



23-08-2018

MDR-2018-00105

Maren Munk-Madsen

Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den
30. august 2018 kl. 10.30

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

Afbud:

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	5
2 (Offentlig) Høringssvar vedr. erhvervsfremmereformen ..	6
3 (Offentlig) Høringssvar vedrørende ny EU-lovgivning om strukturfonde efter 2020	10
4 (Fortrolig)	12
5 (Fortrolig)	12
6 (Fortrolig)	12
7 (Fortrolig)	12
8 (Fortrolig)	12
9 (Fortrolig)	12
10 (Offentlig) Ensartet måde at opstille og offentliggøre responstidsmål	13
11 (Offentlig) Høringssvar vedr. ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed, om apoteksvirksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love	17
12 (Offentlig) Kampagne for flere praktiserende læger	20
13 (Offentlig) Høring over Lov om Den Sociale Investeringsfond	22
14 (Fortrolig).....	24
15 (Offentlig) Status på indkøbsområdet 2017	25
16 (Offentlig) Danske Regioners EU-prioriteringer 2018 ...	29
17 (Offentlig) Høringssvar vedr. lovforslag om indførelse af forsøgsordning med risikodeling i medicintilskudssystemet	33
18 (Fortrolig).....	35
19 (Offentlig) Harmonisering af alderskriterie ved fertiliseringsbehandling	36
20 (Offentlig) Høring over lovforslag om certificeringsordning for fremmedsprogstalke på sundhedsområdet.....	39
21 (Offentlig) Tilpasning af kommissorium for Udvalget for Miljø og Ressourcer	41
22 (Offentlig) Bestyrelsens studietur januar 2019.....	43

23 (Offentlig) Evaluering af Folkemødet 2018 og bevilling til 2019	47
24 (Offentlig) Oversigt over tværregionale sager i Rigsrevisionen	50
25 (Offentlig) Formandens meddelelser	53
26 (Offentlig) Generelle orienteringer	54
27 (Offentlig) Næste møde	59
28 (Offentlig) Eventuelt.....	60

1 (Fortrolig)

2 (Offentlig) Høringssvar vedr. erhvervsfremmereformen

Maren Munk-Madsen

Resumé

En lovpakke, der skal danne grundlag for at implementere den erhvervsfremmereform, som er aftalt mellem regeringen og Dansk Folkeparti, er sendt i høring. Reformen fjerner regionernes opgaver inden for erhvervsfremme og turisme. Samtidig indeholder den nye erhvervsfremmelov hjemlen til regionernes fremtidige arbejde med en regional udviklingsstrategi. Af hensyn til høringsfristen har Danske Regioner med forbehold for bestyrelsens godkendelse afsendt høringssvar, der tager afstand fra den centralisering, der ligger i lovforslaget.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioners høringssvar vedr. udkast til ny lov om erhvervsfremme godkendes,

at Danske Regioners høringssvar vedr. ændring af lov om turisme og lov om VisitDenmark godkendes, og

at Danske Regioners høringssvar vedr. ændring af lov om administration af Den Europæiske Regionalfond og Den Europæiske Socialfond godkendes.

Sagsfremstilling

Den lovpakke, der skal danne grundlag for den kommende erhvervsfremmereform, som er aftalt mellem regeringen og Dansk Folkeparti, er sendt i høring.

Med lovpakken fjernes regionernes opgaver inden for erhvervsfremme, idet de regionale vækstfora nedlægges, og regionerne ikke længere må investere midler i erhvervsfremme og turisme, ligesom den fulde opgave med at administrere strukturfondsmidler overgår til staten.

Fremover skal den nye Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse udforme en strategi for den decentrale erhvervsfremme, som skal danne grundlag for arbejdet i kommunerne og de fælleskommunale erhvervshuse.

Forslaget til en ny erhvervsfremmelov indeholder samtidig hjemlen til regionernes fremtidige arbejde med en regional udviklingsstrategi.

Høringen blev offentliggjort den 2. juli 2018 med høringsfrist den 13. august 2018. Der er derfor afsendt et foreløbigt høringssvar med forbehold for politisk godkendelse i Danske Regioners bestyrelse.

Forslag til Lov om erhvervsfremme

Danske Regioners hørings svar beklager den centralisering, der ligger i lovforslaget, og som kan gøre det sværere at få erhvervsfremmemidler og EU's strukturfondsmidler ud at arbejde i hele Danmark. Ligeledes samles det politiske ansvar for den decentrale erhvervsfremmeindsats på færre personer, hvoraf et mindretal er demokratisk valgt, og afstanden til de berørte borgere og virksomheder bliver større.

Lovforslaget giver regionerne mulighed for at udarbejde en regional udviklingsstrategi, der omfatter de lovfastsatte opgaver inden for regional udvikling samt i tilknytning hertil den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning samt grænseoverskridende samarbejder. Loven giver endvidere regionerne adgang til at ansøge om og deltage i projekter om kvalificeret arbejdskraft. Der er hermed overensstemmelse med de rammer for regionernes fremtidige ansvar, som blev aftalt mellem regeringen og Danske Regioner i aftalen om regionernes økonomi for 2019.

Regionerne får en fælles plads i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse og en plads i bestyrelsen for hvert enkelt erhvervshus. Pladserne kan bruges til at skabe sammenhæng mellem den fremtidige erhvervsfremmeindsats og regionernes indsats for at sikre gode regionale udviklingsvilkår.

Hørings svaret indeholder endvidere en række forslag til justeringer og tekniske rettelser af lovforslaget.

Lov om dansk turisme

Ifølge lovforslaget mister Danske Regioner sine to pladser i Det Nationale Turismeforum. Formændene for Wonderful Copenhagen og Dansk Kyst- og Naturturisme bliver fremover medlemmer af forummet, ligesom erhvervslivet og KL hver får en ekstra plads.

Danske Regioner får en medlemsplads i Dansk Turismes Advisory Board, der skal rådgive Det Nationale Turismeforum. Lovforslaget henviser i den forbindelse til, at regionerne stadig har opgaver, der er relevante for turismeområdet, f.eks. på transportområdet.

Lovforslaget er herudover primært af teknisk karakter.

Lov om administration af Socialfonden og Regionalfonden

Forslaget til ændringerne i loven om administration af Socialfonden og Regionalfonden er afledt af den politiske aftale om erhvervsfremme, hvorefter den nye Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse og Erhvervsministeriet overtager de regionale vækstforas ansvar for at indstille om anvendelse af midler fra EU's strukturfonde og regionernes ansvar for at administrere EU-midler i relation hertil.

Danske Regioners hørings svar fremhæver, at regionerne forsat vil have adgang til at ansøge om og deltage i projekter, hvortil der ydes tilskud under fondene, herunder inden for de regionale udviklingsområder samt kvalificeret arbejdskraft. I lovbemærkningerne pointeres det endvidere specifikt, at regionerne eller regionale institutioner via anden lovgivning kan deltage i og medfinansiere strukturfondsprojekter inden for sygehusvæsenet.

Den videre proces

Loven forventes fremsat i Folketinget i oktober 2018 og skal træde i kraft den 1. januar 2019.

Link til høringsportalen: <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/62007>.

Økonomi

Lovforslaget beskriver de økonomiske konsekvenser for de offentlige myndigheder, herunder at regionerne afgiver 600 mio. kr. årligt fra 2019 og frem, jf. økonomiaftalen for 2019.

Sekretariatets bemærkninger

Danske Regioners hørings svar behandles i Udvalget for Regional Udvikling og EU på møde den 24. august 2018.

De enkelte regioner og de regionale vækstfora er også høringsberettigede. Danske Regioners hørings svar er koordineret med regionerne på administrativt niveau.

Der er indledt et samarbejde mellem Erhvervsstyrelsen og regionerne, der skal bidrage til, at de igangværende regionale tilskudssager kan overdrages til Erhvervsstyrelsen med mindst mulig gene for tilskudsmodtagerne.

Erhvervsstyrelsen i Silkeborg forventer at ansætte ca. 35 medarbejdere i forbindelse med overtagelsen af opgaverne fra regionerne. I Danske Regioners hørings svar pointeres det, at Danske Regioner gerne havde set, at lov om virksomhedsoverdragelse var taget i anvendelse. Staten har afvist dette, men har i et brev til regionerne givet tilsagn om, at berørte, kvalificerede medarbejdere i regionerne efter ansøgning får adgang til at komme til samtale til de nye stillinger. Erhvervsstyrelsen har tilbudt at holde informationsmøder i den enkelte region i tilknytning hertil.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar - Forslag til lov om erhvervsfremme (1206658 - EMN-2018-01954)
2. Høringssvar - ændring af lov om administration af Den Europæiske Regionalfond og Den Europæiske Socialfond (1206659 - EMN-2017-01053)
3. Høringssvar - ændring af lov om turisme og lov om VisitDenmark (1206657 - EMN-2017-05035)

3 (Offentlig) Høringssvar vedrørende ny EU-lovgivning om strukturfonde efter 2020

Maren Munk-Madsen

Resumé

EU-Kommissionen har fremlagt en lovpakke, der vedrører tilrettelæggelsen af EU's strukturfonde efter 2020. Danske Regioners høringssvar fokuserer på det indhold, som er mest relevant for regionerne og deres arbejde med regional udvikling, herunder at regeringen i den nationale udmøntning bør prioritere midler til energiomstilling, cirkulær økonomi, klimatilpasning og risikoforvaltning i et nyt regionalfondsprogram, og endvidere kvalificeret arbejdskraft, kvalitet og arbejdsmarkedsrelevans af uddannelserne, uddannelser af høj kvalitet og fremme af livslang læring, samt et sundhedsprogram i et nyt socialfondsprogram.

Endvidere bør det være muligt at fastholde den eksisterende geografi for Interreg-programmerne.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioners høringssvar på EU-Kommissionens forslag til ny samhørighedspolitik 2021-2027 godkendes.

Sagsfremstilling

Udenrigsministeriet har sendt en række udkast til EU-strukturfondsforordninger i høring. Forordningerne er EU-Kommissionens forslag til retligt grundlag for strukturfondene efter 2020. Høringssvaret forholder sig også til de grund- og nærhedsnotater om forordningerne, som er udarbejdet til Folketingets Europaudvalg.

Danske Regioner støtter EU-Kommissionens forslag om,

- At der skal være midler til alle regioner i EU, også midler til EU's mere udviklede regioner.
- At der skal være tre regionskategorier: Mindre udviklede regioner, overgangsregioner og mere udviklede regioner.
- At BNP skal fastholdes som indikator for, hvilken kategori en region er omfattet af.
- At der bliver differentieret tilgang til kontrol og revision, så der kommer proportionalitet mellem kontrolkrav, administrationsomkostninger og reel risiko for EU-budgettet.
- At strukturfondenes mål skal sikre et mere intelligent og grønt Europa (Regionalfonden), samt et mere forbundet og socialt Europa (Socialfonden).

Danske Regioner støtter derimod ikke EU-Kommissionens forslag om,

- At de mere udviklede regioner skal medfinansiere mindst 60 procent. Det vil gøre det mindre attraktivt for støttemodtagere at deltage i projekterne.
- At Interreg Europe bortfalder.
- At maritime, grænseoverskridende Interreg-programmer (f.eks. Sjælland/Tyskland) adskilles fra de landfaste grænseoverskridende Interreg-programmer (f.eks. Sønderjylland/Tyskland) og lægges ind under de transnationale Interreg-programmer for f.eks. Østersøen og Nordsøen.

Endelig opfordrer Danske Regioner den danske regering til,

- At prioritere regionalfondsmidler til energiomstilling, cirkulær økonomi, klimatilpasning og risikoforvaltning.
- At prioritere socialfondsmidler til kvalificeret arbejdskraft, kvalitet og arbejdsmarkedsrelevans af uddannelserne, uddannelser af høj kvalitet og fremme af livslang læring.
- At prioritere socialfondsmidler til et sundhedsprogram, bl.a. for at beskytte borgerne mod sundhedstrusler og styrke samarbejdet om medicinsk teknologivurdering.
- At prioritere fortsættelse af EU's Globaliseringsfond.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret er fremsendt med forbehold for bestyrelsens drøftelse.

Høringssvaret drøftes i Udvalget for Regional Udvikling og EU på møde den 24. august 2018.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar vedrørende Kommissionens forslag til nye forordninger for samhørighedspolitikken (1190508 - EMN-2017-00577)

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

9 (Fortrolig)

10 (Offentlig) Ensartet måde at opstille og offentliggøre responstidsmål

Maren Munk-Madsen

Resumé

Sundhedsministeren offentliggjorde miniudspillet "Klare mål for akuthjælpen" den 21. marts 2018. Som en udmøntning af udspillet er det i økonomiaftalen for 2019 blevet bekræftet, at regionerne inden udgangen af 2018 vil stille forslag til en ensartet måde at opstille og offentliggøre responstidsmål på. Desuden er det aftalt, at sammenlignelige responstidstal offentliggøres kvartalsvist fra 3. kvartal 2018 og frem.

Danske Regioner har på den baggrund sammen med regionerne udarbejdet et forslag til responstidsmål, som opstilles ud fra procentdel af udrykninger, som er fremme inden for henholdsvis 5, 10 og 15 minutter. Desuden skal responstidsmålene omfatte såvel ambulance, akutbil som akutlægebil - det vil sige den enhed, som først kommer frem på stedet. Dermed synliggør målene den udvikling, som regionerne har skabt på det præhospitale område med indførelsen af akutbiler og akutlægebiler.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at regionernes responstidsmål opstilles og offentliggøres ud fra procentdel af udrykninger, som er fremme inden for henholdsvis 5, 10 og 15 minutter, og

at bestyrelsen godkender, at responstidsmålene skal omfatte såvel ambulance, akutbil som akutlægebil - det vil sige den enhed, som først kommer frem på stedet.

Sagsfremstilling

Det fremgår af udspillet fra Sundheds- og Ældreministeriet, at "regionerne inden udgangen af 2018 skal stille forslag til en ensartet måde at opstille og offentliggøre responstidsmål på, herunder i højere grad at medtage den øvrige præhospitale indsats. Ensartede opgørelsesmetoder betyder dog ikke, at servicemålene nødvendigvis skal være ens i regionerne." I ministeriets udspil står også, at regionernes forslag vil indgå i regeringens samlede akutplan, der fremlægges i første halvår af 2019, når Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til det samlede akutberedskab ligger klar.

Danske Regioner tolker ministeriets krav således, at hver region fortsat kan fastsætte sine egne politisk bestemte servicemål for responstider, men at det ikke længere vil være muligt for én region at have en målsætning om, at 75 % af alle ambulancer skal være fremme inden for 10 minutter, og en anden

region at have en målsætning om, at ambulancerne i gennemsnit skal være fremme inden for 9 minutter og 12 sekunder. I stedet skal regionerne blive enige om en ensartet måde at opstille responstidsmålene på. Hvis bestyrelsen for eksempel beslutter at bruge gennemsnit som opstillingsmetode, kan en region godt vælge at sætte målet til 8 minutter og en anden region 10 minutter.

Regionernes forslag til en ensartet måde at opstille og offentliggøre responstidsmål

Regionerne har ønsket at responstidsmål opstilles og offentliggøres ud fra procentdel af udrykninger, som er fremme inden for henholdsvis 5, 10 og 15 minutter.

I dag har Region Nordjylland og Syddanmark fastsat deres servicemål som en gennemsnitlig responstid. Region Hovedstaden har et mål om, at 90 % skal være fremme inden for 13 minutter. Region Midtjylland og Sjælland har fastsat deres servicemål som procentdel af udrykninger, som er fremme inden for bestemte minutintervaller.

Hvis regeringen godkender den foreslåede model, skal Region Nordjylland, Syddanmark og Hovedstaden, som i dag bruger en anden måde at opstille responstidsmål på, formulere nye mål for, hvor stor en procentdel udrykninger, som er fremme inden for henholdsvis 5, 10 og 15 minutter.

Regionerne ønsker, at opgørelserne skal omfatte kørsler i kategori A (livstruende eller mulig livstruende sygdom eller tilskadekomst), uanset om kørslen er foranlediget af et 1-1-2 opkald eller bestilt af en almen praktiserende læge eller hospital.

Gradvis implementering

Regionernes nuværende responstidsmål er enten direkte eller indirekte bundet op på kontrakterne med deres leverandører af ambulanceberedskaber. Det er regionernes vurdering, at implementeringen af nye mål for responstider må forventes at indebære en ændring i dimensioneringen af beredskaberne og/eller en genforhandling af kontrakten med leverandøren.

Hvis der skal være sikkerhed for, at der ikke vil være merudgifter i forbindelse med implementeringen af den nye ensartede måde at opstille responstidsmål på, skal regionerne have mulighed for gradvist at indføre de nye mål i forbindelse med den enkelte regions kontraktudløb. Det vil sige, at alle

regioner vil have sammenlignelige responstidsmål senest medio 2025, hvor den sidste kontraktforlængelsesmulighed udløber.¹

Ændring af definitionen af responstid

Det fremgår af bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet, at "Ved responstid forstås den tid, der går, fra den tekniske disponent på regionens AMK-vagtcentral modtager opgaven fra den sundhedsfaglige visitator, og indtil ambulancen er fremme på et skadested, hos en akut syg patient eller hos en fødende."²

Regionerne ønsker, at responstidsmålene som noget nyt skal omfatte fx både ambulance, akutbil og akutlægebil - det vil sige den professionelle enhed som først kommer frem på stedet. Hvis den foreslåede model godkendes, vil der være behov for at ændre bekendtgørelsen således, at "ambulance" erstattes af "første professionelle præhospitale enhed".

Definitionen af responstid omfatter ikke hele den tid, patienterne oplever, der går fra, at der ringes 112, og indtil den præhospitale indsats påbegyndes hos patienten. Registreringen af responstiden starter, når den tekniske disponent modtager opgaven. Forud herfor er der gået tid med 112-Alarmcentralens håndtering af opkaldet og med den sundhedsfaglige visitation og hastegradsvurdering hos AMK-vagtcentralen.

Responstiden slutter ved den præhospitale enheds ankomst til optageadressen. Herefter kan der afhængig af forholdene på stedet gå tid, før det præhospitale personale får fysisk kontakt med patienten.

Sundhedsfaglig kvalitetsdagsorden

Regionerne finder, at responstider er vigtige for befolkningens tryghedsopfattelse. Men hvis responstider står alene, kan de fjerne fokus fra det, som er afgørende for patienternes overlevelse og sundhed, nemlig hvor lang tid der går, fra der ringes 1-1-2, til de får den relevante behandling for kritisk sygdom eller skade. Derfor arbejder regionerne på at måle fælles sundhedsfaglige indikatorer for de væsentligste tidskritiske patientgrupper, fx tiden der går fra erkendt apopleksi til igangsætning af trombolyselbehandling. I takt med at der kommer valide data på disse indikatorer, vil Danske Regioner arbejde for at synliggøre disse med henblik på at skabe et mere nuanceret perspektiv på det præhospitale område.

