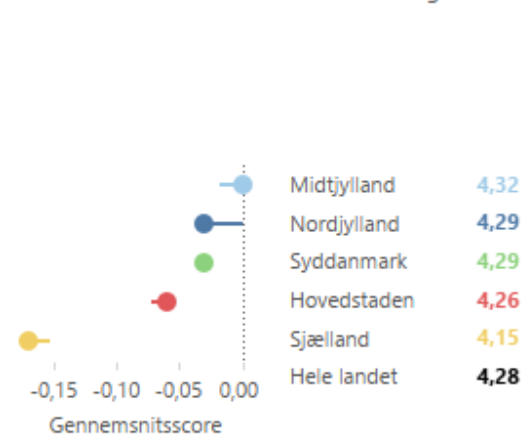
Øget patientinddragelse

Patientoplevelt tilfredshed i somatikken

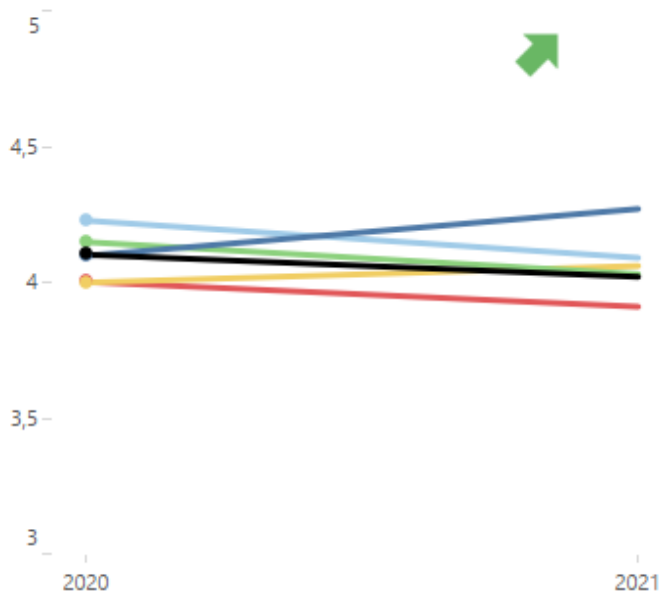


Afstand fra bedste

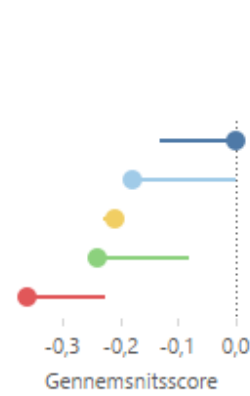
Seneste måling



Patientoplevelt tilfredshed i børne- og ungdomspsykiatrien



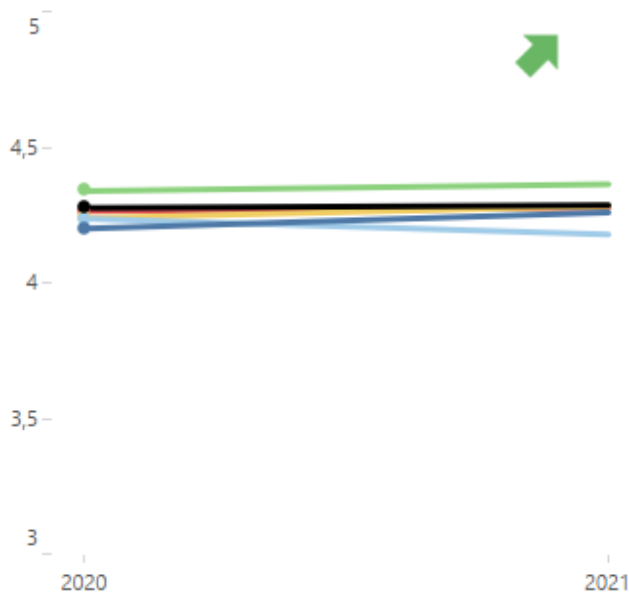
Afstand fra bedste



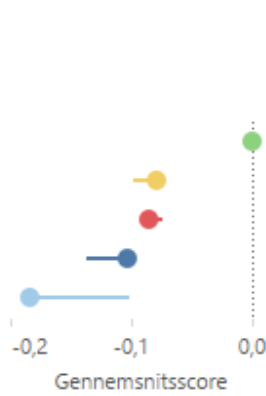
Seneste måling

Nordjylland	4,27
Midtjylland	4,09
Sjælland	4,06
Syddanmark	4,03
Hovedstaden	3,91
Hele landet	4,02

Patientoplevelt tilfredshed i voksenpsykiatrien



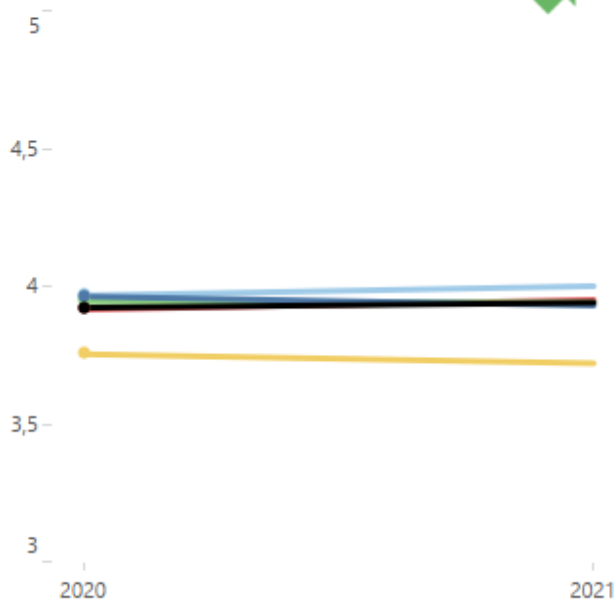
Afstand fra bedste



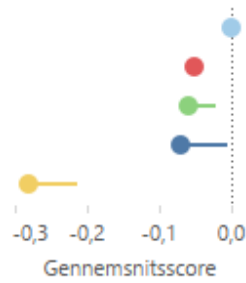
Seneste måling

Syddanmark	4,36
Sjælland	4,28
Hovedstaden	4,28
Nordjylland	4,26
Midtjylland	4,18
Hele landet	4,29

Patientoplevet inddragelse i somatikken



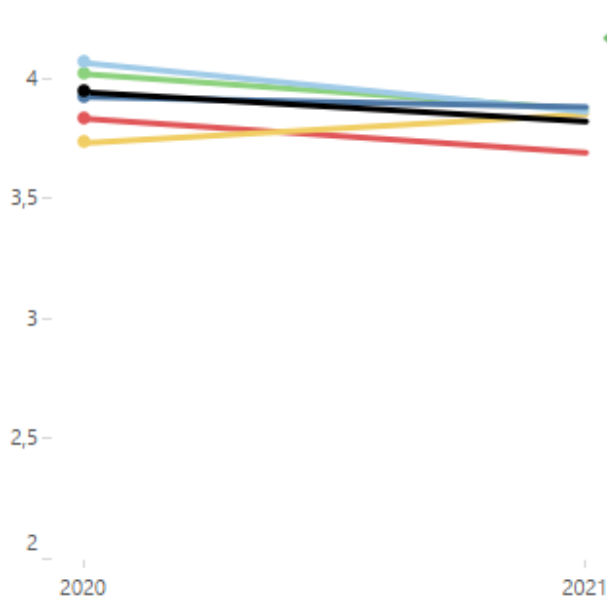
Afstand fra bedste



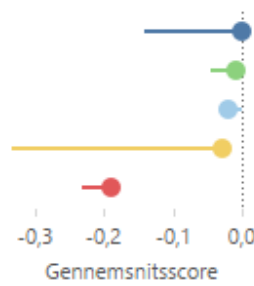
Seneste måling

Midtjylland	4,00
Hovedstaden	3,95
Syddanmark	3,94
Nordjylland	3,93
Sjælland	3,72
Hele landet	3,94