Regionerne har oprettet en præhospital kvalitetsdatabase med henblik på at understøtte den sundhedsfaglige kvalitetsudvikling.

¹ Regionernes kontrakter har forskellige muligheder for forlængelse og udløber derfor også på forskellige tidspunkter.

² Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet § 4. Stk. 4.

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=181681#id2fcfb833-b6dd-4afc-914f-cc6bae423e0f>

Kvartalsopgørelser af sammenlignelige responstider

Danske Regioner har siden 2016 offentliggjort sammenlignelige responstider for regionerne en gang om året. Som opfølgning på regeringens krav planlægges der med, at samme opgørelse fremadrettet offentliggøres kvartalsvist fra 3. kvartal 2018 og frem.

Danske Regioner offentliggør responstiderne på Danske Regioners hjemmeside, og sender dem samtidig til Sundheds- og Ældreministeriet.

Antal kørsler

Udviklingen i antallet af kørsler kan sætte responstiderne i perspektiv. Danske Regioner offentliggør derfor i sammenhæng med offentliggørelsen af regionernes responstider også det samlede antal A-kørsler for hele landet for hele året.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

11 (Offentlig) Høringssvar vedr. ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed, om apoteksvirksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love

Maren Munk-Madsen

Resumé

Danske Regioner har besvaret Sundheds- og Ældreministeriets høring om forslag om ændring af lov om autorisation og om sundhedsfaglig virksomhed, lov om apoteksvirksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love.

Lovforslaget giver mulighed for en autorisationsordning til ambulancebehandlere og paramedicinere, giver private apoteker mulighed for at genordinere lægemidler og ordinere dosisdispensering, og endelig tydeliggør lovforslaget det organisatoriske ansvar for fejl i sundhedsvæsenet, der kan være til fare for patientsikkerheden.

På grund af høringsfrist er høringssvaret fremsendt med forbehold for bestyrelsens drøftelse. I høringssvaret bakker Danske Regioner generelt op om lovforslaget, men udtrykker en række forbehold primært vedrørende konsekvenserne for patientsikkerheden.

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen godkender høringssvaret.*

Sagsfremstilling

Lovforslaget indeholder tre hovedpunkter:

1. Autorisation af ambulancebehandlere og registrering af ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere)

Forslagets indhold

Med lovforslaget indføres der en autorisationsordning for ambulancebehandlere og en registrering af ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere). Som led i autorisationsordningen indføres der er en beskyttelse af de to titler.

Danske Regioners bemærkninger

Danske Regioner støtter forslaget om autorisation og finder det betryggende af hensyn til patientsikkerheden, at både ambulancebehandlere og paramedicinere fremover skal have autorisation.

2. Behandlerfarmaceuter

Lovforslagets indhold

Lovforslaget indebærer, at apoteker og apoteksfilialer fremover får pligt til at tilbyde at genordinere et begrænset udvalg af lægemidler til patienter, der er i stabil medicinsk behandling med disse lægemidler. Derudover får apoteker og apoteksfilialer adgang til at ordinere dosisdispensering af lægemidler med tilskud. De to nye sundhedsydelser – genordination og dosisdispensering – er forbeholdt farmaceuter på private apoteker. Farmaceuterne skal gennemføre et kursusforløb, der kvalificerer dem til at opnå en opgavebestemt autorisation som ”behandlerfarmaceut”.

Danske Regioners bemærkninger

Overordnet vurderer Danske Regioner det positivt, at lovforslaget om behandlerfarmaceuter vil forbedre serviceniveauet for borgerne og tilgængeligheden til lægemidler samt vil kunne aflaste lægevagten, idet antallet af henvendelser vedrørende receptfornyelser må forventes af falde.

Danske Regioner anbefaler derfor, at der udarbejdes klare retningslinjer for, hvilke lægemidler der omfattes af ordningen, hvornår en patient er i stabil medicinsk behandling og hvornår det er gavnligt for en borger at opstarte dosisdispensering, samt at egen læge altid orienteres om, at behandlerfarmaceuten har ordineret dosisdispensering til borgeren. Danske Regioner mener derfor, at effekten af loven – herunder udviklingen i antallet af utilsigtede hændelser – skal undersøges og følges tæt.

Endelig skal der være en opmærksomhed på at sikre behandlerfarmaceutens uvildighed, idet behandlerfarmaceuten med autorisationen får en status som faglig ekspert i patientens øjne, men samtidig er behandlerfarmaceuten ansat i et apotek, hvor man som forretningsdrivende har en – i øvrigt helt legitim – interesse i at sikre gode indtjeningsmuligheder.

3. Organisatorisk ansvar

Forslagets indhold

Lovforslaget giver mulighed for, at der i sundhedsloven stilles krav om, at regioner, kommuner og private virksomheder, der yder sundhedsfaglig behandling, skal organisere deres behandlingssteder på en sådan måde, at sundhedspersoner er i stand til at varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde de pligter, der følger af lovgivningen. Lovforslaget lægger op til at styrke sundhedspersoners retssikkerhed ved, at der fastsættes entydige regler for det ansvar, som driftsherrer i kommuner og regioner har for organisering af behandlingssteder.

Danske Regioners bemærkninger

Danske Regioner er som udgangspunkt indforstået med ledelsens ansvar for organisering af behandlingssteder. Dette ansvar er allerede beskrevet i gældende lovgivning, bl.a. i autorisationslovens bestemmelser om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp. Danske Regioner udtrykker derfor tvivl om, hvilken konsekvenser lovforslaget har i praksis.

Det fremgår af lovforslaget, at "*der stilles ikke med bestemmelsen krav om et givent niveau for bemanningen eller de personalemæssige kompetencer*", og Danske Regioner antager derfor i høringssvaret, at det fortsat er den lokale ledelses ansvar at sikre organisering og personale med de nødvendige kompetencer og, at Styrelsen for Patientsikkerhed i deres tilsyn *ikke* vil anlægge en ny praksis over for kommuner og regioner, der fratager de autoriserede sundhedspersoner den nødvendige daglige prioritering af opgaver i sundhedsvæsenet. Ifølge Danske Regioner bør krav til organisering, kapacitet og nødvendige kompetencer i kommuner og regioner, som tilsynene evt. måtte medføre, derfor fortsat ske i den løbende dialog med staten om forventninger til opgaveudførelsen, herunder til de økonomiske rammer i kommuner og regioner.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners høringssvar (1206671 - EMN-2018-02109)

12 (Offentlig) Kampagne for flere praktiserende læger

Maren Munk-Madsen

Resumé

For at sikre lægedækning i almen praksis vil Danske Regioner i samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) udvikle en kampagne, der skal bidrage til at få flere læger til at vælge almen medicin som speciale og flere almen medicinere til at vælge almen praksis som karrierevej. Sundheds- og Ældreministeriet er umiddelbart positive overfor også at indgå i kampagnen.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner sammen med Praktiserende Lægers Organisation og eventuelt Sundheds- og Ældreministeriet gennemfører en kampagne, der skal få flere læger til at vælge almen medicin som speciale, og flere almene medicinere til at vælge almen praksis som karrierevej, og at bestyrelsen afsætter en ramme op til 100.000 kr. inkl. moms i 2018 og op til 100.000 kr. inkl. moms i 2019 til Danske Regioners bidrag til kampagnen.

Sagsfremstilling

Baggrund

Det er i den seneste overenskomst for almen praksis aftalt, at langt flere kronisk syge skal behandles hos egen læge frem for på et sygehusambulatorium. Endvidere ventes regeringen at offentliggøre et politisk udspil, hvor man i endnu højere grad vil have de praktiserende læger til at varetage opgaver. Fx har regeringen tidligere udmeldt, at omkring en fjerdedel af patienterne med folkesygdomme KOL og type 2-diabetes, som i dag behandles på hospital, i fremtiden skal hjælpes i det nære sundhedsvæsen.

Ca. 70 % af landets praktiserende læger har lukket for nye patienter, og hver fjerde praktiserende læge er i 2018 over 60 år og nærmer sig dermed pensionsalderen. Behovet for praktiserende læger vil således øges, hvorfor der også er behov for at øge rekrutteringen af læger til almen praksis. Der lægges derfor op til i samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) at gennemføre en kampagne, der skal understøtte:

- At flere medicinstuderende og unge læger vælger specialuddannelsen i almen medicin.
- At flere af de almenmedicinske uddannelseslæger og færdiguddannede speciallæger i almen medicin vælger et arbejdsliv som praktiserende læger.

Målgrupperne for kampagnen er:

- Medicinstuderende.
- Nyuddannede læger i Klinisk Basisuddannelse (KBU) eller umiddelbart herefter, der endnu ikke definitivt har valgt speciale.
- Læger i uddannelsesstilling til almen medicin.
- Speciallæger i almen medicin, der tøver med at etablere sig med egen praksis.

Økonomi

Det vurderes, at opgaven kan løses indenfor en ramme på 400.000 kr. inkl. moms., ligeligt fordelt i 2018 og 2019. Beløbet kan blive mindre, hvis Sundheds- og Ældreministeriet bidrager økonomisk til kampagnen.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

13 (Offentlig) Høring over Lov om Den Sociale Investeringsfond

Maren Munk-Madsen

Resumé

Danske Regioner har modtaget høring over forslag til Lov om Den Sociale Investeringsfond. På grund af høringsfristen har Danske Regioner fremsendt høringssvar med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender høringssvar til Forslag om Lov om Den Sociale Investeringsfond.

Sagsfremstilling

I *Aftale om satspuljen på børne og socialområdet 2018-2021*, blev det besluttet at afsætte 50 mio. kr. fra satspuljen til at etablere Den Sociale Investeringsfond. Den Sociale Investeringsfond etableres ved lov pr. 1 december 2018.

I økonomiaftalen for 2019 er det aftalt, at Danske Regioner medfinansierer et sekretariat for fondens bestyrelse med 1 mio. kr. årligt i 2019-2021.

Formålet med Den Sociale Investeringsfond

Fonden skal understøtte, at der sættes tidligere og mere forebyggende ind på de større velfærdsområder ved at forbedre rammerne for nye partnerskaber mellem den offentlige, private og frivillige sektor.

Konkret skal fonden medvirke til at investere i udbredelsen af sociale investeringsprogrammer gennem partnerskaber, der har til formål at skabe bedre resultater for modtagerne af en given indsats og samtidig sænke de offentlige udgifter.

Disse partnerskaber kan struktureres på en række forskellige måder, men vil ofte indebære, at der indgås en resultatbaseret kontrakt med en privat organisation, hvor den offentlige myndighed betaler for en velfærdsindsats, hvis en række aftalte mål opfyldes.

Grundtanken er, at en evidensbaseret indsats, der øger forebyggelsen, kan give det offentlige en besparelse, som delvis kan tilbagebetales til den investor, som har finansieret den pågældende indsats.

Der findes endnu ingen danske eksempler på sociale investeringsprogrammer.

Om høringsvaret

Af lovforslaget fremgår det, at fonden ledes af en bestyrelse bestående af én formand og 7 medlemmer. Formanden og 3 bestyrelsesmedlemmer udpeges af ministeren for offentlig innovation, mens KL og Danske Regioner hver skal udpege 2 medlemmer.

I høringsvaret er der givet tre overordnede bemærkninger til lovforslaget.

For det første, at det er afgørende, at fondens bestyrelse har et tilstrækkeligt handlerum til at prioritere mellem forskellige indsatser. Dette er en væsentlig pointe, fordi det af lovforslaget fremgår, at det er op til finanslovspartierne at udvælge de temaer, som fonden skal investere i. I den forbindelse er det centralt for den regionale indflydelse, at det er fondens bestyrelse, der udvælger de konkrete *indsatser*.

For det andet, at fondens sekretariat bør opbygge kompetence til at rådgive og vejlede de regioner og kommuner, som overvejer at indlede et socialt investeringsprogram, i alle projektets faser.

Endelig påpeges det, at resultaterne af Den Sociale Investeringsfonds indsatser ikke må blive gjort til genstand for besparelser i den regionale økonomi i øvrigt.

Link til høringsportalen: <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/61999>.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Hørings svar Lov om den sociale investeringsfond (1209506 - EMN-2018-01994)

14 (Fortrolig)

15 (Offentlig) Status på indkøbsområdet 2017

Maren Munk-Madsen

Resumé

Der er gjort status på Key Performance Indicators (KPI) i Regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020. Der er ydet en stor indsats på området, som har sikret god fremdrift, og det går som planlagt med to væsentlige mål: besparelser og fællesudbud.

Strategien indeholder dog mange og ambitiøse mål, og flere KPI'er vurderes meget svære at nå i de sidste to år af strategiperioden. Samtidig indgår det i ØA19, at der i efteråret 2018 skal aftales nye fælles måltal som en del af sammenhængsreformen.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager status for KPI'erne for 2017 til efterretning.

Sagsfremstilling

Danske Regioners bestyrelse vedtog i 2015 "Regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020". Det blev samtidig besluttet, at der skal udarbejdes en halvårlig status for fremdriften i strategiens 21 KPI'er.

I de to vedlagte bilag fremgår dels en samlet status på KPI'erne, dels en status opdelt på de enkelte regioner.

Der er siden 2015 sat en række initiativer i gang for at understøtte KPI'erne, og der er sket en stor udvikling på indkøbsområdet. Der er dog tale om så mange initiativer, at regionernes indkøbsorganisationer i stigende grad har været presset, og det har været nødvendigt at foretage en prioritering.

Styregruppen for regionernes indkøb valgte i december 2017 at prioritere fire KPI'er, hvor status er gengivet nedenfor. Status for de øvrige KPI'er fremgår af bilag.

KPI: Besparelsesmål på 1,5 mio. kr. i 2020

Det indgår både i regionernes indkøbsstrategi og de seneste års økonomiaftaler med regeringen, at regionerne skal effektivisere indkøbsområdet. Siden ØA17 har målsætningen været at opnå besparelser for 1,5 mia. kr. i 2020 i forhold til 2015 (tidligere var målsætningen 1 mia. kr.). Det svarer til 300 mio. kr. årligt. Der er i 2017 opnået en besparelse på 230,3 mio. kr., som sammenlagt med besparelserne for 2015 og 2016 bringer den

samlede besparelse op på 891,9 mio. kr. Regionerne skulle på nuværende tidspunkt have indfriet 900 mio. kr. og er således ikke langt fra at kunne indfri forventningerne til den nuværende status.

Besparelserne på de enkelte udbud forventes dog ikke at blive ved med at være lige så høje, da der efterhånden køres mange genudbud. Det vil derfor kræve en fortsat stor indsats på en række forskellige områder at nå besparelsesmålet i 2020.

KPI: Fælles udbud for 2 mia. kr.

Et helt centralt mål i strategien er flere fælles udbud på tværs af regionerne, så den betydelige købekraft i højere grad kan anvendes til at opnå lavere priser og bedre kommercielle betingelser. Strategien indeholder en konkret målsætning om, at der skal være lavet fælles indkøb for minimum 2 mia. kr. i 2020. Der blev i 2017 indgået kontrakt på 25 fællesudbud, hvilket betyder, at der indtil nu i strategiperioden er indgået kontrakt på 73 fællesudbud. Dette til en samlet kontraktsum på 1.371 mio. kr. svarende til, at regionerne har indfriet 68,6 procent af det overordnede mål. Regionerne er således rigtig fint med i forhold til målsætningen, dog er det vigtigt at være opmærksom på, at genudbud ikke nødvendigvis løfter den samlede kontraktsum. Årsagen er, at selvom regionerne fortsætter med at lave mange fællesudbud, er der også flere og flere, som gennemføres for anden eller tredje gang. Dermed indgår de allerede i opgørelsen af fællesregionale aftaler og bidrager altså ikke til at løfte den samlede kontraktsum.

KPI: 75 procent kontraktdekning på tjenesteydelser

Regionerne har en målsætning om 75 procent kontraktdekning på tjenesteydelser i 2020. Kontraktdekningen på tjenesteydelser er efter 2017 på 34,9 procent og dermed et godt stykke fra målet. Tallet vurderes dog ikke at afspejle virkeligheden, da det er en stor udfordring at få registreret alle kontrakter, bl.a. fordi de ligger decentralt. Regionerne arbejder dog intensivt med at få kortlagt kontrakterne, hvorefter kontraktdekningen vurderes at ville stige. Tjenesteydelsesområdet er mindre tilgængeligt, mere komplekst og et mere følsomt område end varekøb, hvorfor det også fortsat er mere umodent. Men det vil kunne bidrage til opfyldelse af besparelsesmålet. I 2017 blev der sat ekstra fokus på tjenesteydelser med en tværregional arbejdsgruppe.

KPI: 95 procent af alle varekøb skal foretages i indkøbssystemet

Regionerne har et mål om, at de i 2020 skal foretage 95 procent af deres varekøb igennem indkøbssystemet. I 2017 har de opnået 57,2 procent på varer i kr., hvilket i forhold til 2015 er en stigning på 3,0 procentpoint. I forhold til andelen målt i stk., blev der målt 55,9 procent i 2015 og i 2017 51,4 procent – et fald på 4,5 procentpoint. KPI'en er udfordret af, at en række varegrupper ikke kan købes igennem indkøbssystemet i enkelte regioner. For at kunne nå målet på 95 procent i 2020 kræver det også, at alle medarbejdere i hele regionen anvender indkøbssystemet, hvilket kræver bredt ledelsesfokus. Øget brug af indkøbssystemerne er helt centralt for at kunne høste besparelserne.

ØA19

Trods regionernes store indsats og mange resultater på indkøbsområdet de senere år, har staten haft stort fokus på området, og der har været igangsat mange initiativer som følge af økonomiaftalerne. Forud for dette års økonomiforhandlinger sendte Danske Regioner derfor et brev til fem ministre med et ønske om arbejdsro på området.

I ØA19 blev det primært aftalt at fortsætte igangværende indsatser på indkøbsområdet. Det vil sige, at regionerne fortsat skal:

- effektivisere indkøbsområdet med 1,5 mia. kr. i 2020 ift. 2015.
- arbejde med implementeringsplanerne for bedre indkøb af tjenesteydelser (jf. konsulentrapport fra 2017).
- arbejde for at Danske Regioner kan blive medejere af SKI (Staten og Kommunernes Indkøbsservice).
- etablere fire tværoffentlige indkøb af sundhedsartikler.
- anvende 12 SKI-aftaler.
- fremme brugen af e-handel.

Dertil kommer nye tiltag, der skal konkretiseres yderligere:

- Aftale nye fælles måltal for effektivisering af det offentlige indkøb frem mod 2025 som led i sammenhængsreformen.
- Afdække mulighed for op mod 10 nye SKI-aftaler.
- Fastsætte mål for compliance for fællesoffentlige aftaler.
- Etablere partnerskaber med erhvervsorganisationerne, der skal belyse potentialerne ved øget konkurrenceudsættelse.
- Afdækning af lovgivningsmæssige barrierer for samarbejde mellem regioner og private virksomheder.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Status på KPI for 2017 - samlet (1203693 - EMN-2018-02049)
2. Status på KPI for 2017 - regionsopdelt (1203694 - EMN-2018-02049)

16 (Offentlig) Danske Regioners EU-prioriteringer 2018

Maren Munk-Madsen

Resumé

Danske Regioner bruger sin interessevaretagelse i EU's beslutningsproces til at påvirke og informere om EU-initiativer, både når EU-tiltag kan understøtte foreningens strategiske indsatsområder, og når indholdet af forslag til EU-lovgivning ikke er hensigtsmæssigt for den regionale opgavevaretagelse. Der lægges op til, at Danske Regioner i 2018 bl.a. har fokus på EU's flerårige budget, EU-regler for arbejdsforhold, regionernes resultater på sundhedsområdet, klima, energi og cirkulær økonomi.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners EU-prioriteringer for 2018.

Sagsfremstilling

Danske Regioner deltager både på politisk og på embedsmandsniveau i en række europæiske fora for at varetage regionernes interesser i EU's beslutningsproces. Interessevaretagelsen handler om at påvirke og informere om EU-initiativer, både når EU-tiltag kan understøtte de strategiske indsatsområder for Danske Regioner, og når indholdet af forslag til EU-lovgivning ikke er hensigtsmæssigt for den regionale opgavevaretagelse. Der lægges op til, at EU-prioriteringerne for 2018 skal omfatte nedenstående områder, således at EU-indsatsen kan bidrage til opfyldelsen af Danske Regioners politiske mål:

1) Regional udvikling

EU's flerårige budget efter 2020

Danske Regioner arbejder for, at der skal være hensigtsmæssige EU-finansieringsmuligheder for regionerne også efter 2020, hvor det kommende flerårige EU-budget skal træde i kraft.

Med nedlæggelsen af de regionale vækstfora vil Danske Regioners fokus på forvaltningen af strukturfondsmidler blive tilpasset. Regionerne har modtaget ca. 350 millioner kroner årligt fra EU's strukturfonde til at understøtte vækst og regional erhvervsudvikling.

Andre EU-programmer indeholder flere midler, men er til gengæld konkurrenceudsatte. Heldigvis klarer danske forskningsinstitutioner og virksomheder sig godt i konkurrencen om midlerne og har i løbet af ca. 4 år hjemtaget ca. 5,760 mia. kr. fra Horizon 2020 programmet.

EU-Kommissionen har foreslået, at budgettet efter Brexit kommer til at udgøre 1,11 % af EU27's BNI. I modsætning hertil er den danske regerings holdning, at EU-budgettet maksimalt må udgøre 1,00 pct. af BNI.

Danske Regioner er med i flere fælleseuropæiske holdningspapirer om fremtidens regionalpolitik i EU. Heri argumenteres bl.a. for, at der også fremover skal være midler til alle regioner i EU.

Alle 5 regioner har i forsommeren 2018 holdt et debatmøde om fremtidens regionalpolitik, og Danske Regioner arrangerede et afsluttende landsdækkende møde på Christiansborg den 19. juni 2018.

2) Miljø og klima

Revision af EU's drikkevandsdirektiv, EU's handlingsplan for cirkulær økonomi og FN's verdensmål.

EU-Kommissionen er i gang med en revision af drikkevandsdirektivet. Det er en del af Kommissionens leverancer på handlingsplanen for cirkulær økonomi. Begge dele har interesse for Danske Regioner, fordi regionerne har myndighedsopgaver ift. jordforurening og dermed adgang til rent drikkevand samt cirkulær økonomi og råstoffer.

Eftersom Danske Regioner nu har et miljøudvalg, bliver EU's miljødagsorden yderligere relevant. Miljølovgivningen er det område, som er mest præget af EU-lovgivning. I denne sammenhæng skal det også nævnes, at Kommissionen vil udgive et refleksionspapir vedrørende "En bæredygtig fremtid for EU". Det kan bruges til at understøtte aktiviteter i regionerne, der handler om regionale løsninger på klimatilpasning.

Kommissionens refleksionspapir omhandler også FN's bæredygtighedsmål. Danske Regioner har bidraget til regeringens rapport om opfyldelsen af de 17 bæredygtighedsmål (SDG'er – Sustainable Development Goals). Desuden vil flere af regionerne bruge SDG'erne som ramme for deres regionale udviklingsstrategier (RUS). Finansministeriet har sat Danmarks Statistik til at monitorere den danske opfyldelse af bæredygtighedsmålene.

Danske Regioner ønsker, at kortlægningen fra Danmarks Statistik skal kunne bruges til at spille ind i den regionale dagsorden om gode levevilkår i hele Danmark.

3) Sundhed

EU-benchmarking af sundhedssystemer

EU-Kommissionen offentliggjorde i slutningen af november 2017 landerapporter vedrørende medlemslandenes sundhedssystemer. På de allerfleste parametre klarer det danske sundhedssystem sig godt i sammenligning med andre lande. Det danske sundhedsvæsen får bl.a. ros for sin informationsinfrastruktur og for at være et af de europæiske sundhedssystemer med færrest udækkede sundhedsbehov på tværs af indkomstgrupper. Landerapporten kan bruges til at sætte fokus på og formidle de gode historier om regionernes resultater på sundhedsområdet.

Landespecifikke anbefalinger på sundhedsområdet har de seneste år sneget sig ind i den årlige vækstundersøgelse og landehenstillinger i forbindelse med det europæiske semester. Det europæiske semester er betegnelsen for den halvårslige cyklus til koordinering af de økonomiske politikker og finanspolitikkerne i EU.

Udover at pege på styrker og svagheder i det danske sundhedsvæsen, kan EU-Kommissionens systematiske benchmarking af sundhedssystemer også bruges til at identificere lande hvis erfaringer og systemer, vi med fordel kan lære noget af.

Offentlige myndigheders genanvendelse af data

EU-kommissionen vil se på offentlige myndigheders brug og ikke mindst genbrug af data. Desuden vil revisionen af direktivet om brug af offentlige myndigheders information åbne op for, at offentlige myndigheders data kan bruges til gavn for både samfund og virksomheder.

Danske Regioner arbejder for en modernisering af lovgivningen om sundhedsdata, der skal skabe bedre rammer om brug af relevante sundhedsdata. Brug og samkøring af data er reguleret af både EU-lovgivning og national særlovgivning. EU spiller en væsentlig rolle i at understøtte bedre genanvendelse af data, herunder at finde konkrete løsninger på at dele relevante sundhedsdata.

4) Arbejdsmarked

EU-initiativer på det ansættelsesretlige område

EU-Kommissionen arbejder i 2018 dels med nye initiativer, dels med implementering af tidligere initiativer, som kan få indflydelse på den danske overenskomstmodel og regionerne som arbejdsgivere.

Det handler bl.a. om et nyt direktiv, der fastsætter arbejdsvilkår for arbejdstagere, Work-life balance direktivet, herunder et forslag til bl.a. mere øremærket barsel til fædre, initiativer vedrørende social lighed og et europæisk arbejdsmarkedsagentur.

De forskellige EU-initiativer indeholder bestemmelser, som risikerer at komme på kant med den danske aftalemodel. Derfor er det væsentligt, at Danske Regioner er opmærksom på eventuelle udfordringer, der kan opstå mellem EU-lovgivningen og Danske Regioner som arbejdsgiverorganisation og forvalter af den danske aftalemodel.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Regional Udvikling og EU drøftede EU-prioriteringerne 2018 den 25. maj 2018. Der var i udvalget opbakning til EU-prioriteringerne, men der blev samtidig udtrykt behov for at tage emnet op igen, når der er mere klarhed over de konsekvenser, som aftalen om erhvervsfremme får.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

17 (Offentlig) Høringssvar vedr. lovforslag om indførelse af forsøgsordning med risikodeling i medicintilskudssystemet

Maren Munk-Madsen

Resumé

Danske Regioner har fremsendt et høringssvar til Sundheds- og Ældreministeriets høring om "lovforslag om indførelse af forsøgsordning med risikodeling i medicintilskudssystemet" med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Lægemiddelindustrien oplever, at det er besværligt for patienterne at få Lægemiddelstyrelsens godkendelse af tilskud til deres medicinpræparater. Regeringen har imødekommet kritikken ved i deres Vækstplan for Life Science at opfordre til en forsøgsordning for to udvalgte lægemidler med en model med risikodeling mellem det offentlige og lægemiddelvirksomhederne. Med forslaget vil de patienter, som Lægemiddelstyrelsen vurderer, vil have gavn af medicinen, have mulighed for at få medicintilskud, når de køber deres medicin på apoteket. Med den nuværende lovgivning er der en række tilfælde, hvor patienterne, selvom de opfylder betingelserne for at få tilskud fra det offentlige, er afhængige af, at deres læge ansøger om, at de får tilskud. Det er disse sidstnævnte tilfælde, som denne lovgivning omhandler. Forsøgsordningen med risikodeling betyder, at virksomhederne tilbagebetaler regionerne ekstraregningen, hvis lægemidlerne bliver anvendt i større omfang end aftalt.

Danske Regioner er overordnet positive over for lovforslaget, men finder, at der er risiko for regionale merudgifter på grund af et større forbrug af medicin.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar over lovforslag om indførelse af forsøgsordning med risikodeling i medicintilskudssystemet.

Sagsfremstilling

Regeringens "Forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af forsøgsordning med risikodeling i medicintilskudssystemet)" indebærer, at danske patienter får mulighed for hurtigere og lettere at tage nye og innovative lægemidler i brug uden økonomisk risiko for, at andre patienter end den tiltænkte målgruppe bruger medicinen. Derudover skal det være lettere for lægemiddelindustrien at få tilskud til deres produkter.

Lovforslaget er et led i regeringens Vækstplan for Life Science, hvor det anbefales, at der fra 2019 indføres risikodeling som en forsøgsordning for to udvalgte lægemidler.

Med forslaget vil de patienter, som Lægemiddelstyrelsen vurderer, vil have gavn af medicinen, have mulighed for at få medicintilskud, når de køber deres medicin på apoteket. Med den nuværende lovgivning er der en række tilfælde, hvor patienterne, selvom de opfylder betingelserne for at få tilskud fra det offentlige, er afhængige af, at deres læge ansøger om, at de får tilskud. Det er disse sidstnævnte tilfælde, som denne lovgivning omhandler.

Med lovforslaget vil Lægemiddelstyrelsen med virksomhedernes accept få mulighed for at træffe afgørelse om risikodeling. Loven vil betyde, at regionerne dækker udgifterne til tilskud til en afgrænset gruppe patienter, som opfylder de opstillede betingelser for tilskud for de to lægemidler i forsøgsordningen. Lægemiddelvirksomhederne tilbagebetaler tilskuddet til regionerne, hvis der sættes flere i behandling end aftalt. Ordningen evalueres i 2021.

Tilskudsansøgninger

Lægemiddelvirksomhederne ansøger Lægemiddelstyrelsen om medicintilskud til deres produkter. Lægemiddelstyrelsen kan ikke give 'generelt klausuleret' tilskud, dvs. målgruppeafgrænset tilskud, til et lægemiddel, hvis der er risiko for, at patienter udenfor målgruppen, får tilskud til medicinen.

Hvis lægen vurderer, at patienten vil have gavn af medicinen, kan lægen ansøge om 'enkelttilskud' på vegne af patienten. Lægemiddelindustrien kritiserer den nuværende praksis for, at lægen ofte ikke får søgt om adgang til enkelttilskud for patienterne.

Danske Regioners hørings svar

Danske Regioner har den 29. juni 2018 fremsendt hørings svar baseret på regionernes kommentarer. Det fremgår af hørings svaret, at Danske Regioner overordnet set er positive over for lovforslaget om at indføre en forsøgsordning, såfremt regionerne holdes økonomisk skadesløse. Lovforslaget falder i god tråd med regionernes ideer om at udvikle nye samarbejdsmodeller til gavn for den enkelte patient og samfundet. Derudover vil lovforslaget være med til at støtte den danske lægemiddelindustri, da det vil være nemmere for industrien at få tilskud i andre lande, når den har opnået tilskud på hjemmemarkedet (Danmark).

Det er herudover positivt, at patienternes adgang til medicin lettes. Arbejdspresset for lægerne lettes også, da de slipper for at søge om enkelttilskud på vegne af patienten.

Danske Regioner understreger i høringssvaret, at regionerne bør have mulighed for at kommentere på virksomhedernes vurdering af, hvilken gruppe af patienter som skal have tilskud til medicinen, samt Lægemiddelstyrelsens endelige vurdering. Dette med henblik på, at regionerne ikke pålægges unødige merudgifter.

Det er vigtigt, at regionerne får indflydelse på evalueringen og kan kommentere på de spørgsmål, som evalueringen tager udgangspunkt i. Regionerne bør have mulighed for at kommentere på selve evalueringen.

Det anføres, at lovforslaget mangler svar på en række praktiske forhold, eksempelvis hvordan og hvornår eventuelle tilbagebetalinger fra lægemiddelvirksomheder til regioner bliver afviklet.

Endelig understreges det i høringssvaret, at Danske Regioner mener, at der er risiko for øgede merudgifter som følge af lovforslaget.

Link til høringssportalen: <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/61876>.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Officielt høringssvar til lovforslag om indførelse af risikodeling (1203066 - EMN-2018-01780)

18 (Fortrolig)

19 (Offentlig) Harmonisering af alderskriterie ved fertilitetsbehandling

Maren Munk-Madsen

Resumé

Bestyrelsen besluttede på mødet den 14. juni 2018, at der er behov for et fælles regionalt alderskriterium for fertilitetsbehandling. Bestyrelsen ønskede en belysning af konsekvenser af et fælles alderskriterium, der indebærer, at en kvinde skal være henvist til tilbud om fertilitetsbehandling, inden hun fylder 40 år, samt at kvinden kan få fertilitetsbehandling, inden hun fylder 41 år.

Det vurderes, at det fælles alderskriterium har meget begrænsede konsekvenser for regionerne, idet kvinder i alderen 40-41 år udgør en meget lille del af patientgruppen.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender fælles regionale kriterier for fertilitetsbehandling, som indebærer, at en kvinde skal være henvist til tilbud om fertilitetsbehandling, inden hun fylder 40 år, samt at kvinden kan få fertilitetsbehandling, inden hun fylder 41 år.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen behandlede på mødet den 14. juni 2018 spørgsmålet om harmonisering af alderskriterie for fertilitetsbehandling, således at borgere i hele landet modtager et ensartet behandlingstilbud. Det blev foreslået, at kvinden skal være henvist til fertilitetsbehandling, inden hun fylder 40 år, og at hun ikke kan være fyldt 41 år, når hun får behandlingen. Bestyrelsen var enige om, at der skal fastlægges en fælles regional aldersgrænse for fertilitetsbehandling, men ønskede at få konsekvenserne af det foreslåede alderskriterium belyst.

Konsekvenser

Antallet af kvinder, som modtager fertilitetsbehandling, udgør samlet set omkring 5.000 kvinder pr. år. Heraf udgør kvinder i alderen 40-41 år kun omkring 120 kvinder. Ved fertilitetsbehandling forstås her hormonstimulering samt ægudtagninger - altså ikke inseminering.

Det har været hævdet, at praksis har været uens imellem regionerne i Østdanmark og Vestdanmark, således at Region Hovedstaden og Region Sjælland kun giver fertilitetsbehandling, inden kvinderne fylder 40 år, hvor

Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark giver fertilitetsbehandling, inden kvinden fylder 41 år. Tallene nedenfor fra Landspatientregistret viser dog et andet billede.

Antal kvinder i 2017, som var over 40 år ved påbegyndt fertilitetsbehandling fordelt på regioner

Behandlingsregion	Antal kvinder +40 år
Region Nordjylland	5
Region Midtjylland	39
Region Syddanmark	21
Region Sjælland	4
Region Hovedstaden	57
I alt	126

Kilde: Landspatientregistret

Der er usikkerhed omkring, hvor mange kvinder i alderen 40-41 år, der er rejst fra Østdanmark til Vestdanmark for at modtage fertilitetsbehandling. Det fremgår af Landspatientregistret, at i 2017 modtog 6 kvinder i alderen 40-41 år bosiddende i Østdanmark behandling i Vestdanmark. Regionernes egne tal viser, at i 2017 modtog 46 kvinder i alderen 40-41 år bosiddende i Østdanmark behandling i Vestdanmark. Tallene indikerer det antal patienter, der potentielt vil ønske at få fertilitetsbehandling i Region Sjælland og Region Hovedstaden, hvis bestyrelsen godkender nye fælles regionale kriterier for fertilitetsbehandling af kvinder over 40 år.

I Region Hovedstaden og Region Sjælland er der længere ventetid på fertilitetsbehandling end i de øvrige regioner. Region Hovedstaden har i 2018 ventetider på 16-44 uger, og Region Sjælland har 52 uger. Region Sjælland havde før 2017 en kortere ventetid på 12-16 uger.

De øvrige regioner har 8-15 ugers ventetid.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

20 (Offentlig) Høring over lovforslag om certificeringsordning for fremmedsprogstolke på sundhedsområdet

Maren Munk-Madsen

Resumé

Danske Regioner har afgivet høringssvar på Sundheds- og Ældreministeriets høring vedrørende lovforslag om certificeringsordning for fremmedsprogstolke på sundhedsområdet.

På baggrund af regionernes erfaringer med svingende kvalitet i de anvendte tolkes kvalifikationer ved tolkning i sundhedsvæsenet støtter Danske Regioner lovforslaget, idet det er vurderingen, at en certificeringsordning vil bidrage til at løfte kvaliteten på tolkning i sundhedsvæsenet.

I høringssvaret bemærkes det dog, at Sundheds- og Ældreministeriet bør beskrive nærmere, hvordan certificeringsinstitutionerne skal gribe opgaven an.

Høringssvaret er på grund af høringsfristen fremsendt med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender høringssvaret.

Sagsfremstilling

Med lovforslaget om certificering af fremmedsprogstolke får sundhedsministeren hjemmel til efter ansøgning at godkende en eller flere offentlige myndigheder, institutioner eller private aktører til at certificere fremmedsprogstolke på sundhedsområdet. Aktørerne omtales som certificeringsinstitutioner. Lovforslaget giver ministeriet hjemmel til at fastsætte nærmere regler for, hvordan certificeringsordningen skal gribes an.

På baggrund af høringssvar fra regionerne, finder Danske Regioner det positivt, at der indføres en certificeringsordning for fremmedsprogstolke. Det vurderes, at en certificeringsordning kan medvirke til at højne kvaliteten af tolkningen i sundhedsvæsenet.