Patientoplevet inddragelse i børne- og ungdomspsykiatrien



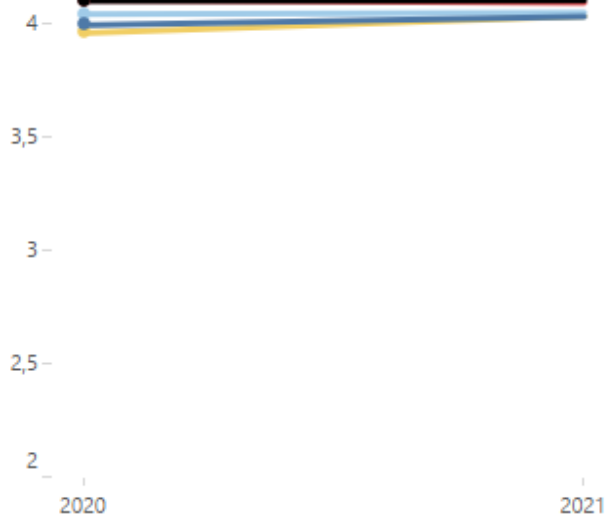
Afstand fra bedste



Seneste måling

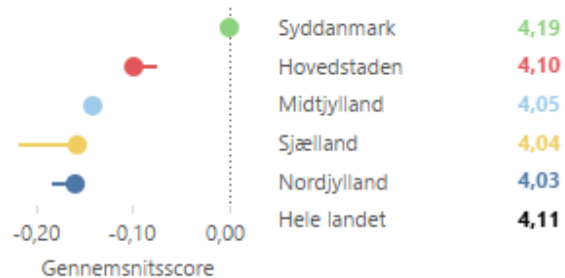
Nordjylland	3,88
Syddanmark	3,87
Midtjylland	3,86
Sjælland	3,85
Hovedstaden	3,69
Hele landet	3,82

Patientoplevelt inddragelse i voksenpsykiatrien



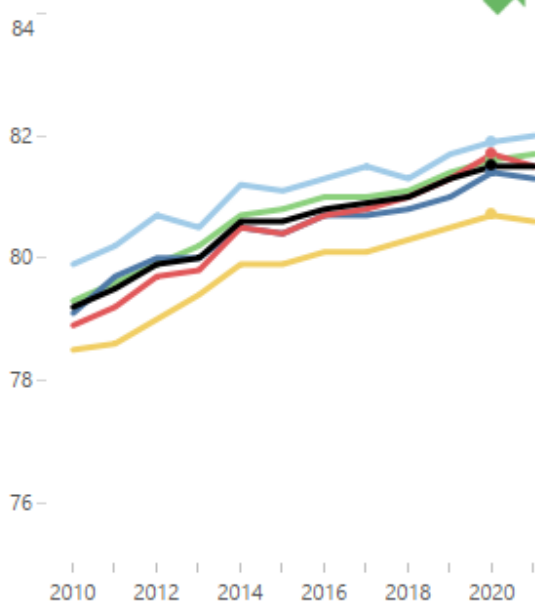
Afstand fra bedste

Seneste måling



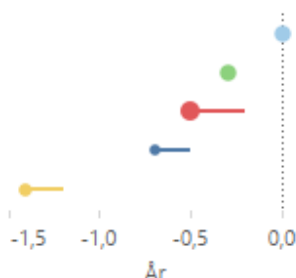
Flere sunde leveår

Middellevetid



Afstand fra bedste

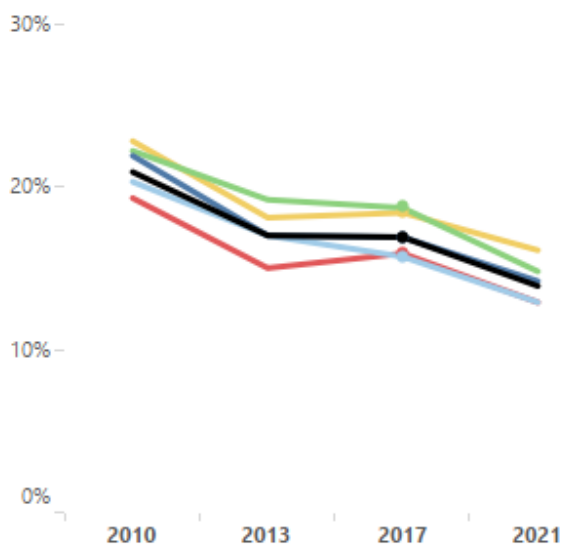
Prikstørrelse udtrykker volumen



Seneste måling

Midtjylland	82
Syddanmark	81,7
Hovedstaden	81,5
Nordjylland	81,3
Sjælland	80,6
Hele landet	81,5

Daglige rygere (2010, 2013, 2017, 2021)



Afstand fra bedste

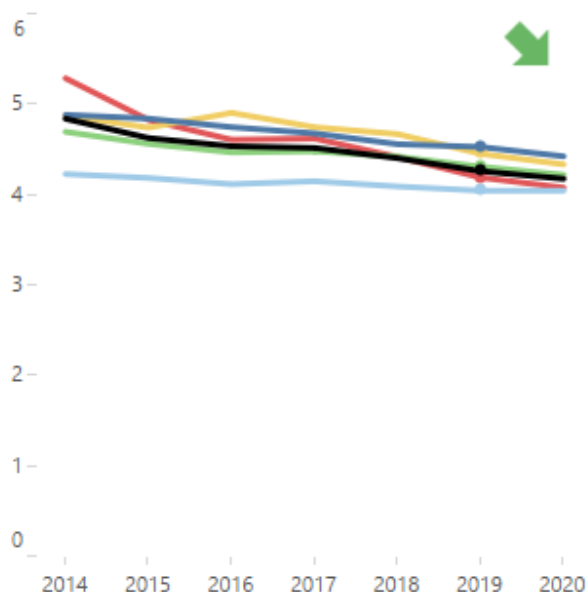


Seneste måling

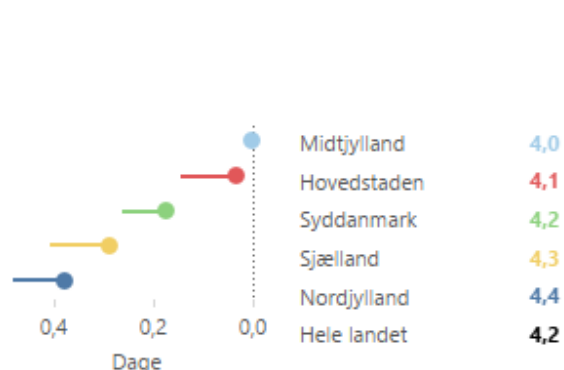
Hovedstaden	12,9
Midtjylland	12,9
Nordjylland	14,2
Syddanmark	14,8
Sjælland	16,1
Hele landet	13,9

Mere effektivt sundhedsvæsen

Gns. indlæggelsestid i somatikken (dage)