I henhold til gældende lovgivning er det behandlende læges ansvar at sikre, at tolken har de fornødne sproglige kvalifikationer. Det er derfor hensigtsmæssigt med en certificeringsordning, hvor en fagperson med sproglige kompetencer i regi af en certificeringsinstitution, foretager vurderingen af tolkens sproglige kvalifikationer, idet man ikke almindeligvis

kan forvente at en sundhedsperson har de fornødne kompetencer til dette. Med en certificeringsordning vil der være sikkerhed for, at den rekvirerede tolk har de kompetencer, som kræves.

Det følger af lovforslaget, at regionerne får mulighed for at benytte certificerede tolke uden at dette samtidig er et krav. Der er hermed lagt op til en hensigtsmæssig fleksibilitet, idet udbuddet af tolke i nogle sprog er så lille, at krav om certificering vil udgøre en barriere for at kunne tilbyde en tolk inden for det pågældende område.

Endelig lægges der i lovforslaget op til, at der skal være dialog mellem certificeringsinstitutionerne og regionerne om, i hvilke sprog der vil være behov for at foretage certificering.

Endelig bemærker Danske Regioner i høringssvaret, at Sundheds- og Ældreministeriet nærmere bør beskrive krav og definitioner til, hvordan certificeringsinstitutionerne skal gribe opgaven an.

Link til høringsportalen: <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/62051>.

Økonomi

Danske Regioner har bedt om, at lovforslaget medtages på lov- og cirkulæreprogrammet med henblik på, at regionerne kompenseres for de økonomiske konsekvenser, lovforslaget måtte have for regionerne.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Høringssvaret lægges på Danske Regioners hjemmeside, såfremt det tiltrædes af bestyrelsen.

Bilag

1. Underskrevet svar på høring om certificeringsordning for fremmedsprogstolke (1209842 - EMN-2018-02104)

21 (Offentlig) Tilpasning af kommissorium for Udvalget for Miljø og Ressourcer

Maren Munk-Madsen

Resumé

Regionerne varetager en stor og vigtig opgave i kortlægning og oprensning af jordforureninger, hvilket også vil være tilfældet fremover, hvor bl.a. de store generationsforureninger skal håndteres. Jordforurening udgør det område inden for regionernes arbejde med miljø, hvor regionerne bruger flest midler hvert år. Jordforureningsområdet er dog ikke eksplicit indeholdt i kommissoriet for Udvalget for Miljø og Ressourcer. Det foreslås derfor, at jordforureningsområdet tilføjes i udvalgets kommissorium.

Indstilling

Udvalget for Miljø og Ressourcer indstiller,
at kommissoriet for Udvalget for Miljø og Ressourcer revideres, således at ordet "jordforurening" tilføjes.

Sagsfremstilling

Udvalget for Miljø og Ressourcer rådgiver bestyrelsen med afsæt i det kommissorium, som blev besluttet på det konstituerende bestyrelsesmøde 22. marts 2018:

"Udvalget skal rådgive bestyrelsen om emner på miljøområdet, herunder råstofstrategi, overfladevand, cirkulær økonomi og ressourceanvendelse. Udvalget skal endvidere sætte fokus på energianvendelse og spildevandshåndtering i de nye sygehusbyggerier samt klimatilpasning."

Kommissoriet nævner imidlertid ikke jordforureningsområdet. Derfor indstiller udvalget, at ordet "jordforurening" specifikt tilføjes som første emne i kommissoriet, jf. indstilling.

Ordlyden af kommissoriet vil herefter være:

"Udvalget skal rådgive bestyrelsen om emner på miljøområdet, herunder jordforurening, råstofstrategi, overfladevand, cirkulær økonomi og ressourceanvendelse. Udvalget skal endvidere sætte fokus på energianvendelse og spildevandshåndtering i de nye sygehusbyggerier samt klimatilpasning."

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Miljø og Ressourcer har drøftet sagen på møde den 8. juni 2018.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

22 (Offentlig) Bestyrelsens studietur januar 2019

Maren Munk-Madsen

Resumé

Bestyrelsen besluttede på det konstituerende møde den 22. marts 2018 at reservere den 21.-25. januar 2019 til at gennemføre en studietur. Formålet med studieturen er at få viden om de erfaringer, som andre landes sundhedsaktører har haft med udvikling af sundhedsområdet mhp. at kunne drage paralleller til udvikling af det danske sundhedsvæsen.

Der lægges op til en stillingtagen til tema og destination for bestyrelsens studietur. Sekretariatet vil på baggrund af bestyrelsens beslutning planlægge den nærmere afvikling heraf.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter de overordnede rammer for bestyrelsens studietur januar 2019, herunder vælger tema og destination.

Sagsfremstilling

Det foreslås, at studieturens destination vælges med udgangspunkt i sundhedsområdet – der vil efterfølgende også blive fundet relevante elementer indenfor regional udvikling på de(n) pågældende destination(er).

- **Studietur A:** Tema: Digital vækst/sundhedsinnovation. Fx Silicon Valley eller Israel
- **Studietur B:** Tema: Det nære sundhedsvæsen. Fx Holland eller Skotland (Evt. en kombination af de to lande)

Studietur A. Tema: Digital vækst/sundhedsinnovation. Fx Silicon Valley eller Israel

Danmark er et af mest digitale samfund i Europa. Men med de udfordringer, som sundhedssektoren i Danmark i dag står overfor, er der behov for at sætte endnu større fokus på, at nye teknologier kan bidrage med løsninger, der på sigt kan frigive tid og ressourcer, der igen kan investeres i mere sundhed til den enkelte.

I både Silicon Valley og i Israel kan der være interessante erfaringer med sundhedsinnovation samt udvikling og anvendelse af nye digitale løsninger. Nedenfor er skitseret nogle eksempler på interessante elementer de to steder.

Silicon Valley

I Silicon Valley i det nordlige Californien har tusindvis af højteknologiske firmaer hovedsæde. Der er en række muligheder for dialog og interessante besøg i Silicon Valley, både vedrørende digital vækst og sundhedsinnovation. Det kunne fx være:

- Besøge Udenrigsministeriets Innovation Center Denmark Silicon Valley, herunder tech ambassadør Casper Klynge.
- Besøge Apple, IBM og/eller Google vedrørende, hvordan de skaber innovative miljøer og udvikler produkter til brug på sundhedsområdet.
- Besøg hos Stanford Health Care.
- Dialog med danske Danny Lange, der er en af verdens førende eksperter i maskinlæring og kunstig intelligens.
- Dialog med repræsentant for staten Californien.
- Besøg hos Singularity University
- Besøg på University of California, San Francisco

Israel

Israel har en udviklet innovation- og iværksætterkultur og ligger på top-10 på Bloombergs rangliste over de mest innovative lande i verden. Israel har mange forskere på højt niveau, der investeres massivt i forskning, og højteknologiske virksomheder udgør en stor del af økonomien. Israelske vidensinstitutioner er også meget fokuserede på at omsætte forskning til kommerciel værdi, patenter og nye virksomheder og mange multinationale virksomheder har forsknings- og udviklingsaktiviteter i Israel.

Israel har bl.a. etableret såkaldte innovationscentre direkte på hospitalerne. Fx på hospitalerne Sheba Medical Center og Rambam Health Care Campus er der fysiske labs, hvor iværksættere, life science-virksomheder, medicinalindustrien, søsterhospitaler, investorer og interne innovationsprojekter arbejder på tværs af organisatoriske grænser. Brugere af de sundhedsteknologiske løsninger inddrages også i de kliniske forsøg.

Innovationscentrene tiltrækker risikovillig kapital fra investorer i USA, Europa og Israel, hvilket giver mulighed for finansiering af lovende ny teknologi og medicin. Fx er der på Rambam Health Care Campus etableret en startup-accelerator med 230 mio. kr. fra investorer og virksomheder.

I Israel er data tilgængeligt for alle med det formål at udvikle nye sundhedsprodukter og behandlinger. Personlig medicin er et væsentligt fokusområde i Israel og understøttes af adgang til anonym patientinformation samt en stor pulje af genetisk information pga. tilstedeværelsen af mange etniske grupper. Fx har The Weizmann Institute of Science et forskningscenter med fokus på biomarkører og personlig medicin.

Studietur B. Tema: Det nære sundhedsvæsen. Fx Holland eller Skotland (Evt. en kombination af de to lande)

Det danske sundhedsvæsen er under kraftig forandring, hvor nye og moderne hospitaler sikrer danskerne adgang til specialiseret behandling af højeste internationale kvalitet, og samtidig tager regionerne ansvar for, at en stadig større del af de lettere behandlinger flytter ud af hospitalerne og tættere på borgernes eget hjem.

I 2017 benyttede 5.339.000 danskere et af regionernes nære sundhedstilbud i praksissektoren. Tilbuddene spænder fra praktiserende læger, tandlæger og psykologer til ørelæger, fodterapeuter og kiropraktorer.

I både det skotske og hollandske sundhedsvæsen kan der være interessante erfaringer med at skabe et nært og sammenhængende sundhedsvæsen. En eventuel kombination af de to lande kan derfor overvejes som destinationer for bestyrelsens studietur. Nedenfor er skitseret nogle eksempler på interessante elementer i de to lande.

Skotland

Skotland ligner Danmark med 5,4 mio. indbyggere og med bl.a. en stærkt stigende andel af ældre, flere multisyge og stigende problemer med ulighed i sundhed. Derudover har Skotland igangsat initiativer ift. det nære sundhedsvæsen.

Skotland har en populationsbaseret tilgang til sundhedsvæsenet med fokus på bl.a. forebyggelse af både sygdomsudvikling og indlæggelser. Skotland begyndte i 2016 en reform, hvor opgaverne i hospitals- og primærsektoren integreres under én fælles organisation og ledelse, bl.a. med det formål at de praktiserende lægers ressourcer bruges mest hensigtsmæssigt, dvs. at sygdomsforebyggelse og -behandling i større omfang sker i lokalsamfundene og i mindre grad på hospitalerne.

60 pct. af det samlede sundheds- og socialbudget i Skotland - et beløb svarende til 18 mia. kr. - er uddelegeret fra de skotske hospitalers budgetter til det lokale sundhedsarbejde.

Skotland har mangel på praktiserende læger - indenfor de næste 10 år er der brug for at rekruttere 800. Der er på den baggrund etableret klynger (clusters), som hver især skal dække et befolkningsgrundlag på 20.000-50.000 personer. Hver klynge skal arbejde tæt sammen med Joint Boards.

Der er også afsat 180 mio. kr. til at afprøve nye modeller for primærsektoren, bl.a. etablering af multidisciplinære teams i almen praksis, hvor praktiserende læger arbejder sammen med farmaceuter, praksissygeplejersker, fysioterapeuter og paramedicinere.

Holland

Det hollandske sundhedssystem er forsikringsbaseret, og regeringen har derfor ikke indflydelse på fastsættelsen af prisen på behandling.

I Holland har de praktiserende læger længe været organiseret i klynger, som bl.a. på vegne af de praktiserende læger forhandler pris med forsikringsselskaberne.

De praktiserende læger har implementeret brug af understøttende funktioner for praksispersonale, og fx anvendes sygeplejersker både ift. somatiske sygdomme som KOL og diabetes samt mental sundhed/psykiatri som stress, angst mv.

Besøget i Holland kan bl.a. omfatte et besøg på et nybygget hospital i Zwolle (ca. 1 time i tog fra Schiphol), hvor man har erfaringer med at understøtte implementering og anvendelse af værdibaseret styring, bl.a. ift. behandling af kræft. Hospitalet implementerer endvidere pr. 1. november 2018 et nyt it-system, der skal give patienterne bedre adgang til egne data.

Økonomi

Udgifterne til bestyrelsens studietur består af udgifter til planlægning, transport, overnatning, forplejning og eventuelt honorar for oplæg/besøg. Udgifternes størrelse vil afhænge af, hvilken studietur der vælges. Når destinationen er valgt, vil sekretariatet udarbejde et budgetforslag med henblik på formandskabets godkendelse.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

23 (Offentlig) Evaluering af Folkemødet 2018 og bevilling til 2019

Maren Munk-Madsen

Resumé

Det 8. Folkemøde fandt sted den 14.-17. juni 2018, hvor Danske Regioner stod for et velbesøgt debatteret med 23 arrangementer. Torsdag blev brugt til at sætte fokus på demokratiet, nyvalgte regionspolitikere og formænd samt borgernes egne historier. De øvrige dage bød på et afvekslende program, hvor borgere, patienter, pårørende, politikere, personale m.fl. deltog.

Der anbefales, at Danske Regioner også i 2019 skal være markant til stede på Folkemødet efter samme grundlæggende koncept som i år.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen evaluerer dette års Folkemøde, og
at bestyrelsen fra bestyrelsens pulje i 2019 bevilger 350.000 kr. til næste års aktiviteter på Folkemødet, samt 175.000 kr. til sponsorering af Folkemødet.

Sagsfremstilling

Det strategiske udgangspunkt for Danske Regioners deltagelse på Folkemødet er at understøtte demokratiske tiltag, som bringer borgerne tættere på de folkevalgte, synliggøre det regionale politiske niveau, skabe debat om regionale ansvarsområder og styrke relationerne til samarbejdspartnere og interessenter generelt. På Folkemødet i 2018 blev der i Danske Regioners telt afholdt i alt 23 arrangementer - en bred vifte af arrangementer og debatter, dels arrangeret af Danske Regioner, dels af de fem regioner og andre samarbejdspartnere.

Danske Regioner var ansvarlig for ni debatter og samarbejdede med Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Kost & Ernæringsforbundet, PLO samt Lægemedelstyrelsen om fire andre debatter.

Regionerne var ansvarlige for fem debatter i teltet, og hertil lånte Region Hovedstaden, Danske Patienter, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Sundhed.dk og Hjerteforeningen teltet til én debat hver. Alle organisationer har efterfølgende udtrykt stor tilfredshed med rammerne og samarbejdet.

Torsdag blev der holdt et særligt arrangement: "Hvad har du på hjerte?". Udgangspunktet var, hvad borgeren syntes, at de nye politikere skal vide, nu hvor de som nyvalgte er gået i gang med arbejdet. Det blev til 56 samtaler

mellem 23 nyvalgte politikere og borgere. De deltagende politikere har udtrykt stor opbakning til konceptet.

Debatterne var generelt meget velbesøgte, og det faglige indhold vurderes generelt at have været højt. Nogle paneldeltagere deltog i flere af debatterne, hvilket til dels skyldtes, at vore samarbejdspartnere også holdt debatter i vores telt. Enkelte temaer gik igen, hvilket gav mulighed for at se emnerne fra flere vinkler. Forskellige debatformer blev afprøvet i et forsøg på at opfriske den traditionelle paneldebat, som dog fortsat er den fremherskende. Danske Regioner samarbejdede herudover også med Yngre Læger om en debat, som blev holdt på Yngre Lægers lokation.

Regionale politikere deltog som altid i en række debatter på Folkemødet i andre organisationers telte. Danske Regioner har udarbejdet oplæg til omkring 40 af disse.

Kommunikation

Facebook og LinkedIn blev i år for første gang brugt til at skabe opmærksomhed om arrangementer i Danske Regioners telt - både før, under og efter Folkemødet. Arrangementet "Hvad har du på hjerte?" var lagt an på rekruttering via Facebook og antallet af eksponeringer var generelt højt, specielt i dagene op til Folkemødet.

Danske Regioner delte budskaber fra debatterne i teltet og brugte anledningen til at synliggøre regionale dagsordener på twitter. Den samlede twitter-aktivitet på Folkemødet er faldet med godt en tredjedel siden sidste år. Twitter står dog stadig for 87,5% af al Folkemøde-omtale på sociale medier.

Sponsorat

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

Danske Regioner på Folkemødet 2019

Det anbefales, at Danske Regioner også i 2019 er markant til stede på Folkemødet med eget telt og politiske debatter. Samarbejdet med regionerne og andre samarbejdspartnere om aktiviteter i teltet fortsættes også. Det vil blive overvejet, hvordan der kan indtænkes nyskabende og kreative elementer i forbindelse med arrangementer i Danske Regioners telt.

Økonomi

Bestyrelsen har bevilget 350.000 kr. til aktiviteter og 200.000 kr. til sponsorering a Folkemødet 2018. Efterfølgende indgik Danske Regioner et sponsorat som demokratipartner på 175.000 kr.

Udgifterne til aktiviteter på Folkemødet 2018 er fordelt således:

<i>Arealleje, telt, indretning, forplejning og logistik:</i>	ca. 115.000 kr.
<i>Debatter/arrangementer:</i>	ca. 160.000 kr.
<i>Annoncering:</i>	30.375 kr.

<i>I alt:</i>	305.375 kr.
---------------	-------------

Dertil kommer rejse- og overnatningsomkostninger.

Bevillingen til Folkemødet 2019 foreslås at være på linje med Danske Regioners udgifter til Folkemødet 2018, dvs. 350.000 kr. til aktiviteter og 175.000 kr. til sponsorat.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

24 (Offentlig) Oversigt over tværregionale sager i Rigsrevisionen

Maren Munk-Madsen

Resumé

Rigsrevisionen gennemfører løbende undersøgelser vedrørende regionernes opgavevaretagelse. Senest har Rigsrevisionen gennemført en forundersøgelse af jordforureningsområdet, som dog ikke resulterede i en egentlig undersøgelse.

Derudover er der en række igangværende undersøgelser, hvor beretningerne forventes behandlet på statsrevisorernes møder i 2. halvår af 2018. Det gælder undersøgelse af henholdsvis rettigheden i indsatsen overfor kræftpatienter, retten til hurtig udredning, samt uønsket forskel i behandling på hospitalerne.

Bestyrelsen vil løbende blive orienteret om Rigsrevisionens undersøgelsesresultater samt Statsrevisorernes behandling af disse.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Rigsrevisionen gennemfører løbende undersøgelser vedrørende regionernes opgavevaretagelse. Nedenfor gives et overblik, mens et kort resumé af henholdsvis forundersøgelser, igangværende undersøgelser og afsluttede sager fremgår af bilag.

Forundersøgelser

Der er pt. ingen igangværende forundersøgelser.

Igangværende undersøgelser

Ret til hurtig udredning

Beretningen forventes behandlet på Statsrevisorernes møde i november 2018.

Opsporing og behandling af flygtninge med traumer

Beretningen forventes behandlet på Statsrevisorernes møde i december 2018.

Uønsket forskel i behandling på hospitalerne

Beretningen forventes behandlet på Statsrevisorernes møde i december 2018.

Rettigheden i indsatsen overfor kræftpatienter

Beretningen forventes at ligge klar til Statsrevisorernes behandling ultimo 2018.

Opfølgende undersøgelser

Sundhedsplatformen (17/2017)

Rigsrevisionen har endnu ikke fulgt op på undersøgelsen.