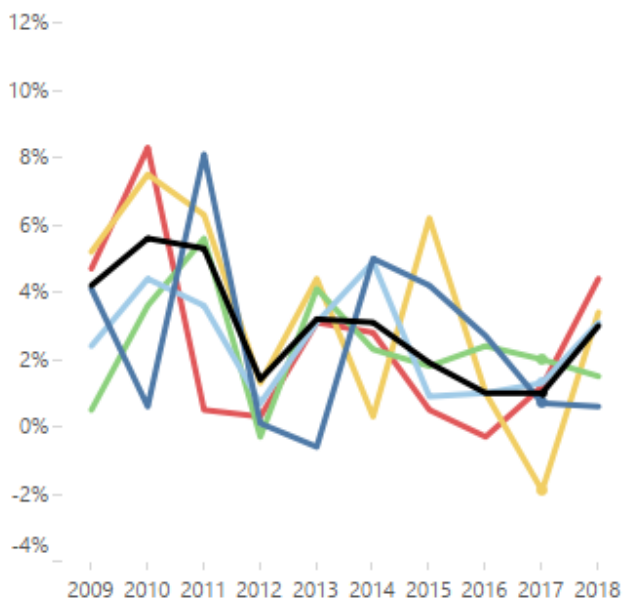


Afstand fra bedste

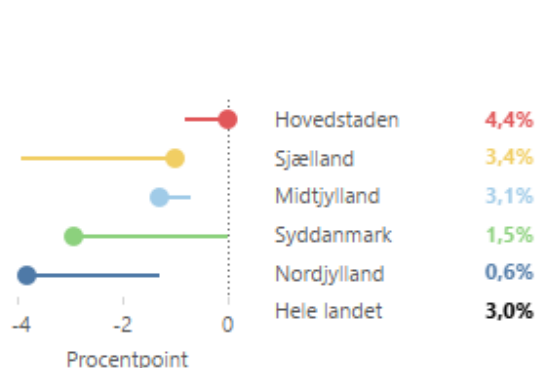


Seneste måling

Årlig tilvækst i produktiviteten



Afstand fra bedste



Seneste måling

Bilag Titel:	Danske Regioners høringssvar på vandområdeplanerne
Dagsordens titel	Høringssvar - vandområdeplanerne 2021 - 2027
Dagsordenspunkt nr	14
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Miljøministeriet

DANSKE
REGIONER



24-05-2022

EMN-2022-00037

1550143

Christian Andersen

Høring af vandområdeplanerne for perioden 2022-2027

Miljøministeriet har den 22. december 2021 sendt vandområdeplaner for perioden 2021-2027 i høring med svarfrist den 22. juni 2022. Danske Regioner sender hermed bemærkninger til vandområdeplanerne. Tekstnære og tekniske bemærkninger er vedhæftet i bilaget.

Aktuelt ser vi i Danmark ind i udfordringer med klimaændringer, der kan medføre både tørke og oversvømmelser. Vandrammedirektivet og de deraf følgende vandområdeplaner udgør en mulighed for at tænke i helhedsløsninger inden for sammenhængende vandoplande i hele vandets kredsløb. Det er derfor nærliggende, at vandområdeplanerne og deres virkemidler tænkes sammen med klimatilpasning, fordi de samme virkemidler kan fremme både god miljøtilstand såvel som klimatilpasning. En sådan sammentænkning er desuden en logisk følge af EU's *Oversvømmelsesdirektivs* status som datterdirektiv af Vandrammedirektivet.

Der forudsættes i udgangspunktet den samme geografi og planperiode for begge direktiver. Det ville derfor være naturligt, at vi som led i implementeringen tænker disse sammen. Danske Regioner foreslår derfor, at der udarbejdes regionale klimatilpasningsplaner for hver af de 23 hovedvandoplande. Det har Danske Regioner foreslået i forbindelse med den kommende nationale plan for klimatilpasning.

Vandområdeplanerne udgør også en ramme for en del af jordforureningsopgaven i regionerne. Regionerne fik med revision af Jordforureningsloven i 2014 til opgave at sikre vandområderne imod miljøfarlige stoffer fra jordforureninger. I samarbejde med Miljøstyrelsen blev der identificeret et udvalg af lokaliteter, som kunne udgøre en trussel mod målsatte vandområder. Det er aftalt, at behovet for yderligere undersøgelser, undersøgelser på flere lokaliteter samt behovet for en afværgeindsats skal vurderes i 2023. Med denne tidsplan er det urealistisk, at alle indsatser for at sikre god tilstand i vandmiljøet rettet mod jordforureninger kan implementeres inden planperiodens udløb ved udgangen af 2027.

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

Der er også behov for en indsats i forhold til PFAS, som ikke indgik som et kriterie i udvælgelsen af de lokaliteter, der i dag undersøges. Regionerne har efterfølgende analyseret for og fundet PFAS ved mange af undersøgelserne.

Regionerne står stadig oftere i den situation, at man ved forureningsundersøgelser finder miljøfremmede stoffer, der ikke er fastsat kvalitetskriterier for, og dermed kan regionerne ikke vurdere, hvilken risiko sådanne forureninger udgør. Der er behov for kvalitetskriterier for flere stoffer. Der er også behov for, at Miljøstyrelsen udvikler metoder til risikovurdering i situationer, hvor det ikke er realistisk at fastsætte specifikke stofkriterier, da vi i fremtiden vil vi kunne måle for flere stoffer, end det er realistisk kan fastsætte kriterier for.

Vandområdeplanerne er også en vigtig faktor bag indsatsen på generationsforureningerne: Syv af de ti generationsforureninger er i offentlig indsats på grund af mål-satte vandområder. Indsatsen på generationsforureninger forventes at strække sig frem til 2032 og er opdelt i tre faser. Der er p.t. fundet midler til fase 1. Forligspartierne har aftalt, at de i 2023 vil drøfte finansieringen af fase 2. Fase 2 er planlagt til at begynde i 2024, og den forudsættes at overlapse med fase 1, der afsluttes i 2029.

I forbindelse med indsatsen mod generationsforureningerne er regionerne blevet opmærksomme på, at vandområdeplanernes krav i forhold til badevand ikke omfatter krav til miljøfarlige stoffer. Det betyder, at regionerne ikke kan tilrettelægge oprensningen i forhold til det niveau, der ofte interesserer borgeren – nemlig badevandskriteriet. Udfordringen kan muligvis løses med en afklaring af forholdet mellem badevandskriterier og økotoksikologiske kriterier (stoffer der påvirker vandmiljøet). Det er vigtigt for borgerne at vide, om de kan regne med, at hvis tilstanden efter vandplanerne er god, så er det også godt nok som badevand.

Med venlig hilsen

Anders Kühnau
Formand

Stephanie Lose
Næstformand

Bilag Titel:	Uddybende notat om indholdet i forordningen om EHDS 9. juni
Dagsordens titel	Høringssvar - European Health Data Space (EHDS)
Dagsordenspunkt nr	15
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

09-06-2022

EMN-2021-01412

1555120

Kristian Enstrøm

Uddybende notat om indholdet i forordningen om EHDS

Europa-Kommissionen har den 3. maj 2022 fremsat forslag til forordning om European Health Data Space (EHDS). Danske Regioner har på baggrund af høringsvar fra regionerne sendt et administrativt høringsvar til Sundhedsministeriet med et oplæg til Danske Regioners og regionernes position og holdning til EHDS.

EHDS indeholder en række initiativer omkring digitalisering og datadeling mellem EU's medlemslande. Nedenfor er opřidset nogle af de fordele og udfordringer, der er forbundet med forslaget.

Digitalisering

Fordele

Danmark er langt fremme i forhold til digitalisering på sundhedsområdet sammenlignet med mange andre EU-lande. Vurderingen er, at Danmark i stort omfang allerede opfylder mange af forordningens krav og standarder. Digitale løsninger på tværs af Europa, der eksempelvis vil kunne give adgang til, at sundhedspersonale i ét EU-land kan få adgang til relevante journaloplysninger i forbindelse med en aktuel behandling af en patient, der bor i et andet EU-land, vil være til gavn for borgernes fri bevægelighed og optimere den sundhedsfaglige behandling. Særligt hvis Danmark involverer sig aktivt og er med til at definere det nærmere indhold i og krav til digitale sundhedsløsninger, vil forslaget kunne udgøre et stort potentiale. I forlængelse heraf vil der i et erhvervsøjemed være eksportmuligheder for Danmark, hvis dansk know-how og teknologiske løsninger på sundhedsområdet kan udbredes til andre lande.

Udfordringer

Forslaget rummer en risiko for ekstra udgifter og potentielle tekniske udfordringer blandt andet i forhold til at skulle tilpasse Danmarks og de øvrige EU-landes EPJ-systemer til at kunne være kompatibelt med den tekniske gateway (MyHealth@EU), der er gateway for den grænseoverskridende udveksling af sundhedsdata på tværs af EU-landene.

Forslaget lægger op til, at der skal være fri bevægelighed på tværs af EU for telemedicinske løsninger, uden at angive præcise krav og betingelser herfor. Danmark er langt fremme med udvikling af telemedicinske løsninger, og det er vigtigt, at forordningens krav ikke spænder ben for denne udvikling, der skal understøtte et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Datadeling

Fordele

I forhold til deling af data på tværs af EU – både deling af data omkring den enkelte patient (primær datadeling) samt deling af større mængder af data til forskning mv. (sekundær datadeling) – indeholder forslaget en række nye og positive tiltag.

I forhold til både indsamling og deling af sundhedsdata om den enkelte patient indeholder forslaget helt nye tiltag, der giver patienter en mere vidtgående adgang end tilfældet er i dag bl.a. til at registrere egne sundhedsdata (borgerskabte data).

Forslaget lægger op til at styrke de tekniske såvel som juridiske muligheder for deling af data til sekundær anvendelse af sundhedsdata, hvilket længe har været efterspurgt i Danmark for at give bl.a. forskere en bedre adgang til sundhedsdata på tværs af EU-landene.

Ulemper

Det er afgørende for forslaget, at borgerne kan have tillid til, at data om såvel den enkelte borger såvel som sekundære data ikke kompromitteres i delingen på tværs af EU's grænser, og at data kun udveksles til bestemte og i forvejen klart definerede formål.

I forhold hvilke sekundære data man som medlemsland skal stille til rådighed for de øvrige EU-lande, så lægges der i forslaget op til en temmelig vid adgang til udveksling af sekundære data. Det gælder både i forhold til hvilke formål data skal kunne udveksles til, men også i forhold til muligheden for at udveksle data, der ikke er fuldt ud anonymiserede. Der er derfor behov for en nærmere afdækning af, hvorvidt vi i Danmark finder, at den adgang, der skal gives til sekundære data, er i overensstemmelse med de behov og interesser, Danmark har i forhold hertil.

Det er i hele drøftelsen omkring brug af sekundære data på tværs af Europa vigtigt at være opmærksom på, at medlemslandene i dag ikke registrerer efter ens standarder og praksis.

Endvidere vil det være en forudsætning for at kunne udnytte sundhedsdata i mange sammenhænge, at der er samme krav og standarder til datakvalitet i alle medlemslandene, herunder hvilke parametre, der måles på for at kunne udnytte data til sammenligning. Det er derfor vigtigt, at de fælles krav og

standarder til data-kvaliteten på tværs ikke betyder, at barren sænkes, og at kvaliteten og anvendeligheden i de tilgængelige sundhedsdata forringes.

I forhold til forslaget om at give borgerne en større adgang til at registrere data selv, er der behov for at tage stilling til, hvordan borgerskabte data kan valideres og bruges i patientbehandlingen. Der ligger en betydelig opgave i at afklare konsekvenserne af, at borgerne selv skal kunne registrere egne sundhedsdata.

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Hørings svar - Danske
Regioner.docx

Dokument Titel: Hørings svar - Danske
Regioner

Dokument ID: 1551375



Sundhedsministeriet

Att.: Martin Breindahl Kruse, mbk@sum.dk

02-06-2022

EMN-2021-01412

1551375

Kristian Enstrøm

Danske Regioners høringssvar om European Health Data Space

Danske Regioner har modtaget første udkast til forordningen om European Health Data Space (EHDS). Danske Regioner har udarbejdet et høringssvar til Sundhedsministeriet. Høringssvaret er udarbejdet på baggrund af bemærkninger fra Region Syddanmark, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Sjælland, Region Nordjylland og Medicinrådet.

Høringssvaret består indledningsvist af en række generelle bemærkninger, efterfulgt af et afsnit med mere specifikke og tekstnære kommentarer. Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 21. juni 2022.

Det bemærkes indledningsvist, at høringssvaret - henset til forslaget omfang, den korte frist samt at forslaget alene foreligger i en engelsk udgave - kun forholder sig til udvalgte bestemmelser, og at det generelt ikke har været muligt at foretage en nærmere vurdering af konsekvenserne af forslaget. Danske Regioner og regionerne imødeser derfor at blive inddraget i det videre arbejde med forordningsforslaget, herunder med henblik på at udarbejde et mere grundigt positionspapir til brug for de kommende forhandlinger om forslaget i Det Europæiske Råd.

Generelle bemærkninger

Danske Regioner og regionerne finder det overordnet positivt, at der med EHDS lægges op til en øget deling af sundhedsdata på tværs af EU-medlemslandene med henblik på at understøtte den fri bevægelighed. Ved øget deling af sundhedsdata på tværs af EU-landene, vil man således kunne sikre den bedst mulige behandling af borgere, uanset hvor i EU de måtte befinde sig.

Danske Regioner og regionerne finder, at EHDS er et meget ambitiøst forslag, der favner mange initiativer både indenfor digitalisering og

datadeling mellem EU's medlemslande. Der vil derfor være behov for at foretage en nærmere vurdering af de enkelte dele af forslaget.

Digitalisering

Danmark er langt fremme i forhold til digitalisering på sundhedsområdet sammenlignet med mange andre EU-lande. Danmark opfylder derfor i stort omfang allerede mange af forordningens krav og standarder. Integrationen mellem sundhedssystemer i Danmark er således en af de højeste i EU. Men med forordningen indføres der krav til CE-mærkning af EPJ-systemer, og definitionen herpå er meget bred. Det betyder, at mange systemer i regionerne forventes at blive omfattet af forordningens krav. Kravet om CE-mærkning vil derfor kunne medføre betydelige økonomiske omkostninger, idet det forventes, at en CE-mærkning af et EPJ-system vil være en omfattende proces både økonomisk, tidsmæssigt og ressourcemæssigt. Endvidere betyder forordningens krav til EPJ-systemer, at der fra dansk side bør være en særlig opmærksomhed på, hvorvidt de krav til kommende implementerende foranstaltninger, der stilles i udsigt, men som endnu ikke er fastlagt, kan medføre omfattende omlægninger af vores EPJ-systemet mv. uden, at det skaber egentlig merværdi.

Hertil kommer, at der med forslaget tillige skal medregnes den økonomiske og tidsmæssige byrde samt de potentielle tekniske udfordringer, der ligger i at skulle tilpasse et EPJ-system til at kunne være kompatibelt med en national teknisk gateway (MyHealth@EU), som sørger for den grænseoverskridende udveksling af sundhedsdata på tværs af EU-landene, herunder også en tilpasning af et system i forhold til en fælleseuropæisk standard for patientdata. Det er vanskeligt på nuværende tidspunkt at vurdere de økonomiske konsekvenser heraf.

Endelig skal det bemærkes, at det i forhold til implementering af digitale løsninger på sundhedsområdet, er Danske Regioners erfaring, at det er vigtigt at være bevidst omkring befolkningens parathed i forhold til at anvende digitale tjenester, særligt når det gælder udsatte borgeres adgang til og brug af digitale tjenester, da digitalisering potentielt kan føre til yderligere ulighed i sundhed.

Datadeling

I forhold til deling af data på tværs af EU – både deling af data omkring den enkelte patient (primær datadeling) samt deling af større mængder af data til forskning mv. (sekundær datadeling) indeholder forslaget en række nye og positive tiltag med henblik på at sikre en bedre mulighed for at bevæge sig frit mellem EU-medlemslandene.