Myndighedernes brug af tolkeydelser (12/2017)

Rigsrevisionen har endnu ikke fulgt op på undersøgelsen.

Forebyggelse af Hospitalserhvervede infektioner (5/2017)

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 17. april 2018.

3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata (4/2017)

Rigsrevisionen har endnu ikke fulgt op på undersøgelsen.

Regionernes brug af konsulenter (19/2016)

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 13. oktober 2017.

Hospitalslægers bibeskæftigelse (3/2016)

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 7. april 2017.

Region Midtjyllands styring af risici og reserver i 2 sygehusbyggerier (11/2016)

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 31. maj 2017.

Regionernes styring af ambulans behandling af voksne patienter med psykiske lidelser (15/2015)

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 1. september 2016.

Hospitalernes forbrug af personaleressourcer (10/2014)

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 20. august 2015.

Problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (24/2013)

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 1. november 2016.

Aktiviteter og udgifter i praksissektoren (17/2011)

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 10. februar 2016.

Elektroniske patientjournaler på sygehusene (4/2010)

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 13. februar 2017.

Afsluttede sager (1. og 2. kvartal 2018)

Jordforurening

Rigsrevisionen besluttede i forbindelse med forundersøgelsen at lukke sagen.

Forskningsmidler på hospitalerne (7/2014)

Undersøgelsen er afsluttet i forbindelse med Rigsrevisionens seneste opfølgning i revisionsnotat af 31. januar 2018.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Bilag Oversigt over tværregionale sager i Rigsrevisionen (1206077 - EMN-2017-00528)

25 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

26 (Offentlig) Generelle orienteringer

Maren Munk-Madsen

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Årsrapport 2017 – Regionernes akutlægehelikopter
 - Henvendelse vedrørende Medicinrådet og lægemidlet ramucirumab (Cyramza)
 - Anbefaling om at alle patienter med kronisk hepatitis C skal tilbydes medicinsk behandling
 - Kapacitetsproblemer på hospitalerne ifm. praktikophold for SOSU-assistentelever
 - Praktiserende lægers sygebesøg
 - Nyhedsbrevet 205
 - Regeringsudspil om mad, måltider og sundhed
 - Konferencer og arrangementer
-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Årsrapport 2017 – Regionernes akutlægehelikopter

(EMN-2017-02628)

Det fremgår af samarbejdsaftalen om akutlægehelikopterordningen, at bestyrelsen for Danske Regioner årligt skal have forelagt en statusrapport for akutlægehelikopterordningen.

Årsrapporten for 2017 viser, at de tre akutlægehelikoptere har fløjet på 3.658 missioner, hvilket er en mindre aktivitetsstigning i forhold til 2016. Der har i de første måneder af 2018 været en yderligere aktivitetsstigning, hvilket tyder på, at ordningen endnu ikke har ramt et helt stabilt niveau for antallet af missioner.

Helikopterne flyver fortsat til de egne af landet, hvor akut syge eller tilskadekomne borgere har langt til specialiseret behandling. Dermed er helikopteren med til at skabe mere geografisk lighed i adgangen til specialiseret lægehjælp. Årsrapporten viser også, at der arbejdes intenst med kvalitetsudvikling.

Henvendelse vedrørende Medicinrådet og lægemidlet ramucirumab (Cyramza)

(EMN-2017-00578)

Eli Lilly har henvendt sig til Danske Regioners bestyrelse, da man ikke forstår Medicinrådets anbefaling om, at KRIS-anbefaling af lægemidlet ramucirumab (Cyramza) ikke længere bør følges. Eli Lilly ønsker, at den kommende evaluering af Medicinrådet forholder sig til, om Rådets vurderinger er transparente.

Den politiske ledelse har på vegne af bestyrelsen bl.a. svaret Eli Lilly, at Medicinrådet har oplyst til Danske Regioner, at Rådets anbefaling skyldes, at effektdata viser en overlevelse, der er langt under den forventede effekt. Rådet finder derfor ikke, at forudsætningerne for KRIS' anbefaling længere er opfyldt.

Eli Lilly har desuden fået oplyst, at Medicinrådet træffer uafhængige beslutninger med udgangspunkt i et armslængdeprincip til det politiske system, samt at spørgsmålet om transparens vil indgå som en del af den kommende evaluering af Medicinrådet.

Anbefaling om at alle patienter med kronisk hepatitis C skal tilbydes medicinsk behandling

(EMN-2017-0578)

Medicinrådet har den 15. august 2018 anbefalet, at alle diagnosticerede patienter med kronisk hepatitis C fra 1. november 2018 skal tilbydes behandling med ny effektiv medicin. Medicinrådets nye anbefaling er en væsentlig udvidelse af den gældende anbefaling, da patienterne hidtil har skullet have betydende arvæv i leveren eller andre følgesygdomme for, at de kunne tilbydes behandling. Anbefalingen implementeres af regionerne.

Hepatitis C lægemidlerne er meget effektive og har få bivirkninger. Medicinrådets anbefaling vil gøre en klar forskel for patienterne, fordi patienterne ikke længere skal leve med virus i kroppen og vente på tegn på følgesygdom. Samtidig nedsættes risikoen for at smitte andre. Anbefalingen kommer efter, at Amgros på baggrund af en behandlingsvejledning fra Medicinrådet har opnået markante besparelser på lægemidlerne til behandling af hepatitis C. Det forventes, at man over en kort årrække vil kunne opnå en samfundsmæssig besparelse ved at tilbyde alle patienter behandling.

Kapacitetsproblemer på hospitalerne ifm. praktikophold for SOSU-assistentelever

(EMN-2018-00291)

På møde den 14. juni 2018 bad bestyrelsen om et notat om kapacitetsproblemer på hospitalerne ifm. praktikophold i forbindelse med bestyrelsens drøftelse af forhandlingerne om ny SOSU-assistent-uddannelse. Notat er vedlagt.

Praktiserende lægers sygebesøg

(EMN-2018-02092)

I PLO's og RLTN's aftale af 14. september 2017 var parterne enige om at opprioritere sygebesøgsopgaven og området fik tilført en merøkonomi på 100 mio. kr.

Baggrund var, at der i 2016 blev kørt 20 % færre sygebesøg end i 2013. Videre var det i overenskomsten fra 2014 ikke lykkedes at indgå decentrale aftaler om sygebesøg mellem kommuner, region og PLO.

I 1. halvår 2018 har praktiserende læger kørt 18 % flere sygebesøg i forhold til 1. halvår 2017, og der køres sygebesøg til flere (unikke) patienter end tidligere. Videre har der også været den ønskede aktivitetsstigning specifikt for sygebesøg til borgere ud over 15 km, hvor der i perioden har været samlet stigning på 22%.

Udviklingen i sygebesøg i første halvår af 2018 viser således, at overenskomsttaftalen har haft den ønskede effekt i forhold til at skabe en øget almen medicinsk dækning i borgerens eget hjem/plejehjem/akutplads og medvirker aktivt til at sikre lægedækning på kommunale akutpladser/tilbud.

Nyhedsbrevet 205

(EMN-2018-00765)

Siden juni 2018 har alle regionsrådsmedlemmer modtaget Danske Regioners nye nyhedsbrev målrettet til de 205 regionsrådsmedlemmer. Nyhedsbrevet udsendes pr. mail den første onsdag i hver måned. Det indeholder små artikler om emner, som de 205 regionspolitikere forventes at være interesserede i.

Regeringsudspil om mad, måltider og sundhed

(EMN-2017-01083)

Regeringen lancerede den 15. august 2018 et udspil, der indeholder en række initiativer for mad, måltider og sundhed, som skal fremme sundheden og livskvaliteten hos danskerne. Strategien indeholder bl.a. informationsindsats om gode madvaner, forsøgsprojekt på Lolland Falster, der skal udvikle sunde madvaner på tværs af sociale skel, rådgivning til forældre om barnets kost, når det overgår fra mælk til almindelig mad, en mærkningsordning til daginstitutioner, skoler og ungdomsuddannelser der skal fremme dialog med børn og unge om madvaner. Endeligt skal der oprettes en videnbank i regi af Sundhedsstyrelsen om mad og måltider til ældre.

Der er afsat 40 millioner kroner til at realisere initiativerne.

<http://mfvm.dk/footermenu/publikationer/publikation/pub/hent-fil/publication/regeringsstrategi-for-mad-maaltider-og-sundhed/>

Konferencer og arrangementer

(EMN-2018-02374)

1. november 2018

- National konference om brugerinddragelse i sundhedsvæsenet, Nyborg Strand. Link til tilmelding: <https://tilmeld.kl.dk/brugerinddragelse2018/tilmelding.html>

21. november 2018

- National konference om Aktiv Patientstøtte i DGI-byen i København. Link til tilmelding: <https://www.regionh.dk/aktivpatientstoette/konference/Sider/default.aspx>

22. – 23. november 2018

- Regionernes økonomi- og styringsseminar. Den 22. november er primært målrettet regionspolitikere. Overordnet fokus for seminaret vil være aktuelle økonomiske temaer, herunder styring. Link til tilmelding: <http://www.conferencemanager.dk/okonomiogstyringsseminar/arrangementet.html>.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Årsrapport 2017 - Regionernes akutlægehelikopter (1206111 - EMN-2018-00013)
2. Svar til Eli Lilly vedr. henvendelse om Medicinrådets anbefaling vedr. lægemidlet ramucirumab (1209811 - EMN-2018-00013)
3. Notat til bestyrelsen om Kapacitetsproblemer i praktikken for sosu-assistentelever (1206597 - EMN-2018-00291)

27 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at næste møde holdes torsdag den 4. oktober 2018 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

28 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Høringssvar - Forslag til lov om erhvervsfremme
Dagsordens titel	Høringssvar vedr. erhvervsfremmereformen
Dagsordenspunkt nr	2
Bilag nr	1
Antal bilag:	3



Erhvervsstyrelsen

Att.: Steen Frederiksen: stefre@erst.dk

Daniel Lauest Vistisen: danvis@erst.dk

13-08-2018

EMN-2017-00098

1183950

Hørings svar – forslag til lov om erhvervsfremme

Regeringen og Dansk Folkeparti indgik d. 25. maj 2018 en politisk aftale om den fremadrettede organisering af erhvervsfremmesystemet. Danske Regioner og regeringen har i forbindelse med Økonomaftalen for 2019 efterfølgende aftalt rammerne for regionernes nye ansvar for regional udvikling, som skal afspejles i forslag til lov om erhvervsfremme.

Følgende høringssvar indledes med en række generelle bemærkninger til forslaget til lov om Erhvervsfremme, herunder om regionernes fremadrettede rolle, inden der herefter afgives en række tekstnære bemærkninger til lovforslagets konkrete ordlyd.

Høringssvaret afgives med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse d. 30. august.

Generelle bemærkninger til forslag til lov om erhvervsfremme

Danske Regioner finder, at forslag til lov om erhvervsfremme er udtryk for en uhenigtsmæssig centralisering af indsatsen for at skabe decentral vækst og udvikling, og at det som følge vil blive sværere at få erhvervsfremmemidler og EU's strukturfondsmidler ud at arbejde i hele Danmark – herunder i landdistrikterne. Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse vil mangle det nødvendige lokale og regionale kendskab til de særlige udfordringer, styrker og potentialer, som er karakteristiske for virksomhederne i de forskellige dele af Danmark.

Danske Regioner finder det grundlæggende uhenigtsmæssigt, at en national bestyrelse skal lave en national strategi for den decentrale erhvervsfremmeindsats målrettet virksomheder i alle dele af Danmark. Ligeledes undrer det Danske Regioner, at den nationale strategi kun omfatter den decentrale erhvervsfremmeindsats og ikke de statslige indsatser.

Centraliseringen vil medføre, at det politiske ansvar for den decentrale erhvervsfremmeindsats samles hos markant færre personer, hvoraf et mindretal er demokratisk valgte, og hvor afstanden til de berørte borgere og virksomheder bliver markant større.

Samtidig vil den manglende nærhed til de decentrale aktører som f.eks. uddannelsesinstitutioner betyde, at det vil blive markant sværere at få samlet stærke regionale partnerskaber, som vil ansøge om midlerne til en indsats i fx Nordjylland. En opgørelse fra Erhvervsstyrelsen viser, at staten allerede i dag giver tilsagn om og udbetaler en markant mindre andel af den nationale andel af EU's strukturfonde end regionerne.

Danske Regionerne finder desuden, at lovforslaget indeholder et for snævert fokus på erhvervsfremme, som hovedsageligt forstås som 1:1 rådgivning. Det kan give silo-tænkning af vækstindsatsen og være en barriere for mulighederne for at tænke på tværs af erhverv, uddannelse og beskæftigelse i stærke regionale partnerskaber om de bredere vækstvilkår som f.eks. kompetenceløft og kvalificeret arbejdskraft.

Derudover noterer Danske Regioner sig, at lovforslaget ikke er et udtryk for en forenkling af indsatsen til gavn for virksomhederne, da der beskrives mere end 110 kommunale aktører alene. Regionerne har omvendt selv igangsat konkret forenkling af erhvervsfremmesystemet, herunder af klyngestrukturen.

Danske Regioner hæfter sig desuden ved, at lovforslaget ikke stiller spørgsmålstejn ved regionernes hidtidige erhvervsfremmeindsats og resultatskabelse. Effektmålinger fra Erhvervsstyrelsen, Danmarks Statistik og Danske Regioner har da også påvist, at virksomheder, der har deltaget i regionernes erhvervsfremmeindsatser, bl.a. har skabt mere end 13.000 nye private arbejdspladser og haft en meromsætning på 22 milliarder kroner sammenlignet med lignende virksomheder, der ikke har deltaget i de regionale indsatser. Desuden har knapt 30.000 personer øget deres kompetence-niveau som følge af deltagelse i en regional erhvervsfremmeindsats. Og netop den regionale effektmålingspraksis modtog i oktober 2016 rosede ord fra Rigsrevisionen, som udtalte, at *"regionerne i samarbejde med Danmarks Statistik og Erhvervsstyrelsen har udviklet et ensartet evalueringsværktøj, som måler effekten af de regionale midler til erhvervsfremme"*.

Samtidig bemærker Danske Regioner, at ingen analyser, internationale erfaringer eller anden evidens har peget på, at lovforslagets foreslåede erhvervsfremmestruktur uden regionalt niveau er vejen frem. Tværtimod er der internationalt i f.eks. EU og Norden stor opbakning til en regionalisering og decentralisering af vækstindsatsen under overskrifter som "smart specialisering". Den svenske Riksdag har f.eks. netop vedtaget, at de svenske regioner pr. 1. januar 2019 overtager ansvaret for at skabe regional vækst og udvikling. EU-landenes regeringschefer i Det Europæiske Råd vedtog ligeledes i april, at regioner fremover bør spille en vigtig rolle i indsatsen for at skabe vækst og udvikling i de europæiske lande. Et vigtigt redskab hertil er EU's strukturfondsmidler, som med den nye lov om erhvervsfremme centraliseres og flyttes væk fra regionerne og de stærke regionale partnerskaber og ind i staten.

Ligeledes har Danske Regioner noteret sig, at der over de seneste måneder har lydt klare advarsler mod den foreslåede centralisering af den regionernes erhvervsfremme- og turismeindsats. Det gælder såvel toneangivende virksomheder som Danfoss, Grundfos, Legoland og MAN Diesel som andre vigtige erhvervspolitiske aktører som f.eks. dekanerne fra de tekniske og naturvidenskabelige fakulteter, regionale arbejdstagerorganisationer og erhvervsskolerne – alle parter, som spiller en helt afgørende rolle i det regionale samarbejde om bl.a. sikre virksomhederne kvalificeret arbejdskraft.

Endvidere bemærker Danske Regioner, at der er stillet spørgsmålstejn ved, om den foreslåede erhvervsfremmestruktur er i overensstemmelse med det såkaldte partnerskabsprincip (EU-forordning nr. 1303/2013, artikel 5, §1), hvis Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse skal udmønte EU's strukturfondsmidler. I et brev til Danske Regioner skriver EU-Kommissionen desuden, at den nye model kræver en ændring af Partnerskabsaftalen med Danmark.

Regionernes fremadrettede ansvar for regional udvikling

Danske Regioner noterer sig, at regionerne med lovforslaget fortsat på en lang række områder bidrager til at sikre et Danmark, der hænger sammen, hvor borgerne uanset bopæl har mulighed for at leve et godt, sundt og trygt liv.

Med økonomiaftalen for 2019 har regeringen givet opbakning til, at de regionale udviklingsstrategier og regionernes indsats for regional udvikling fortsat er helt central for at skabe et Danmark i balance, hvor borgere i alle dele af landet har let adgang til gode uddannelser, velfungerende kollektiv trafik, ren jord og rent drikkevand, attraktive kultur- og naturtilbud samt et grønt og bæredygtigt samfund. Noget, som også Forenklingsudvalget for Erhvervsfremme fremhævede i sine anbefalinger til et nyt erhvervsfremmesystem: *”Regionerne vil dog stadig spille en vigtig rolle for den regionale udvikling gennem opgaver med infrastruktur og trafik, uddannelse og arbejdskraft samt miljøområdet. Det er udvalgets forventning, at regionerne vil fokusere på disse opgaver, der alle er af stor betydning for virksomhederne”.*

Med økonomiaftalen blev det desuden understreget, at regionernes arbejde med regional udvikling vil have fokus på FN's verdensmål og indtænke bæredygtighed i de regionale tiltag.

Som følge af regionernes fremadrettede ansvar for regional udvikling vil regionerne bruge de regionale pladser i de tværkommunale erhvervshuse og i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse til at skabe sammenhæng mellem erhvervsfremmeindsatsen og regionernes indsats for at skabe gode regionale udviklingsvilkår.

Danske Regioner noterer sig endvidere med tilfredshed, at det med §15, stk. 9, anerkendes, at regionerne kan samle stærke regionale partnerskaber mellem virksomheder, videninstitutioner og offentlige myndigheder om indsatser målrettet kvalificeret arbejdskraft til erhvervslivet i hver region. Det er f.eks. et stærkt regionalt partnerskab mellem Danfoss, Linak, Region Syddanmark, Sønderborg Kommune og Syddansk Universitet, som står bag etableringen af Center for Industriel Elektronik på Als, hvis

uddannelses- og forskningsfaciliteter skal levere den arbejdskraft og innovation, som de syddanske energiteknologiske virksomheder efterspørger. Det samme gælder Knowledge Hub Zealand i Kalundborg, hvor Region Sjælland bl.a. har samarbejdet med Novo Nordisk, Kalundborg Kommune og de regionale uddannelsesinstitutioner om etableringen af både ingeniøruddannelse og forskningsmiljø. Regionerne vil fortsat bidrage til at samle sådanne partnerskaber til gavn for både virksomheder og borgere i hele Danmark.