Det vil dog være af fundamental betydning, at borgernes sundhedsdata beskyttes i overensstemmelse med kravene i GDPR-reglerne, og at man derfor som borger kan have tillid til, at hverken data om den enkelte eller

sekundære data kompromitteres i delingen på tværs af EU's grænser, og at der kun udveksles data til legitime formål. Derfor er det af afgørende betydning, at der stilles høje krav til datahåndtering og deling på tværs af medlemslandene, således at man i høj grad beskytter de registreredes interesser.

I forhold til deling af sundhedsdata på tværs af lande skal Danske Regioner desuden gøre opmærksom på, at medlemslandene i dag ikke registrerer efter ens standarder og praksis. En del lande registrerer således både social- og sundhedsdata under ét, mens vi i Danmark har en mere skarp sondring mellem disse data.

Endvidere vil det være en forudsætning for at kunne udnytte sundhedsdata i mange sammenhænge, at der er samme krav og standarder til datakvalitet, herunder hvilke parametre der måles på for at kunne udnytte data til sammenligning. Det er også vigtigt, at de fælles krav og standarder til datakvaliteten på tværs ikke betyder, at barren sænkes, og at kvaliteten og anvendeligheden i de tilgængelige sundhedsdata forringes.

Danske Regioner vil på den baggrund opfordre til, at man i forslaget – i forhold til datadeling på tværs af EU – tager et mere tydeligt afsæt i ”as-is”- situationen på tværs af EU i dag, herunder at man i forslaget mere klart beskriver vejen frem mod en fælles forståelse og opfattelse af, hvad standarder er for sundhedsdata på tværs af EU.

I forhold til både indsamling og deling af sundhedsdata om den enkelte patient indeholder forslaget helt nye tiltag, der giver patienter en mere vidtgående adgang både til at registrere egne sundhedsdata samt til at tilbagekalde sådanne data i forhold til den praksis, der gælder i dag. Det åbner nogle nye muligheder, men samtidig er der bl.a. behov for at tage stilling til, hvordan borgerskabte data kan valideres og bruges i patientbehandlingen. Der ligger således en betydelig opgave i at afklare konsekvenserne ved, at borgerne selv skal kunne registrere egne sundhedsdata.

Med EHDS lægges der også op til at understøtte bedre muligheder for adgang til og deling af sundhedsdata på tværs af EU-landene med henblik på skabe grundlag for mere forskning, kvalitetsudvikling og innovation. Dette har længe været efterspurgt af forskere såvel som erhvervslivet, særligt i forlængelse af de begrænsninger implementeringen af Persondataforordningen har medført. Forslaget om at udpege et eller flere nye organer (Health Data Access Bodies), der skal sikre en nemmere og mere konsolideret adgang til sundhedsdata er derfor velkomment, men giver også anledning til en række principielle spørgsmål. I en dansk kontekst skal der bl.a. tages stilling til, hvilket organ eller organer, der mest hensigtsmæssigt vil kunne varetage denne opgave, og hvordan der i

tilknytning hertil sikres den nødvendige lokale forankring. Hertil skal forslaget samtænkes og koordineres med det arbejde, der foregår under Visionen for bedre brug af sundhedsdata, og det skal fastlægges, hvordan borgeres følsomme data skal kunne deles med f.eks. erhvervet og til hvilke formål.

Andet

Med EHDS-forordningen indføres nye regler på området for behandling af personoplysninger i forbindelse med patientbehandling, forskning mv. Lovgivningen på dette område er allerede kompleks i dag. Der eksisterer således fortolkningstvivl om gråzonerne mellem GDPR-lovgivningen, sundhedsloven, serviceloven og komitélovgivningen. Med forordningen om EHDS vil der opstå yderligere risiko for gråzoner og fortolkningstvivl med dertil hørende behov for rådgivning og vejledning. Dette indebærer en risiko for, at de registrerede stilles ringere, når der hos udøvere er tvivl om reglernes anvendelse.

Det bemærkes hertil, at forordningsudkastet forudsætter overholdelse af de generelle databeskyttelsesretlige betingelser, men at det bl.a. i forbindelse med Region Midtjyllands arbejde i TEHDAS-projektet, er blevet tydeligt, at medlemslandene ikke fortolker GDPR-lovgivningen på samme måde, samt at medlemslandene hertil har supplerende national lovgivning. Et eksempel er den danske databeskyttelseslov. Det bliver derfor også et opmærksomhedspunkt i de videre forhandlinger om forordningen, idet en uensartet fortolkning af GDPR kan blive en knast i forhold til at opnå enighed om forordningen.

Økonomi

Det fremstår uafklaret, hvordan økonomien om realisering af forordningen skal ske. Der stilles således en række krav til medlemslandenes digitale løsninger, herunder EPJ-systemer og muligheder for interaktion med en europæisk platform (MyHealth@EU). Der vil være store forskelle på tværs af medlemslandene i forhold til, hvor omkostningsfuldt det bliver at efterleve krav til organisering, standardisering og infrastruktur. For Danmarks vedkommende vil implementeringsomkostningerne bl.a. afhænge af, i hvor høj grad den europæiske løsning, herunder de kommende "implementing acts" vil skele til de eksisterende danske løsninger. Endvidere vil det have betydning, hvilke konsekvenser kravene til CE-mærkning og den administrative proces forbundet hermed vil have for regionerne. Hvis der bliver behov for ændringer i den eksisterende infrastruktur i Danmark, da vil det være forbundet med store omkostninger for regionerne at sikre den nødvendige implementering heraf.

Konkrete bemærkninger

Artikel 3, stk. 1 – borgere adgang til egne sundhedsdata

Det fremgår, at borgere skal have en nem, elektronisk, konsolideret og gratis adgang til deres sundhedsdata. Data skal registreres i et særligt elektronisk format for udveksling af sundhedsdata.

Bemærkning:

Der findes allerede i Danmark gode muligheder for borgere til at tilgå egne data via sundhed.dk. De sundhedsdata som man ikke umiddelbart har elektronisk adgang til, kan man som udgangspunkt søge om aktindsigt i. Danske Regioner og regionerne har behov for at foretage en nærmere vurdering af, i hvor stort omfang borgere i Danmark allerede har adgang til de former for sundhedsdata, som medlemslandene med artikel 3 forpligtes til at give adgang til, og hvilken betydning det vil have, at data skal gives i et særligt format.

Artikel 3 stk. 6

Med forslaget gives borgerne adgang til at tilføje deres sundhedsdata til egen patientjournal, gennem digitale sundhedsdata-services eller gennem applikationer knyttet op på sådanne services. Det skal dog markeres, at data er tilføjet af borgeren selv.

Bemærkning:

Der findes ikke i Danmark adgang til, at borgere kan tilføje egne sundhedsdata til patientjournalen, og der er ikke taget stilling til, hvordan borgerskabte data skal valideres og generelt skal håndteres i sundhedsvæsenet. Der indføres hermed en helt ny mulighed for patienter i forhold til, hvordan danske sundhedsdata registreres og spilles ind til sundhedsvæsenet. Der ligger derfor med forslaget en betydelig opgave i at afklare konsekvenserne ved, at borgerne selv kan registrere egne sundhedsdata, herunder hvordan disse data kan og skal anvendes i sundhedsvæsenet.

Artikel 3, stk. 9

Det følger af bestemmelsen, at borgeren har ret til at begrænse sundhedspersoners adgang til pågældendes sundhedsdata, medmindre adgangen er nødvendig for at beskytte den registreredes eller en anden fysisk persons vitale interesser.

Bemærkning:

Der skal være opmærksomhed omkring, hvorvidt der med forordningen skabes en bredere adgang til at nægte sundhedspersoner adgang til sundhedsdata end tilfældet er i sundhedsloven i dag, jf. bl.a. § 42a, stk. 2, samt hvilke konsekvenser det kan have for sundhedsvæsenets mulighed for at yde sundhedsbehandling.