Danske Regioner deler regeringens høje ambitioner for life science-erhvervet, herunder målsætningerne i regeringens vækstplan på området. Regionerne og de regionale institutioner ønsker fortsat at lægge stor vægt på offentligt-private samarbejder med danske life science-virksomheder, så hospitaler, videninstitutioner og virksomheder også i fremtiden kan samarbejde omkring innovation, udvikling, test og afprøvning af nye produkter og løsninger inden for life science samt skabe sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger i verdensklasse til gavn for patienter, virksomhederne og dansk eksport. Med bortfaldet af regionernes hidtidige rolle indenfor erhvervsfremme ser Danske Regioner imidlertid med bekymring på, hvorvidt lovgivningen indeholder tilstrækkelige konkrete hjemler til, at regionerne også i fremtiden kan spille en drivende rolle som part i offentlige-private samarbejder i relation til life science, sundhedsinnovation samt sundheds- og velfærdsteknologi. Danske Regioner opfordrer derfor regeringen til at sikre klare og tilstrækkelige hjemler til offentlig-privat samarbejde på sundhedsområdet.

Ligeledes ønsker regionerne at fortsætte det vigtige grænseoverskridende samarbejde om regional udvikling, f.eks. i regi af Greater Copenhagen og det regionalt baserede dansk-tyske samarbejde. Danske Regioner opfordrer derfor erhvervsministeren til en tæt dialog om udmøntningen af §15, stk. 7, der giver ministeren adgang til at fastsætte regler om regionernes grænseoverskridende og internationale samarbejde.

Tekstnære bemærkninger til forslag til lov om erhvervsfremme

Danske Regioner har herudover en række konkrete tekstnære bemærkninger til lovforslaget.

Titel og formål

Danske Regioner bemærker, at titlen på loven bør fastholdes som den nuværende *”lov om erhvervsfremme og regional udvikling”* og ikke forkortes til det foreslåede *”lov om erhvervsfremme”*, da loven stadig beskæftiger sig med både erhvervsfremme og regional udvikling (jf. kapitel 7 i lovforslaget).

Danske Regioner bemærker i forlængelse heraf, at det i §1 bør fremgå, at et af lovens formål er *”at fremme en sammenhængende indsats for regional udvikling i hele Danmark, herunder i forhold til kollektiv trafik, uddannelse, kultur og miljø”*.

Danske Regioner påpeger endvidere, at der i §1, stk. 9, bør stå ”*udviklingen af lokale og regionale kompetencer*”. Det danske arbejdsmarked er nemlig ifølge analyser fra bl.a. Danmarks Statistik i høj grad opdelt i regionale arbejdskrafts- og pendlingsoplande. Ligeledes fremgår det af §15, stk. 9, at regionerne fortsat har adgang til at ansøge om og deltage i projekter netop om kvalificeret arbejdskraft. Dermed anerkendes det, at regionerne yder et vigtigt bidrag til netop udviklingen af de regionale kompetencer.

I beskrivelsen af lovens formål i §1 fremhæves det, at loven skal fremme udviklingsaktiviteter i yderområderne. Det beskrives imidlertid ikke nærmere hverken i lovteksten eller bemærkningerne, hvordan dette skal ske i praksis. Der bør derfor indarbejdes yderligere anvisninger hertil. Der kan eventuelt tages afsæt i de gældende erhvervsfremmelov, hvor det bl.a. fremgår, at de regionale vækstfora skal overvåge den erhvervmæssige udvikling i regionens yderområder, ligesom vækstforaene som led i deres bidrag til de regionale vækst- og udviklingsstrategier skal beskrive den konkrete indsats for yderområderne inden for regionen. Ifølge den gældende erhvervsfremmelov skal der desuden gennemføres evalueringer af yderområdeindsatsen. Erhvervsministeren fastsætter reglerne herom.

Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse

Danmarks Erhvervsfremmebestyrelsen skal formulere en strategi, der udelukkende gælder for den decentrale erhvervsfremmeindsats. Danske Regioner havde gerne set, at der blev udarbejdet en samlet erhvervsfremmestrategi, der både gælder den statslige og den decentrale erhvervsfremmeindsats. Som minimum bør Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse også specifikt have opgaven med at rådgive ministeren om, hvordan den decentrale og den nationale erhvervsfremmeindsats kommer til at hænge bedst muligt sammen til gavn for virksomhederne.

Danske Regioner undrer sig i den forbindelse over, at det i §9, stk. 1, nr. 4, fremgår, at det blot er på anmodning, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse kan rådgive erhvervsministeren om udformningen af den nationale erhvervs- og vækstpolitik. På linje med, at Danmarks Vækstråd i dag har til opgave at rådgive erhvervsministeren om udformningen af den nationale erhvervs- og vækstpolitik bredt set, bør Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse ligeledes have adgang til selvstændigt at beslutte på hvilke områder, den vil rådgive ministeren. Også bemyndigelsen i §8, stk. 3, der giver erhvervsministeren adgang til at fastsætte regler for Danmarks Erhvervsfremmebestyrelses virke, herunder beslutte inden for hvilke områder bestyrelsen kan igangsætte aktiviteter, indebærer en risiko for en uhensigtsmæssig politisk styring af arbejdet i bestyrelsen. Samlet set kan disse bestemmelser bidrage til at udhule beslutningskraften i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse og bør derfor justeres.

Derudover bør det af §9 fremgå, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse har til opgave at igangsætte en kontinuerlig evaluering af den decentrale erhvervsfremmeindsats, så effekten af projekterne igangsæt af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse bli-

ver dokumenteret. Regionerne har selv fået evalueret de regionale indsatser af Erhvervsstyrelsen og Danmarks Statistik, hvilket har bidraget til at kvalificere og dokumentere den regionale erhvervsfremme over en mangeårig periode.

I §9, stk. 1, nr. 5 fremgår det, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse skal *”udtale sig som høringspart om regionernes udviklingsstrategier”*. Af §15, stk. 3 fremgår det endvidere, at *”Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse skal høres om indholdet af strategien inden den offentlige høring”* (side 59). I bemærkningerne til §9, stk. 1, nr. 5 uddybes det, at *”regionerne er forpligtede til enten at gennemføre Danmarks Erhvervsfremmebestyrelses anbefalinger eller at afgive en redegørelse, hvori det forklares og begrundes, hvorfor en anbefaling i givet fald ikke gennemføres (”følg-eller-forklar”-princippet)”*. Danske Regioner finder det uacceptabelt, at de folkevalgte regionsråd skal følge *”følg-eller-forklar”*-princippet over for de 16 medlemmer af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, inden de vedtager regionalpolitiske strategier, som netop ikke vedrører erhverv og turisme (jf. §15, stk. 2), men i stedet regionale udviklingsemner som f.eks. kollektiv trafik, uddannelse, kultur og miljø. Emner, som Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse jf. §9, stk. 1 ikke beskæftiger sig med. Samtidig vil en særskilt høring af Danmark Erhvervsfremmebestyrelse medføre en u hensigtsmæssig forsinkelse af regionernes udformning af regionale udviklingsstrategier. Danske Regioner foreslår derfor, at §9, stk. 1, nr. 5, og sidste sætning i §15, stk. 3, bortfalder. I stedet kan Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, jf. §15 stk. 5, bidrage som høringspart blandt de øvrige lokale, regionale og statslige interessenter, når regionsrådet inden vedtagelsen af den regionale udviklingsstrategi foretager en offentlig høring af udkast til strategien.

Danske Regioner noterer sig med tilfredshed, at regionerne tildeles en plads i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. Regionerne vil bruge pladsen til at skabe sammenhæng mellem erhvervsfremmeindsatsen og regionernes indsats for regional udvikling. I relation til udpegningen af medlemmer til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse fremgår det dog af §10, stk. 2, nr. 3, at *”1 medlem udpeges af regionsrådene”*. Danske Regioner anbefaler her, at *”regionsrådene”* ændres til *”Danske Regioner”*.

Erhvervshuse og kommuner

Danske Regioner noterer sig i øvrigt med tilfredshed, at regionerne tildeles en plads i erhvervshusenes bestyrelser. Regionerne vil bruge pladsen til at skabe sammenhæng mellem erhvervsfremmeindsatsen og regionernes indsats for regional udvikling.

Danske Regioner finder det u hensigtsmæssigt, at virksomheder kun kan deltage i tilbud hos det erhvervshus, som den kommune, virksomheden ligger placeret i, *”oplever størst tilknytning til”*, jf. bemærkningerne til §12 på side 52. Det bør ikke være sådan, at virksomheder i én kommune har adgang til bedre erhvervsfremme end virksomheder lige på den anden side af kommunegrænsen. I stedet bør det alene være erhvervsfremmetilbuddenes kvalitet – og ikke placering og kommunalpolitiske overvejelser – der afgør hvilke tilbud, som en virksomhed kan benytte sig af. Derfor har virksomheder fra hele Danmark da også hidtil kunne deltage i alle regionale erhvervsfremmeindsatser uanset hvilken region, de er placeret i.

Endelig bemærkes, at det bør sikres overensstemmelse mellem i §14, stk. 7 og bemærkningerne hertil. Investeringsfremme nævnes således f.eks. i bemærkningerne, men ikke i selve paragrafteksten.

Regionernes opgaver

Det fremgår af afsnit 3.4.2 i de almindelige bemærkninger til lovforslaget, at *”regioner kan inden for områder, hvor regionerne specifikt i lovgivningen er tillagt kompetence i relevant omfang ansøge og deltage i projekter igangsat af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse som led i dennes opgave med at fremme vækst og erhvervsudvikling i hele Danmark. Disse områder er p.t. kollektiv trafik, uddannelse, kultur og miljø”*. Danske Regioner finder det u hensigtsmæssigt, at de nævnte områder ikke er dækkende for regionernes lovhjemlede kompetencer, der f.eks. også dækker sundhedsområdet og grøn omstilling. Danske Regioner bemærker derfor, at sundhed og grøn omstilling bør nævnes i afsnit 3.4.2.

Danske Regioner noterer sig med tilfredshed, at det med §15, stk. 9, anerkendes, at regionerne kan samle stærke regionale partnerskaber mellem virksomheder, videninstitutioner og offentlige myndigheder om indsatser målrettet kvalificeret arbejdskraft til erhvervslivet i hver region. Opgaven skal dog løses med de rette finansieringskilder, og derfor finder Danske Regioner det u hensigtsmæssigt, at det af §15, stk. 9, fremgår, at det blot er Den Europæiske Socialfond, som regionerne kan benytte som finansieringskilde. Uden adgang til øvrige finansieringskilder som Den Europæiske Regionalfond og de nationale erhvervsfremmemidler vil det hindre regionerne i at kunne *”skabe stærke partnerskaber mellem uddannelsesinstitutioner, virksomheder, myndigheder m.v. om kvalificeret arbejdskraft”* (jf. bemærkningerne til §15, stk. 9) – noget som Center for Industriel Elektronik på Als og Knowledge Hub Zealand i Kalundborg er eksempler på. Danske Regioner mener derfor, at regioner bør kunne ansøge om og deltage i projekter om kvalificeret arbejdskraft fra Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse uanset, om de er finansieret med midler fra EU’s Socialfond eller med andre finansieringskilder. Formuleringen *”under Den Europæiske Socialfond”* i §15 stk. 9 bør derfor udgå.

Endvidere bemærker Danske Regioner, at eksemplet *”Det kunne f.eks. være et universitetshospitals engagement i et strukturfondsprojekt som videnspartner”* i bemærkningerne til §15, stk. 8 (side 60, andet afsnit) ikke er dækkende for den måde, hvor på regionerne og regionale institutioner gennem deres lovhjemlede opgave kan ansøge om midler til og deltage i decentrale indsatser igangsat af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. Det bør derfor i lovbemærkningen indgå, at regionerne og de regionale institutioner også kan indgå som leadpartner på et projekt og administrere projektet, idet dette f.eks. vil have stor betydning for det forsatte offentligt-private samarbejde om sundhedsinnovation.

Derudover fremgår det, at regionsrådene ikke længere må arbejde med *"erhverv, turisme og vækst"* (f.eks. i §15, stk. 2, under bemærkningerne på side 58, under almindelige bemærkninger til lovforslaget på side 24 (andet afsnit), under bemærkningerne til §15 på side 60 (første afsnit) samt i bemærkningerne til §28-§30 på side 60-61). Danske Regioner mener, at inklusionen af ordet vækst i denne sammenhæng er upræcist og uhensigtsmæssigt, da ordet "vækst" i loven ellers kun bruges få gange og som et generelt begreb. Regionernes indsats vedr. bl.a. kollektiv trafik, uddannelse, kultur og miljø er netop med til at skabe rammerne for vækst i hele Danmark – herunder også i landdistrikterne. Danske Regioner mener derfor, at ordet "vækst" bør udgå fra de pågældende paragraffer og lovbemærkninger.

Endelig har Danske Regioner været i dialog med Erhvervsministeriet og Undervisningsministeriet, der har bekræftet, at de foreslåede ophævelser af regionale hjemler i §31-§33 beror på en administrativ fejl. I stedet for ophævelse skal de berørte paragraffer i sektorlovgivning ændres på samme måde, som det fremgår af §28-§30, dvs. at *"regional vækst- og udviklingsstrategi"* erstattes med *"regional udviklingsstrategi"*.

Overgangsbestemmelser

I § 24, stk. 1 bestemmes det, at igangværende projekter, der er igangsat efter indstilling fra de regionale vækstfora, løber indtil afslutningen af de pågældende projekter. I bemærkningerne til § 24 står der imidlertid kun, at bestemmelsen handler om eksisterende regionale projekter, der er igangsat med finansiering fra de regionale udviklingsmidler. Der er brug for at specificere, at også igangværende projekter, der er igangsat med finansiering fra strukturfondsmidlerne, løber indtil afslutningen af de pågældende projekter.

§ 24 stk. 2 giver hjemmel til, at erhvervsministeren efter aftale med Danske Regioner kan bestemme, at igangværende projekter overflyttes til Erhvervsstyrelsen. Bestemmelsen bør ændres til, at erhvervsministeren efter aftale med den pågældende region kan bestemme, at igangværende projekter overflyttes til Erhvervsstyrelsen. Danske Regioner har ikke nogen kompetence på dette felt. En aftale med den enkelte regioner ligger samtidig godt i tråd med den proces vedr. overdragelse af tilskudssager, som Erhvervsstyrelsen allerede i juni måned har meldt ud til de fem regioner og Bornholms Regionskommune.

Af § 24, stk. 3 fremgår det, at regionerne forpligtes til at friholde staten for enhver udgift, der følger af ufinansierede garantier eller løfter udstedt af regionerne, krav om betalinger, erstatninger el. lign., der pålægges staten som følge af overtrædelse af lovgivning eller manglende opfyldelse af vilkår i tilsagn. Danske Regioner finder hverken, at det er rimeligt eller nødvendigt at indføre en sådan særskilt regulering. Når staten den 1. januar 2019 overtager det samlede ansvar for regionernes og de regionale vækstforas opgaver på erhvervsfremmeområdet, og regionerne samtidig afleverer 600 mio. kroner som konsekvens heraf, bør staten træde fuldt ind i de forpligtelser, der knytter sig til opgaverne. En erhvervsfremmeoperatørs eventuelle overtrædelse af sine kontraktretlige forpligtelser bør under inden omstændigheder kunne

medføre økonomiske konsekvenser for regionerne. En regions adgang til at udstede garantier eller løfter er allerede reguleret via de statsligt fastsatte budget- og regnskabsregler for regionerne mv. Til sammenligning kan det i øvrigt bemærkes, at lovforslaget i relation til erhvervshusene bestemmer, at staten vil indtræde i erhvervshusenes rettigheder og forpligtelser i tilfælde af de tværkommunale erhvervshusenes nedlæggelse.

Afslutningsvis skal det fremhæves, at Danske Regioner finder det principielt bekymrende, at regeringen lægger op til, at overdragelse af opgaver samt reorganiseringen af området skal ske inden for en meget kort tidshorizont. Danske Regioner havde endvidere gerne set, at lov om virksomhedsoverdragelse af hensyn til medarbejderne var taget i anvendelse i forbindelse med overdragelsen af opgaver fra regionerne til staten.

Med venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Relateret document 2/3

Dokument Navn: Hørings svar - ændring af lov om administration af Den Europæiske Regionalfond og Den Europæiske Socialfond.pdf

Dokument Titel: Hørings svar - ændring af lov om administration af Den Europæiske Regionalfond og Den Europæiske Socialfond

Dokument ID: 1206659

Erhvervsstyrelsen

Att.: Steen Frederiksen: stefre@erst.dk

Daniel Lauest Vistisen: danvis@erst.dk

DANSKE
REGIONER



13-08-2018

EMN-2017-01053

1188482

Høringsvar - ændring af lov om administration af Den Europæiske Regionalfond og Den Europæiske Socialfond

Høringsvaret fremsendes med forbehold for bestyrelsens drøftelse den 30. august 2018.

Med udgangspunkt i den nye lov om erhvervsfremme bidrager regionerne fortsat på en lang række områder til at sikre et Danmark, der hænger sammen, og hvor borgerne uanset bopæl har mulighed for at leve et godt, sundt og trygt liv.

Den fremsatte ændring af lov om administration af Den Europæiske Regionalfond og Den Europæiske Socialfond er en konsekvens af den politiske aftale om erhvervsfremme, som blandt andet betyder, at de regionale vækstfora pr. 1. januar 2019 nedlægges, og at vækstforaenes opgaver i forhold til indstilling af strukturfondsmidler overføres til den nye Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse.

Regionerne vil fortsat have adgang til at ansøge om og deltage i strukturfondsprojekter, hvortil der ydes tilskud under fondene, herunder inden for det regionale udviklingsområde samt kvalificeret arbejdskraft. Det fremhæves specifikt, at regionerne eller regionale institutioner med hjemmel i anden lovgivning kan deltage i og medfinansiere strukturfondsprojekter inden for sygehusvæsenet.

- I lovforslagets §5 fremgår det, at ordet 'regioner' fjernes, således at der står: "Staten, ~~regioner~~ og kommuner kan medfinansiere de projekter, hvortil der kan ydes tilskud under Regionalfond og Socialfonden."

Den nye §5 står i kontrast til indholdet i den politiske aftale, som også er anført i lovbemærkningerne, dvs. at regionerne inden for de regionale udviklingsområder (kollektiv trafik, uddannelse, kultur og miljø) samt i tilknytning hertil den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning samt grænseoverskridende samarbejde, kan ansøge om og deltage i projekter, og at regionerne får særskilt hjemmel i erhvervsfremmeloven til at ansøge og deltage i projekter om kvalificeret arbejdskraft.

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

Det er uhensigtsmæssigt og misvisende, at 'regioner' udgår af §5, da den nye §5 signalerer, at regionerne ikke længere kan medfinansiere strukturfondsprojekter. Dermed bliver der uoverensstemmelse mellem §5 og den politiske aftale og lovbemærkningerne.