Artikel 3, stk. 10

Det fremgår af bestemmelsen, at borgere har ret til at få oplyst identiteten på de sundhedspersoner, som har haft adgang til deres data i forbindelse med behandling.

Bemærkning:

Den databeskyttelsesretlige oplysningspligt i henhold til GDPR-artikel 12-14 påhviler den dataansvarlige (f.eks. en region), mens de sundhedsfaglige medarbejdere med forslaget til artikel 3, stk. 10, vurderes at få en selvstændig pligt til at informere patienterne om deres rettigheder efter EHDS. Det bør overvejes, om denne forpligtelse bedre kan imødekommes ved at forpligte den dataansvarlige i stedet.

Artikel 4 stk. 1 – sundhedsprofessionelles adgang til sundhedsdata på tværs af lande

Forslaget giver adgang til, at individuelle patientdata stilles til rådighed for sundhedsprofessionelle på tværs af EU-medlemslandene, uanset hvor patienten behandles og uanset tilhørsforholdet for den sundhedsprofessionelle. Der gives dog adgang til, at landene kan fastsætte regler om, hvilke former for data forskellige sundhedsprofessionelle skal have adgang til.

Bemærkning:

Det er et nyt krav, som indebærer, at der skal kunne deles følsomme personoplysninger på tværs af hele EU.

Det vil kunne betyde en mere optimal behandling af den enkelte borger i et andet medlemsland, da sundhedspersoner vil kunne stille diagnoser og behandle den enkelte patient på et mere oplyst grundlag.

Samtidig skal det dog i medfør af GDPR sikres, at den enkelte borgers sundhedsdata kun bliver anvendt til formålet med datadelingen, herunder at kun relevante sundhedspersoner får adgang til data.

I forbindelse med forordningens ikrafttræden vil der være behov for at justere sundhedslovens § 42a, som regulerer sundhedspersoners adgang til sundhedsdata.

Artikel 8 – telemedicin

Det fremgår af bestemmelsen, at hvis et medlemsland anvender telemedicin, da skal landet under de samme betingelser acceptere samme former for telemedicin-services fra andre medlemslande.

Bemærkning:

Det forekommer ikke klart, hvad formålet med denne bestemmelse er, herunder om Danmark, som i dag tilbyder telemedicinsk service til f.eks.

borgere med KOL, forpligtes til at acceptere, at der udbydes/tilbydes en telemedicinsk service af samme type fra et hospital i Spanien eller et andet medlemsland, og hvad dette vil indebære.

Dansker Regioner lægger vægt på, at bestemmelsen kommer til at harmonere med de formål og tiltag, der allerede er implementeret og er under udvikling i Danmark.

Artikel 9 – identifikation

Det følger af bestemmelsen, at alle EU-borgere skal have en digital wallet med sikker identifikation af den enkelte. Denne identifikation skal kunne anvendes på tværs af medlemslande.

Bemærkning:

En sådan mulighed for at tilgå systemer med særlig digital identifikation kan få store økonomiske konsekvenser for særligt de telemedicinske løsninger, idet en telemedicinsk løsning skal sikre, at personer fra et andet land skal kunne identificere sig i løsningen ved brug af den elektroniske identifikationsmodel, der er gældende i deres land (hvis den lever op til EU's regler).

Artikel 10 – digital sundhedsmyndighed

Det fremgår af bestemmelsen, at medlemslandene skal udpege en digital sundhedsmyndighed, som bl.a. skal være ansvarlig for implementering af forordningen og samspillet med de øvrige medlemslande. Endvidere skal borgere kunne indgive klager til myndigheder vedr. rettigheder i forordningen.

Bemærkning:

I Danmark kunne Sundhedsdatastyrelsen være et eksempel på en mulig digital sundhedsmyndighed. Med udpegningen vil følge en lang række opgaver, hvor der vil være et stort behov for koordination med regionerne. Hertil kommer, at den indbyggede klagemulighed vil have en række administrative konsekvenser for regionernes håndtering af EPJ-systemer og behandling af personoplysninger.

Artikel 12 – MyHealth@EU

Det fremgår bl.a., at EU-kommissionen skal etablere en central platform for digital sundhed med henblik på at understøtte muligheden for at udveksle sundhedsdata mellem medlemslandene.

Bemærkning:

Det er vanskeligt inden for den korte tidsramme at vurdere konsekvenserne af forslaget, men det må forventes, at forslaget vil indebære økonomiske og administrative konsekvenser samt potentielle tekniske udfordringer med henblik på at skulle tilpasse et EPJ-system til at kunne være kompatibelt med en national teknisk gateway, som sørger for

den grænseoverskridende udveksling af sundhedsdata på tværs af EU-landene.

Kapitel III - EHR-systemer og sundheds applikationer

Det har ikke været muligt inden for den korte tidsramme at vurdere det omfattende forslag. Danske Regioner finder dog umiddelbart, at forslaget kan få stor betydning, da det vurderes at kunne give et udvidet ansvar for regionerne i forhold til EPJ-systemer mv.

For det første er der tale om en meget bred definition på et EPJ-system, som betyder, at mange af regionernes systemer vurderes at blive omfattet af kravet til CE-mærkning. Som eksempler kan ud over regionernes EPJ-systemer nævnes PPJ (den præhospitale patientjournal), Sundhed.dk, MinSundhed-appen, MinLæge-appen mv. Kravet om, at EPJ-systemer skal CE-mærkes vurderes derfor at kunne medføre betydelige økonomiske omkostninger, idet det forventes, at en CE-mærkning vil være en omfattende proces både økonomisk, tidsmæssigt og ressourcemæssigt.

I forhold til artikel 17, fremstår det ikke klart, om regionerne kan få et ansvar som "manufacturers/fabrikant", og i forlængelse heraf skal følge kravene. Sundhedsinstitutioners rolle er således ikke klart defineret, og i praksis er der eksempler på funktionaliteter i eksempelvis EPJ, hvor regionerne har ansvaret for udvikling.

Det bemærkes hertil, at der i MDR-forordningen er indsat en undtagelsesbestemmelse for sundhedsinstitutioner, der udvikler medicinsk udstyr til eget brug, jf. artikel 5, stk. 5. En lignende mulighed fremgår ikke af EHDS forordningen. I MDR-forordningen er der udfordringer med "roller", da man ofte må følge på kravene til manufacturers, selvom de ikke matcher "vores virkelighed" som sundhedsinstitution. Det samme kunne blive en udfordring i forhold til EHDS.

Dertil skal det nævnes, at EPJ-systemer er undtaget fra CE-mærkning af medicinsk udstyr, jf. guideline til MDR, mens moduler med beslutningsstøtte ikke er undtaget. Det medfører allerede nu gråzoner og usikkerhed i forhold til, hvad der skal kvalitetssikres, jf. MDR.

Implementeringsudfordringer med MDR bliver hermed kun større, både fordi det potentielt også vil kræve CE-mærkning fra eksterne leverandører på EHR relevante systemer, jf. krav vi endnu ikke kender, og dertil vil det fortsat være kompliceret at afdække, hvem der har ansvar for kvalitetssikring af hvilke dele.

Endvidere betyder forordningens krav til EPJ-systemer, at der fra dansk side bør være en særlig opmærksomhed på, hvorvidt de krav til kommende implementerende foranstaltninger, der stilles i forslaget, kan medføre

omfattende omlægninger af vores EPJ-systemer mv. uden, at det skaber egentlig merværdi. Det er samtidigt vigtigt, at der fortsat kan udvikles på EPJ-systemer, uanset kravene til CE-mærkning, herunder at regionerne fortsat kan beholde arbejdsgangene for udvikling af fx MidtEPJ, MADS, FUT m.m.