Danske Regioner foreslår derfor, at 'regioner' fortsat indgår i §5, eller at §5 helt udgår, eller at der i §5 henvises til, at regionerne kan medfinansiere projekter, hvortil der ydes tilskud fra Regionalfonden og Socialfonden, for så vidt der er hjemmel i anden lovgivning.

Regionerne har endvidere en række principielle synspunkter til erhvervsfremmereformen. Der henvises til Danske Regioners høringssvar vedrørende lov om erhvervsfremme.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Relateret document 3/3

Dokument Navn: Hørings svar - ændring af lov om turisme og lov om VisitDenmark.pdf

Dokument Titel: Hørings svar - ændring af lov om turisme og lov om VisitDenmark

Dokument ID: 1206657



Erhvervsstyrelsen

Att.: Steen Frederiksen: stefre@erst.dk

Daniel Lauest Vistisen: danvis@erst.dk

13-08-2018

EMN-2017-05035

1188570

Høringssvar vedr. ændring af lov om turisme og lov om VisitDenmark

Danske Regioner har modtaget et forslag til ændring af lov om dansk turisme og lov om VisitDenmark i høring. Lovforslaget indgår i den lovpakke, der er udarbejdet på baggrund af den politiske aftale mellem regeringen og Dansk Folkeparti om erhvervsfremmesystemet.

Forslaget blev sendt i høring den 2. juli 2018 med frist den 13. august 2018. Det har ikke været muligt inden for denne tidsfrist at behandle høringssvaret politisk, og der tages derfor forbehold for behandlingen i Danske Regioners bestyrelse den 30. august 2018.

Regionerne indgik i 2014 en aftale med det daværende Erhvervs- og Vækstministerium om at oprette og investere midler i tre regionale turismeselskaber. Danske Regioner finder det afgørende for en fortsat positiv udvikling i dansk turisme, at selskaberne får mulighed for at fortsætte den indsats, som de i de seneste år har gennemført for at udvikle hhv. kyst- og naturturismen, erhvervs- og mødeturisme samt storbyturismen. Danske Regioner noterer sig, at loven lægger op til, at de regionale turismeselskaber ændrer navn, men grundlæggende fortsætter som i dag.

Regionernes ansvar og opgaver vedrører fx kulturtilbud, naturoplevelser, vel fungerende kollektiv trafik, ren jord og rent drikkevand samt et grønt og bæredygtigt samfund, som alle er parametre, der nu og i fremtiden forventes at blive vægtet højt blandt turister. Arbejdet med alle disse områder samles i de kommende regionale udviklingsstrategier, som dermed vil have relevans for udviklingen af turismeaktiviteter rundt om i landet.

Danske Regioner anbefaler i forlængelse heraf, at følgende tekst indsættes i lovens bemærkninger: Regionerne vil via arbejdet med de regionale udviklingsstrategier fremover kunne bidrage til sammenhængende indsatser inden

for kollektiv trafik, kulturel virksomhed, uddannelse, miljø, infrastruktur, udvikling af yderområder, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning. Det vil derfor være hensigtsmæssigt med en dialog mellem regioner, turismeudviklingsselskaber og destinationer om, hvordan den regionale udviklingsstrategi kan understøtte udviklingen af turisme i alle dele af landet.

Det fremgår af lovforslaget, at Danske Regioner som konsekvens af regionernes opgavebortfald på turismeområdet ikke længere vil have plads i Det Nationale Turismeforum. Det fremgår samtidig, at Danske Regioner fremover får mulighed for at indstille et medlem til Dansk Turismes Advisory Board, i stedet for at alene at kunne indstille en observatør, som det er tilfældet i dag. Advisory Board har til opgave at rådgive Det Nationale Turismeforum, og Danske Regioner vil via sin repræsentation kunne bidrage til at sikre en god sammenhæng til de øvrige regionale udviklingsopgaver, som regionerne har, jf. ovenfor.

Ifølge lovforslaget udvides Det Nationale Turismeforum med bestyrelsesformanden for Dansk Kyst- og Naturturisme og med bestyrelsesformanden for Wonderful Copenhagen. For at sikre en tilstrækkelig repræsentation af erhvervs turismen på landsplan foreslår Danske Regioner, at også bestyrelsesformanden for MeetDenmark får plads i Det Nationale Turismeforum.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at lovforslaget kun indebærer få materielle ændringer, der i sig selv kan sikre bedre sammenhæng i den offentlige turismefremmeindsats og forebygge, at der etableres overlappende turismefremmeindsatser. Eksempelvis skal konsolideringen af turismefremmeindsatsen i 15-25 destinationsselskaber først aftales senere mellem regeringen og KL.

For generelle bemærkninger til den samlede erhvervsfremmereform henvises i øvrigt til Danske Regioners høringssvar vedr. lov om erhvervsfremme.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag Titel:	Hørings svar vedrørende Kommissionens forslag til nye forordninger for samhørighedspolitikken
Dagsordens titel	Hørings svar vedrørende ny EU-lovgivning om strukturfonde efter 2020
Dagsordenspunkt nr	3
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Udenrigsministeriet
Att: andrfo@um.dk og eup@um.dk

DANSKE
REGIONER



10-08-2018
EMN-2017-00577
1190508

Høringsvar: EU-Kommissionens forslag til ny samhørighedspolitik 2021-2027

Udenrigsministeriet har sendt en række strukturfondsforordninger i høring med svarfrist den 10. august 2018. Udenrigsministeriet har endvidere udarbejdet grund- og nærhedsnotater til Folketingets Europaudvalg om de nævnte forordninger. Danske Regioners høringssvar forholder sig til både forordninger og grund- og nærhedsnotater. Høringssvaret fremsendes med forbehold for bestyrelsens drøftelse den 30. august 2018.

Regionerne i de nye strukturfondsprogrammer 2021-2027

Regionerne i Danmark er også efter 2019 kompetente myndigheder i forhold til at sikre udvikling og gode levevilkår i hele landet. Gennem regionernes myndighedsopgaver og den regionale udviklingsstrategi understøtter regionernes kompetencer i vid udstrækning de mål og indsatser, som EU's regionalpolitik bygger på efter 2020: Et grønt og bæredygtigt samfund, et rent miljø, tryghed i forhold til klimaforandringer, velfungerende infrastruktur, adgang til gode uddannelser og arbejdskraft, der er efterspurgt af erhvervslivet, og attraktive kultur- og naturtilbud.

Hertil kommer, at regionerne arbejder med et internationalt udsyn og samarbejder om at løse samfundsmæssige udfordringer i den regionale geografi med input og videnoverførsel fra internationale aktører.

Regionerne har endvidere lang erfaring i forhold til at facilitere stærke regionale partnerskaber, på tværs af aktører og sektorer, som er forudsætningen for en succesfuld strukturfondsindsats.

Regionerne bakker op om, at EU-Kommissionens forslag for programperioden 2021-2027 i høj grad bygger på eksisterende regler og strukturer, således at støttemodtagere og andre involverede i stor udstrækning allerede er bekendt med fondenes funktionsmåde og således sikrer en smidig overgang mellem de to programperioder.

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

1. Forordning om fælles bestemmelser

Midler til alle regioner: Det er positivt og vigtigt at fastholde, at EU's regionalpolitik skal omfatte alle NUTS 2-regioner i EU, således at alle regioner bidrager til at opfylde de europæiske målsætninger.

Midler til mere udviklede regioner: Danske regioner støtter, at de mere udviklede regioner kan gå forrest med innovative indsatser i forhold til bæredygtig udvikling, klimaforebyggelse mv. Hvis nye løsninger på udfordringer og muligheder skal bredt implementeres i Europa, f.eks. gennem udbredelse af smarte teknologier, kræver det, at de mere udviklede regioner går forrest og viser vejen.

Udviklingen i hele Europa er afhængig af, at de nye teknologier kan betjenes af dygtige medarbejdere. Derfor er det afgørende, at nye specialiseringer inden for fx nye teknologier og digitalisering i hele EU bliver fulgt op med tiltag, som sikrer de rigtige kompetencer.

Der er også udfordringer i de mere udviklede regioner, f.eks. i forhold til at sikre en mere balanceret udvikling og sammenhæng mellem by og land, integrere marginaliserede befolkningsgrupper, og tage hånd om klimaudfordringer.

Maksimalt 50 procent national medfinansiering: Danske Regioner mener, at for at sikre det fælles ejerskab og partnerskab om gennemførelse af struktur-fondsprogrammerne, bør den nationale medfinansieringsrate i de mere udviklede regioner ikke overstige 50 procent. 60 procent medfinansiering fra de mere udviklede regioner, som der lægges op til i forordningerne, vil gøre det mindre attraktivt for operatører og støttemodtagere at medvirke til projekterne og således bidrage til at opfylde de fælles EU-målsætninger.

3 regionskategorier: Danske Regioner støtter som foreslået, at der fortsat er tre regionskategorier for struktur-fondsmidlerne: Mindre udviklede regioner, overgangsregioner og mere udviklede regioner.

Fastholde BNP som regionsindikator: BNP bør - som foreslået af EU-Kommissionen - være indikator for, hvilken kategori en region er omfattet af, da alternative indikatorer endnu ikke er valide eller sammenlignelige på tværs af regionerne i alle EU-landene.

Forenkling: Det er positivt, at Kommissionen foreslår differentieret tilgang til kontrol og revision, således at der er proportionalitet mellem kontrolkravene, administrationsomkostningerne og den reelle risiko for EU-budgettet. Programmer, som historisk har vist få fejl, bør drage fordel heraf.

Støtte til politiske mål: Regionerne støtter EU's strukturpolitiske målsætninger om at sikre et mere intelligent og grønt Europa, samt et mere forbundet og socialt Europa. Der er behov for en indsats på alle disse områder.

2. Forordning om Regionalfonden

Støtte til et grønt Europa: Danske Regioner mener, at Danmark bør benytte sig af muligheden for at prioritere Regionalfondsmidlerne til både at understøtte et intelligent og et grønt Europa. Regeringen opfordres særligt til at prioritere en dansk strukturfondsindsats inden for energiomstilling, cirkulær økonomi, klimatilpasning og risikoforvaltning, som på sigt kan være med til at sikre et sundere, grønnere og mere bæredygtigt Danmark.

3. Forordning om Socialfonden+

Stærk indsats for uddannelse og arbejdsmarked: Det er fortsat vigtigt med en stærk indsats for at sikre den rette, kompetente og kvalificerede arbejdskraft i alle dele af landet. Det kræver ikke mindst, at Danmark prioriterer Socialfondssindsatsen til at sikre kvalificeret arbejdskraft, forbedrer kvalitet og arbejdsmarkedsrelevansen af uddannelsessystemerne, sikrer uddannelse af høj kvalitet og fremmer livslang læring.

Støtte til sundhedsprogram: Regionerne støtter EU-Kommissionens forslag om at styrke sundhedsprogrammet under Socialfonden+, herunder at beskytte borgerne mod grænseoverskridende sundhedstrusler, og at styrke samarbejdet om medicinsk teknologivurdering.

4. Forordning om Interreg

Støtte til alle typer Interreg: Regionerne støtter et fortsat stærkt europæisk, territorialt samarbejde, fordi Interreg-programmerne har både stor national og europæisk merværdi i forhold til at finde løsninger på fælles udfordringer på tværs af grænser. Det sker bedst gennem netværk og partnerskaber, som Interreg-programmerne understøtter. Både de grænseoverskridende, de transnationale og de interregionale Interreg-programmer.

Fortsat støtte til Interreg Europe: Interreg Europe-programmet har vist sig hensigtsmæssigt i forhold til at vidensdele om og forbedre regionale udviklingspolitikker i partnerskab med regioner i hele Europa. Særligt er det nyttigt, at alle typer af regionale udviklingspolitikker er omfattet af programmet, som bør fortsætte.

Grænseoverskridende programmer med maritime grænser skal fastholdes: I forordningsudkastet foreslås det, at de maritime samarbejder (f.eks. Sjælland-Tyskland samt Nord- og Midtjylland-Sverige) flyttes fra de nuværende grænseoverskridende Interreg-programmer til de havbaserede transnationale

programmer som Nordsøen og Østersøen, som fremover først og fremmest skal understøtte EU's makroregionale strategier.

Danske Regioner er ikke enig i at splitte lovgivningen for programmer med landfaste og maritime grænser. Det territoriale samarbejde skal fortsat kunne finde sted i geografisk hensigtsmæssige rammer, og de maritime grænseregioner uden faste forbindelser skal ikke udelukkes fra værdiskabende grænseoverskridende samarbejder.

F.eks. er det meget uhensigtsmæssigt, hvis det veletablerede dansk-tyske samarbejde fremover skal splittes op i to: Et lille landfast program uden op-hæng til Land Slesvig-Holsten, det øvrige Region Syddanmark eller Region Sjælland og uden øje for, at en fast forbindelse er under etablering på tværs af Femern Bælt, og et andet lille program under Interreg Østersøen. I det nuværende dansk-tyske program slog man netop to programmer sammen på anbefaling fra EU-Kommissionen og ud fra de danske og tyske programpartners ønske om at give det dansk-tyske samarbejde et indholdsmæssigt og funktionelt løft. Endvidere er der en fast forbindelse under etablering på tværs af Femern Bælt.

Lignende uhensigtsmæssigheder gør sig gældende for det dansk-svenske samarbejde, som risikerer at blive splittet op i et snævert Øresundsbro-program uden Nordsjælland pga. NUTS 3-inddelingen i Danmark, der ikke svarer til det veletablerede politiske samarbejde i Greater Copenhagen, samt en prioritet under Interreg Nordsøen for de øvrige parter i det nuværende Kattegat-Skagerrak-program. De nuværende geografiske dækninger for de grænseoverskridende samarbejdsprogrammer bør kunne fortsætte i uændret form, uanset om de har landfaste eller maritime grænser.

5. Forordning om Globaliseringsfonden

Danske Regioner støtter en fortsættelse af Globaliseringsfonden, som særligt i sin første funktionsperiode 2007-2014 viste sig særdeles nyttig for Danmark i forbindelse med store virksomhedsafskedigelser i de første år af den økonomiske krise. Resultatet af den danske indsats viste sig særligt effektiv i forhold til en håndholdt indsats over for de ramte medarbejdere til at finde ny beskæftigelse gennem tilpasning af deres kompetencer. Danmark er et af de EU-lande, som relativt set har nydt økonomisk bedst af Globaliseringsfonden.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag Titel:	Danske Regioners hørings svar
Dagsordens titel	Hørings svar vedr. ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed, om apoteksvirksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love
Dagsordenspunkt nr	11
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

DANSKE
REGIONER



13-08-2018
EMN-2018-02109
1206671

Danske Regioners bemærkninger til forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, lov om apotekervirksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love

Danske Regioner modtog den 6. juli 2018 høring over *forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, lov om apotekervirksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love.*

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar.

Høringssvaret afgives med forbehold for drøftelse i Danske Regioners bestyrelse på møde den 30. august 2018.

Danske Regioner har i forbindelse med udarbejdelsen af høringssvaret indhentet bemærkninger fra de fem regioner.

Danske Regioners bemærkninger til de tre hovedområder

1. Autorisation af ambulancebehandlere og registrering af ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere)

Danske Regioner bakker op om dette hovedpunkt i lovforslaget. Det er betryggende bl.a. af hensyn til patientsikkerheden, at både ambulancebehandlere og paramedicinere fremover skal have autorisation med de forhold, som dette indebærer.

Gebyr

Det fremgår af afsnittet om de økonomiske konsekvenser af lovforslaget, at autorisationsgebyret vil udgøre 1.380 kr. i 2022 og falde til 310 kr. i 2026.

Det er Danske Regioners opfattelse, at den beskrevne gebyrstruktur kan have den konsekvens, at den enkelte ambulancebehandler venter med at søge om

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

autorisation, indtil udgiften er faldet betydeligt, hvilket ikke vil være hensigtsmæssigt. Desuden forekommer det både ulogisk og uretfærdigt, at de ambulancebehandlere, der hurtigt søger om autorisation, skal rammes hårdere økonomisk. Danske Regioner opfordrer til, at ministeriet genovervejer, om overgangsfasen skal afkortes eller gebyrstrukturen ændres.

Kompetencer

Det bør afklares, hvorvidt de nuværende ambulanceassistenter kan meddeles en autorisation efter lovens § 70, stk. 2. Hvis dette er tilfældet, bør det sikres, at det opkvalificerende forløb er tilsvarende ambulancebehandlerniveau. Der er desuden behov for en præcisering af, hvilke/hvilken uddannelsesbekendtgørelser, der refereres til.

Generelt i forhold til de foreslåede autorisationer (både ambulancebehandlere og behandlerfarmaceuter) er der behov for at fastsætte nationale krav til, hvilke kompetencer, der skal være opnået under uddannelsen, hvordan disse opnås, og hvordan de vurderes. Danske Regioner finder desuden, at det skal betones, at de uddannelsesinstitutioner, der løfter uddannelserne, har et særligt ansvar i forhold til at sikre, at uddannelsen tilrettelægges således, at de sundhedsfaglige elementer i uddannelserne understøtter en autorisation.

For så vidt angår tildeling af autorisation for ambulancebehandlere og paramedicinere uddannet i udlandet ønsker Danske Regioner at gøre opmærksom på, at der ikke er en fælles EU-standard på området, og at der er store variationer mellem EU-lande. Som eksempel kan nævnes, at begreberne "Emergency Medical Technician", "Paramedic" og "Advanced Paramedic" dækker over vidt forskellige kompetencer og uddannelsesniveauer. En direkte sammenligning med danske forhold vil derfor være vanskelig.

2. Behandlerfarmaceuter

Muligheden for genordination på apoteket

Danske Regioner finder overordnet, at forslaget om behandlerfarmaceuter vil forbedre serviceniveauet for borgerne og tilgængeligheden til lægemidler.

Derudover vil lovforslaget blandt andet kunne aflaste lægevagten, idet antallet af henvendelser vedrørende receptfornyelser må forventes af falde. Det vil alt andet lige frigøre tid hos lægevagten til at fokusere på kerneopgaven vedrørende akut syge eller tilskadekomne borgere, hvilket Danske Regioner finder positivt.

Danske Regioner finder, at det generelt er vigtigt, at genordination af lægemidler sker på et solidt grundlag. Et grundlæggende argument for at indføre behandlerfarmaceuter er, at det skal være lettere for patienterne at få medicin, hvis de f.eks. har glemt at forny en recept. Det ville i den forbindelse være hensigtsmæssigt også at skabe et større kendskab til de eksisterende muligheder for påmindelser om receptfornyelse, så situationer med akut mangel på receptpligtig medicin i videst muligt omfang helt kan undgås.

Der fremgår af lovforslaget, at en behandlerfarmaceut kan genordinere visse receptpligtige lægemidler til patienter, som er i stabil behandling hermed, og at lægemidlet kun må udleveres én gang og i mindste pakning.