Artikel 36 – Organer for adgang til sundhedsdata

Med artiklen lægges der op til at etablere et eller flere nye organer med titlen "Health Data Access Bodies", der skal stå for at behandle ansøgninger om adgang til sekundær anvendelse af helbredsoplysninger og udstede godkendelser. Herudover vil opgaverne være af koordinerende karakter, da organet ligeledes skal indsamle oplysningerne hos dataejerne og herefter opbevare og gøre oplysningerne tilgængelige for databrugeren i et sikkert behandlingsmiljø.

Det er op til medlemsstaterne at beslutte, om der skal oprettes én eller flere health data access bodies.

Bemærkning:

Generelt er det positivt, at det med forslaget gøres nemmere og mere tilgængeligt at få adgang til helbredsoplysninger til sekundære formål, såsom forskning, kvalitetssikring og udvikling. Forskere og erhvervslivet opfatter således i stigende grad reglerne for adgang og brug af sundhedsoplysninger som bureaukratiske og svære at gennemskue. Med forslaget søges der også skabt grundlag for at gøre det nemmere at gennemføre forskningsprojekter på tværs af EU's grænser, hvilket er positivt. Forslaget ses dog også at efterlade en lang række tvivlsspørgsmål, der skal overvejes nærmere, bl.a. i forhold til muligheden for at udlevere pseudonymiserede data.

Der er i dag en række aktører, som kan karakteriseres som mulige health data access bodies, f.eks. Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og regionerne. Med forslaget vil sådanne aktører forpligtes til at arbejde sammen med det udpegede organ og heri ligger forventeligt et krav om ensartethed.

Det bemærkes hertil, at organet skal arbejde aktivt med stakeholders og undgå konflikter. Det er uklart, hvad der ligger i denne forpligtelse.

En vedtagelse af forslaget i den foreliggende form vil sandsynligvis påvirke regionernes organisering på forskningsområdet, uanset om regionen bliver udpeget som health data access body eller ej. Såfremt en eller flere regioner bliver et health data access body vil det kræve tilførsel af ikke ubetydelige ressourcer med henblik på at implementere de påkrævede registre, oprettelse og vedligeholdelse af sikre miljøer samt gennemførelse af tilsyn med dataanvendelse i henhold til udstedte tilladelser.

Derudover vil det formentlig pålægge regionerne et fælles dataansvar – og derved forpligtelser i henhold til databeskyttelsesforordningen - med alle ansøgere, der får adgang til helbredsoplysninger, jf. artikel 51 i udkastet. Alternativt vil udpegelse af en anden myndighed som health data access body muligvis overflødiggøre regionernes rolle i forhold til udstedelse af tilladelser efter nugældende nationale bestemmelser, eksempelvis sundhedslovens § 46, stk. 1 (VEK-godkendelser) og stk. 2, og videregivelser efter databeskyttelseslovens § 10.

Bilag Titel:	Principper for regionale gymnasiesamarbejder
Dagsordens titel	Generelle orienteringer
Dagsordenspunkt nr	17
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



03-06-2022

EMN-2017-00225

1542158

NOTAT

Fælles principper for regionale gymnasiesamarbejder

Indledning

Den 10. juni 2021 blev der indgået aftale om nye regler for elevfordeling og kapacitetsfastsættelse på de gymnasiale uddannelser (stx, hhx, htx og hf). De nye regler har til formål at skabe en mere balanceret elevsammensætning på gymnasier i de større byer og samtidig holde hånden under de små gymnasier rundt om i landet, som er truet på elevgrundlaget på grund af søgning mod byerne og den demografiske udvikling med mindre ungdomsårgange.

Regionerne får et styrket ansvar for de gymnasiale uddannelser gennem en række konkrete opgaver. Den politiske aftale udmøntes i lovgivning, som forventes at træde i kraft den 1. juli 2022.

Danske Regioners bestyrelse har som opfølgning på den politiske aftale bl.a. besluttet at arbejde for:

- *At der med plads til de regionale forskelle er et tæt og koordineret samarbejde om opgaven på tværs af regionerne, herunder at der udarbejdes fælles politik og pejlemærker for området.*

Regionerne får blandt andet ansvar for at etablere og lede det nye formaliserede samarbejde mellem de gymnasiale institutioner og regionsrådet, kaldet gymnasiesamarbejdet. Det bliver en væsentlig opgave, der kommer til at spille en central rolle i implementeringen af den nye lovgivning. På den baggrund præsenteres i dette notat et forslag til en fælles regional ramme for gymnasiesamarbejdet.

Gymnasiesamarbejdet

Alle regioner har et tæt og løbende samarbejde med de gymnasiale uddannelser. Med de nye regler bliver de eksisterende formelle samarbejdsfora - fordelingsudvalg og forpligtende samarbejder - nedlagt og

erstattet af en ny model for det fremtidige samarbejde mellem de gymnasiale institutioner og regionsrådet, kaldet gymnasiesamarbejdet.

Regionernes fokuspunkter

Regionerne definerer de nærmere rammer og indholdet af gymnasiesamarbejdet. Regionerne har fokus på følgende forhold, når gymnasiesamarbejderne etableres:

- De nye regler omfatter alle gymnasiale uddannelser. Gymnasiesamarbejderne er ikke en forlængelse af de tidligere samarbejder, men nye fora, hvor der er en god og tæt dialog med erhvervsgymnasierne (hhx og htx) såvel som de almene gymnasier (stx og hf), så de oplever at være en del af et ligeværdigt samarbejde.
- Gymnasiesamarbejdet skal skabe reel værdi og have mulighed for at udfylde den koordinerende og rådgivende funktion. Derfor inddrages samarbejdet aktivt på relevante områder i forhold til regionsrådets ansvar for den samlede uddannelsesindsats i regionen.
- Gymnasiesamarbejdet organiseres på en sådan måde, at der er en god sammenhæng mellem regionsrådet, regionens faglige udvalg og gymnasiesamarbejdet.
- Der samarbejdes på tværs af regionsgrænser, hvor institutionernes geografi, zonerne og de unges søgemønstre fordrer det.

For at skabe genkendelighed og videndeling på tværs af regionerne, bakker regionerne op om en fælles tilgang og prioritering af gymnasiesamarbejdet, jf. de fælles principper nedenfor.

Regionernes fælles principper for gymnasiesamarbejdet

Der udarbejdes et kommissorium for de enkelte regions gymnasiesamarbejde(r), som tager udgangspunkt i følgende principper:

Gymnasiesamarbejdets geografi

Lovgivningen:

Regionsrådet fastsætter med inddragelse af de omfattede institutioner, hvordan samarbejdet geografisk skal afgrænses. Samarbejdet skal omfatte alle institutioner og afdelinger inden for et geografisk område, hvor uddannelsesstederne ligger i en passende geografisk afstand, herunder også i forhold til de unge uddannelsessøgendes bopæl. En institution skal indgå i flere samarbejder, hvis den har afdelinger beliggende i flere geografiske områder.

Fælles ramme:

Fastsættelse af geografierne tager udgangspunkt i følgende principper:

- Gymnasiesamarbejdernes geografier følger de naturlige optageområder og omfatter et område, der ligger i en passende afstand til uddannelsesstederne og de uddannelsessøgendes bopæl.
- Geografierne omfatter en eller flere beregningstekniske zoner eller dele heraf. Det kan være relevant at inddrage institutioner, der er beliggende i tilgrænsende zoner.
- Geografierne er dynamiske og kan ændres, hvis zoneinddelingen eller andre afgørende forudsætninger, herunder søgning mv., kræver det.
- Fastlæggelsen af samarbejdernes geografier koordineres med tilgrænsende regioner.

I de regioner, hvor der nedsættes flere end ét gymnasiesamarbejde, kan der desuden etableres et koordinerende forum på tværs af de enkelte gymnasiesamarbejder.

Gymnasiesamarbejdets indhold og opgaver

Lovgivningen:

Gymnasiesamarbejdet omfatter regionsrådets koordinering af et tilstrækkeligt og varieret udbud af studieretninger og valgfag, og det skal i øvrigt understøtte regionsrådets koordinering af den samlede indsats. Herudover fastsætter regionsrådet det nærmere indhold af gymnasiesamarbejdet.

Fælles ramme:

Udover koordinering af et tilstrækkeligt og varieret udbud af studieretninger og valgfag inddrages gymnasiesamarbejdet i forhold til regionsrådets opgave med at koordinere det samlede ungdomsuddannelsesudbud i regionen, herunder:

- kapacitet og elevfordeling,
- information om optagelse på uddannelserne og elevfordelingsmekanismen,
- stedlig placering af udbud og evt. behov for nye udbud eller justeringer af eksisterende udbud,
- ansøgninger om særlige profiler,
- diagnoseklasser,
- transportforbindelser,
- kvalitetsudvikling,
- den regionale udviklingsstrategi, herunder særlige uddannelsesstrategier (STEM, sprog mv.), og
- implementering og evaluering af Den Koordinerede Tilmelding til de Gymnasiale Uddannelser (den nye elevfordelingsmodel).

Den enkelte region vurderer løbende, hvordan gymnasiesamarbejdet bedst muligt lever op til formålet og bidrager til regionens koordinering af det samlede ungdomsuddannelsesudbud i regionen.

Repræsentation fra regionsrådet

Lovgivningen:

I samarbejdet deltager 1-2 repræsentanter for regionsrådet.

Fælles ramme:

Med henblik på at skabe en god sammenhæng mellem gymnasiesamarbejdet, regionens fagligansvarlige udvalg og regionsrådet anbefales det, at der i gymnasiesamarbejdet som minimum deltager én repræsentant fra regionsrådet, som er formand for, eller medlem af, regionens fagansvarlige udvalg/stående udvalg. Det kan i den enkelte region overvejes, om en repræsentant fra sekretariatet skal udpeges til samarbejdet, fordi der er tale om meget tekniske og tunge opgaver.

Repræsentation fra institutionerne

Lovgivningen:

I samarbejdet deltager en repræsentant for hver institution eller afdeling i samarbejdets geografiske område. Hvis institutionen har flere afdelinger, kan der deltage én repræsentant for hver institution pr. afdeling i det geografiske område.

Fælles ramme:

Med henblik på at skabe et forum med den nødvendige forpligtelse og handlekraft repræsenteres institutionerne på rektor eller direktørniveau.

Formandskab og sekretariat

Lovgivningen:

Regionsrådet har formandskabet for gymnasiesamarbejdet.

Fælles ramme:

Det besluttet politisk i hver enkelt region, hvem der udpeges som den regionale formand. Det er muligt at udpege en regionsrådspolitiker eller en embedsmand.

Der kan udpeges to næstformænd, som hver repræsenterer hhv. de erhvervsgymnasiale uddannelser (hvx og htx) og de almengymnasiale uddannelser (stx og hf).

Der kan nedsættes et forretningsudvalg. Det anbefales, at der i sammensætningen af forretningsudvalget tages højde for, at alle fire typer gymnasial uddannelse er repræsenteret, samt at hele geografien og både store og små institutioner er repræsenteret.

Herudover foreslås det, at der vedtages en forretningsorden, som fastsætter de nærmere rammer for gymnasiesamarbejdets arbejde, herunder f.eks. evaluering af samarbejdet efter det første år.

Den region, der nedsætter gymnasiesamarbejdet, sekretariatsbetjener samarbejdet. Hvis der indgår institutioner uden for regionen, samarbejder de involverede regioner.

Lovgivning

[Lovforslag nr. L 157, Folketinget 2021-22, Forslag til Lov om ændring af lov om institutioner for almen gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, lov om private institutioner for gymnasiale uddannelser og lov om de gymnasiale uddannelser \(Kapacitetsfastsættelse og elevfordeling på de gymnasiale ungdomsuddannelser\) \(ft.dk\)](#)

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Høring vedr. udkast til
bekendtgørelse om Pulje.pdf

Dokument Titel: Høring vedr. udkast til
bekendtgørelse om Pulje

Dokument ID: 1556380

Trafikstyrelsen
Carsten Niebuhrs Gade 43
DK-1577 København V

DANSKE
REGIONER



25-05-2022
EMN-2019-01398
1551242

Høring vedr. udkast til bekendtgørelse om Pulje til grønne busser og grøn flextrafik

Trafikstyrelsen har sendt udkast til bekendtgørelse om Pulje til grønne busser og grøn flextrafik i høring med svarfrist den 9. juni 2022. Puljen er en udmøntning af en del af infrastrukturaftalen.

I den politiske aftale er det tilkendegivet, at puljen skal være med til at understøtte, at regionerne kan efterleve og implementere de ambitiøse klimasamarbejdsaftaler, som regionerne indgik med Transportministeren i 2020.

Danske Regioner har følgende bemærkninger til udkastet til bekendtgørelse:

Puljen bør støtte ladestandere på regionale arealer til at understøtte patientbefordringen, der som oftest er lange ture.

Størstedelen af patientbefordringen indgår i Flextrafikken og udgør ca. halvdelen af de kørte kilometer i Flextrafikken. Derfor er der særligt behov for lynladere til denne form for eldrevet kørsel. Det er nødvendigt at sikre lademuligheder for både de små flextrafik-køretøjer samt de større liftkøretøjer på de regionale arealer. Disse ladestandere skal enten være med eksklusiv adgang eller med fortrinsret for flex-køretøjer. Hvis puljen medfinansierer ladestandere, der kan anvendes til kommercielt brug på kommunale arealer, udvides puljen til reelt også at understøtte formål, der ikke indgår i den politiske aftale. Der eksisterer allerede en pulje, der understøtter udbredelse af ladestandere på kommunale arealer. Derfor bør ladestandere til kommercielt brug på kommunale arealer ikke indgå i denne pulje.

Ubrugte midler i puljen kan overføres til efterfølgende år, og dele af puljemidlerne fremrykkes til de første år af puljens levetid

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

De 250 mio. kr. i puljen er påtænkt delt op i fem årlige puljer (2022-2026) på hver 50 mio. kr. Det passer dårligt til kadencen for, hvornår de regionale busser udskiftes, da der er udsving i antallet af regionale busser, der bliver udbudt fra det ene år til det andet. Derfor vil der også være udsving i de årlige ansøgninger til puljen. Det vil være hensigtsmæssigt, at ubrugte midler i puljen kan overføres til de efterfølgende år. Det kunne endvidere overvejes at fremrykke nogle af midlerne, således at puljen i højere grad kan imødekomme kontraktindgåelser i den regionale bustrafik i starten af perioden.

Tilskudsandelen hæves fra 50 procent til 75 procent

Den tidligere pulje til grønne regionale busser havde en tilskudsandel på 75 procent, mod de nu foreslåede 50 procent. Den højere tilskudsprocent er hensigtsmæssig, da det skaber økonomisk råderum til en hurtigere omstilling til emissionsfri busser.

Ruter med kontraktstart i 2022 bør også kunne ansøge puljen

Administrationsgrundlaget tilsiger, at der kan søges om midler til busser, der indgås kontrakt om i 2022-2027. Imidlertid er der udbudt og indgået kontrakter om emissionsfri regionalruter i 2021 med driftsstart i 2022. Disse ruter er udbudt i forlængelse af regeringen og regionernes klimasamarbejdsaftaler om grøn kollektiv trafik i forventning om, at der ville kunne søges om tilskud fra den grønne buspulje. Disse udbud bør også kunne modtage støtte fra puljen.

Venlig hilsen

Tommy Kjelsgaard
Vicedirektør