Danske Regioner støtter op om, at en læge efter genordination af et lægemiddel på apoteket på ny skal have anvist det pågældende lægemiddel til patienten, før patienten igen kan få lægemidlet genordineret på apoteket.

Angående pligt til indberetning af formodede bivirkninger skal det sikres, at behandlerfarmaceuter bliver forpligtede til at indberette formodede bivirkninger til lægemidler på samme måde, som andet sundhedspersonale med autorisation til lægemiddelordination er det.

Danske Regioner finder, at det af hensyn til patientsikkerheden, er vigtigt, at der er klare retningslinjer for hvilke lægemidler, der kan genorderes. Det bør f.eks. ikke være muligt at genordinere sovemidler, beroligende midler og stærke smertestillende lægemidler. Derudover er det vigtigt, at det klart defineres, hvornår en patient er i stabil medicinsk behandling. Danske Regioner finder det vigtigt, at der foretages en høring over, hvilke lægemidler der skal omfattes af ordningen.

Muligheden for ordination af dosisdispensering af lægemidler med tilskud

Dosisdispensering er egnet til borgere, der er i stabil behandling med lægemidler, og Danske Regioner finder det derfor vigtigt, at der udarbejdes klare retningslinjer for, hvornår det er gavnligt for en borger at opstarte dosisdispensering, herunder hvornår en borger er i stabil behandling, hvor mange tilskudsberettigede lægemidler den enkelte skal være i behandling med, og at egen læge altid orienteres om, at behandlerfarmaceuten har ordineret dosisdispensering til borgeren.

I bemærkningerne til lovforslaget fremføres det, at omfanget af dosisdispensering har været faldende i de senere år, og der lægges op til, at antallet af patienter, der skal have dosisdispensering skal øges ved, at behandlerfarmaceuter får tilladelse til at ordinere dosisdispensering med tilskud.

Det kan undre, at et argument for at indføre en ny ordning med ordination via behandlerfarmaceut er, at dosisdispensering er for nedadgående. Patienter har i dag selv mulighed for at bestille og betale dosisdispensering. Dosisdispensering er ikke altid hensigtsmæssig, og det vil givetvis fortsat være hensigtsmæssigt, at der sker en lægelig vurdering af, om det bør ordineres til en bestemt patient. Behandlerfarmaceuten har ikke adgang til alle helbredsoplysninger om patienten og kan derfor få vanskeligt ved at vurdere, om patienten er i stabil behandling.

Som nævnt ovenfor er dosisdispensering ikke altid hensigtsmæssig. Dette underbygges af tal fra Styrelsen for Patientsikkerhed, hvorefter 50 pct. af alle medicineringsfejl, netop skyldes dosisdispensering. Dette er tidligere dokumenteret flere gange i videnskabelige tidsskrifter og på baggrund af danske data. Det skyldes dels problemer i forbindelse med sektorovergange og kan også skyldes problemer i forhold til den maskinelle dosisdispensering ifølge en undersøgelse foretaget på Holstebro Apotek. Vurderingen af, om en patient er egnet til at modtage dosisdispensering, er derfor yderst vigtig og kræver et indgående kendskab til hele patienten, inkl. sygehistorie, psykosociale forhold, en grundig medicinanamnese samt den pågældendes evne til f.eks. at kunne åbne de små poser med medicin samt at læse på poserne. En recept på dosisdispensering kan løbe i to år uden, at den skal fornys. Det betyder, at behandlerfarmaceuten skal påtage sig det ansvar at kunne vurdere, at det er realistisk, at patientens medicinering formodentlig vil være stabil i lang tid. Da det er patienten selv, der skal kontakte lægen og ikke omvendt, kan patienten således potentielt være på en forkert medicin i meget lang tid.

Det er desuden problematisk, at man med lovforslaget lægger op til, at apotekerne, som har et økonomisk incitament til at ordinere dosisdispensering, nu får adgang til dette uden at sikre, at der kommer færre utilsigtede hændelser. Det bør sikres, at det – såfremt en patient ikke længere er i stabil medicinsk behandling, og der skal ske ændringer i en dosisdispenseret behandling – vil være lægen, der holder overblikket og foretager ændringerne. Danske Regioner finder på den baggrund, at der bør stilles krav om, at den praktiserende læge kvitterer for modtagelsen af en beslutning fra behandlerfarmaceuten om, at en patient er overgået til dosisdispensering for at undgå fejl og overdosering ved dobbeltbehandling.

Generelt skal der være en opmærksomhed på at sikre behandlerfarmaceutens uvildighed; med autorisationen får behandlerfarmaceuten en status som faglig ekspert i patientens øjne, men samtidig er behandlerfarmaceuten ansat i et apotek, hvor man som forretningsdrivende har en – i øvrigt helt legal – interesse i at sikre gode indtjeningsmuligheder.

Kompetencer

Der lægges i lovforslaget op til, at farmaceuter kan få autorisation som behandlerfarmaceuter via uddannelse. Det er nødvendigt, at der med den nye

lov ikke kan skabes tvivl om, hvem der har behandlingsansvaret – også i forhold til genordinationen. Er det f.eks. behandlerfarmaceuten, der har behandlingsansvaret fra genordinationstidspunktet til patienten igen er i kontakt med egen læge? Eller overgår ansvaret til lægen, når apoteket har givet denne besked? Såfremt lovændringen gennemføres, bør der være krav om undersøgelse af effekten af loven, herunder også udviklingen i antallet af utilsigtede hændelser – både i forhold til genordination af medicin og ved ordination af dosisdispensering.

Danske Regioner bemærker, at en forudsætning for autorisationsordningen er, at behandlerfarmaceuter i løbet af det autorisationsgivende kursus opnår de nødvendige kompetencer for at kunne genordinere en lægeordineret medicinsk behandling. Det fremgår af lovforslaget, at rammerne for dosisdispensering forudsættes at blive fastlagt i instrukser udarbejdet af apotekeren, som over for Styrelsen for Patientsikkerhed er overordnet ansvarlig for den behandlingsmæssige virksomhed, der finder sted på apoteket. Der kan i den forbindelse sættes spørgsmålstejn ved, om apotekeren, der ikke nødvendigvis selv er autoriseret behandlerfarmaceut, er kvalificeret til at udarbejde retningslinjer for og føre tilsyn med sine ansatte behandlerfarmaceuter.

3. Organisatorisk ansvar (tydeliggørelse af det organisatoriske ansvar for fejl og andre forhold i sundhedsvæsenet, som kan være til fare for patientsikkerheden)

Med lovforslaget følges op på ønsket om at sikre et øget fokus på det organisatoriske ansvar. Der lægges således op til entydigt at fastslå, at ansvaret for fejl og manglende overholdelse af pligter fastsat i lovgivningen, der kan tilskrives driftsherrens dispositioner og organisering af arbejdet og behandlingsstedet, ikke påhviler den enkelte sundhedsperson.

Lovforslagets hensigt er bl.a. at tydeliggøre det organisatoriske ansvar for fejl og andre forhold i sundhedsvæsenet, som kan være til fare for patientsikkerheden.

Det foreslås derfor, at der i sundhedsloven stilles krav om, at regioner, kommuner og private virksomheder, der yder sundhedsfaglig behandling, skal organisere sine behandlingssteder på en sådan måde, at sundhedspersoner er i stand til at varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde de pligter, der følger af lovgivningen.

Lovforslaget lægger op til at styrke sundhedspersoners retssikkerhed ved, at der fastsættes entydige regler for det ansvar, som driftsherrer i kommuner og

regioner har for organisering af behandlingssteder. Herunder for tilstrækkeligt personale og bemanning og at personalet har de nødvendige faglige kvalifikationer, ligesom pligten understreger, at regionsråd og kommunalbestyrelser skal sikre det tilstrækkelige og nødvendige udstyr, herunder IT, tydelig fordeling af ansvar og opgaver, nødvendige instrukser og procedurer for de forskellige opgaver m.v.

Danske Regioner er som udgangspunkt indforstået med ledelsens ansvar for organisering af behandlingssteder. Det indebærer bl.a., at man som ledelse i en region er forpligtet til at understøtte, at kompetencer og kapacitet matcher den givne opgave og for at tilrettelægge indsatsen efter lokale forhold. Dette ansvar for en forsvarlig arbejdstilrettelæggelse er allerede beskrevet i gældende lovgivning, bl.a. i autorisationslovens bestemmelser om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

Danske Regioner er i tvivl om, hvilken konsekvenser lovforslaget har i praksis bl.a. henset til, at ledelsens ansvar allerede er beskrevet, jf. oven for. Dette særligt når det af bemærkningerne til forslaget fremgår, at der "ikke udtømmende på forhånd kan redegøres for de konkrete forpligtelser, som følger af de forslåede regler, men forpligtelsen omfatter alle forhold, som kan have betydning for, om sundhedspersoner kan varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde de pligter, som følger af lovgivningen". Hertil er Danske Regioner i tvivl om, hvorledes vurderingen af, hvad der er fagligt forsvarligt vil kunne håndteres.

Danske Regioner noterer sig dog, at det af lovforslaget også fremgår, "der stilles ikke med bestemmelsen krav om et givent niveau for bemanningen eller de personalemæssige kompetencer". Danske Regioner antager således, at det fortsat er den lokale ledelses ansvar at sikre organisering og personale med de nødvendige kompetencer og tillige, at Styrelsen for Patientsikkerhed i deres tilsyn ikke med hjemmel i denne bestemmelse vil anlægge en ny praksis over for kommuner og regioner, der fratager de autoriserede sundhedspersoner den nødvendige daglige prioritering af opgaver i sundhedsvæsenet. Krav til organisering, kapacitet og nødvendige kompetencer i kommuner og regioner, som tilsynene evt. måtte medføre, bør derfor fortsat ske i den løbende dialog med staten om forventninger til opgaveudførelsen, herunder til de økonomiske rammer i kommuner og regioner og ikke med hjemmel i denne bestemmelse og Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn i øvrigt.

Danske Regioner har ligeledes noteret sig, at hvis driftsherren ikke formår at organisere behandlingsstedet som forudsat, og dette kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed sanktionere i medfør af den gældende bestemmelse i sundhedsloven.

Økonomiske konsekvenser af lovforslaget

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at ministeriet ikke forventer øgede udgifter til erstatning som følge af autorisationsordningen for ambulancebehandlere og behandlerfarmaceuter.

Hertil bemærker Danske Regioner, at autorisationsordningen for ambulancebehandlere indebærer en udvidelse af Patienterstatningens dækningsområdet, idet skader forårsaget af autoriserede ambulancebehandlere i et privat ambulanceberedskab, som ikke virker efter aftale med regionsrådet, vil blive omfattet af dækningsområdet.

Udvidelsen af Patienterstatningens dækningsområde indebærer potentielt en merudgift til behandling af flere sager i Patienterstatningen og Ankenævnet for Patienterstatningen samt øgede erstatningsudbetalinger.

Danske Regioner bemærker desuden, at apotekernes udgift til at levere ydelsen genordination dels finansieres inden for rammerne af apotekerne bruttoavance og dels finansieres ved, at apotekerne opkræver en nærmere fastsat betaling for ydelsen. Honoraret for genordination fastsættes i aftalen til kr. 33 (2018-niveau), hvoraf kr. 16 (ekskl. moms) betales af den enkelte borger, og restbeløbet finansieres ved, at bruttoavancerammen hæves.

Dette medfører indirekte øget udgifter for regionerne. Hvis apotekerne i en periode har en større omsætning end aftalt, sættes avancen per lægemiddelpakning ned. Herved bliver lægemidlerne billigere. Er apotekernes omsætning mindre end aftalt, sættes avancen derimod op, og lægemidlerne bliver dyrere. Da regionen betaler en vis procentdel af lægemidlerne pris (medicintilskudsregler), vil en stigning i lægemidlerne pris medføre, at regionen har øgede udgifter til udbetaling af tilskud.

Det fremgår endvidere af lovforslaget, at behandlerfarmaceuten fremover kan ordinere dosisdispensering af lægemidler med tilskud til dosisekspeditionsgebyr og dosispakningsgebyr. Der ydes offentligt tilskud til de to gebyrer, som er den samme procentvise dækning til egenbetaling, som patienten modtager til lægemidler (medicintilskudsregler). Får patienten for eksempel 85 pct. dækning af egenbetaling til lægemidler, vil vedkommende også få dækket 85 pct. af egenbetaling til gebyret ved dosisdispensering. Det skal her bemærkes, at det med indførelsen af muligheden for at behandlerfarmaceut kan ordinere dosisdispensering af lægemidler med tilskud, forventes at antallet af patienter tilmeldt dosisdispensering vil øges. Da regionerne betaler tilskud til de to gebyrer, der opkræves i forbindelse med dosisdispensering, må det forventes, at regionen vil have øgede udgifter til udbetaling af tilskud.

Danske Regioner forventer, at regionerne kompenseres for de merudgifter, der følger af lovforslagets enkelte dele, og ønsker at forslaget i sit hele medtaget på lov- og cirkulæreprogrammet med henblik på økonomisk forhandling.

Konkrete kommentarer til lovteksten

Til afsnit 2.2.2.

Det er uklart, hvad den reelle forskel er. Er paramedicinere ikke omfattet af § 6, når de ikke har autorisation?

Afsnit 2.2.3.

Hvad skal alle andre, der fravælger autorisation, kalde sig?

Afsnit 2.7.

Hvad gør de efter overgangsperioden?

Hvad ligger der i beskæftigelse? Hvor meget/ulønnet?

Afsnit 3.2.1.2.

Hvordan ved egen læge, at der er sket genudlevering? FMK er ikke tilstrækkelig, da dette er et register og ikke en journal.

Afsnit 3.2.2.3

Det anføres, at behandlerfarmaceuten ikke har det samlede ansvar for patientens medicinering ved genordinationer. Det får vedkommende imidlertid ved ordination af dosisdispensering, hvor de vurderer at dette kan fortsætte i op til to år.

Der skal være opmærksomhed på, at det ikke er alt medicin, der på nuværende tidspunkt fremgår af FMK. Det gælder bl.a. visse magistrelle produkter, visse udleverede lægemidler fra sygehuse og nogle vitamin-/mineralpræparater. Hvordan skal en behandlerfarmaceut kunne se disse lægemidler og registrere dem i en recept på dosisdispensering?

Afsnit 3.2.3.1.

Den beskrivelse af behandlingsfunktionen er den funktion, som en farmaceut har i dag, hvor de rådgiver og betjener patienter.

Afsnit: "Den øvrige virksomhed..." – formål og ønsker giver ikke mening, og det er nødvendigt med en evaluering af dette. Omfatter det også rådgivning om dosisdispensation eller kun selve dosisdispensationen?

Afsnit: "En behandlerfarmaceut vil ikke..." dette er problematisk, da rådgivning af patienter, der implicerer lægemidler, er omfattet af behandlerfarmaceutens virksomhedsområde (dosisdispensation eller genudlevering) Det bemærkes, at der opstår et behandler-patient-forhold ved al rådgivning. Behandling bliver trukket ud til at omfatte meget mere end autorisationen tiltænker, og det kan ikke adskilles. Hvis man f.eks. laver en større betjening af medicinudlevering, som indeholder andre elementer end genudlevering/dosisdispensering.

Hvorfor må de ikke rådgive i deres fritid? Hvor går grænsen for rådgivning? Der er tale om en strammere regulering af forbeholdt virksomhed end for alle andre persongrupper med forbehold virksomhed.

3.2.2.2.

Det fremgår, at der skal sikres en teknisk understøttelse af adgang til helbredsoplysninger – det mangler at fremgå, hvortil der skal være adgang, er det sundhed.dk?

Det fremgår videre, at behandlerfarmaceuten skal kunne oprette genordination mv. Der mangler et sted til journalisering af behandlingen, da FMK ikke er en journal.

3.2.2.3.

”En behandlerfarmaceut vil på linje med andre...” – hvorfor skal de udarbejde erklæringer, når de ikke ansvar for behandlingen med medicinen, men for genudlevering/dosisdispensering.

Desuden vedrører afsnittet journalføring i forbindelse med arbejde, der er omfattet af behandlerfarmaceutens virksomhedsområdet. Hvorhenne skal det journalføres? Hvornår er det omfattet, hvornår er det ikke omfattet?

Det er vores opfattelse, at dette ikke hænger sammen, da det kræver en klar afgrænsning af, hvornår der er tale om behandling, som svært lader sig gøre i det daglige arbejde.

Hvordan skal orientering til den praktiserende læge foregå i praksis?

Bemærkninger til behandlingsstedets instrukser: Et sted kan ikke lave instrukser, men alene regulere en person. Er det apotekeren eller en anden?

Hvad hvis apotekeren ikke er behandlerfarmaceut, kan vedkommende så lave instrukser? Forpligter det til, at apotekeren skal autoriseres som behandlerfarmaceut?

Afgrænsningen mellem Lægemiddelstyrelsens tilsyn og tilsynet fra Styrelsen for Patientsikkerhed er uklart, og der bør ske en præcisering heraf.

”Behandlerfarmaceuten vil ikke få ansvaret for patientens samlede behandling, men vil få ansvaret for...” Man må lægge til grund, at den ordinerede og behandlende læge har spurgt indtil øvrig medicin/kosttilskud og taget stilling til dette i forbindelse med ordinationen. Hvorfor skal behandlerfarmaceuten have ansvaret for dette når der er tale om genudlevering/dosisdispensation?

”En behandler farmaceut vil ikke...” hvorfor skal oplysningerne indhentes? Hvad menes der med de praktiske opgaver? Er der tale om teknisk bistand?

Afsnit 3.4.2.

Hvad med indskrænkning af dosisdispensering?

Afsnit 3.4.3.1.

Hvor er tilsynet med apotekerens udstedelse af instrukser for farmaceutens arbejde?

Afsnit 3.7.3

I afsnittets slutning står der "straf for en *apotekers* overtrædelse", men efterfølgende står der "vil *behandlerfarmaceuten* kunne straffes" – hvem vedrører det?

Afsnit 4.4

Omtaler medhjælp, der henledes opmærksomhed på, at det sikres at være i overensstemmelse med de kommende regler om medhjælp, der er ved at blive udarbejdet.

"Formår driftsherren..." Med mulighederne i dag hvad skal den bestemmelse så bruges til? Den har intet selvstændigt indhold.

Afsnit 6.3.

"dels finansieret af en egenbetaling" – er dette gennem et receptgebyr?

Med venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag Titel:	Hørings svar Lov om den sociale investeringsfond
Dagsordens titel	Høring over Lov om Den Sociale Investeringsfond
Dagsordenspunkt nr	13
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Finansministeriet

Att. Jeppe Berg Jensen (jejen@fm.dk)

14-08-2018

EMN-2018-01994

1203417

Danske Regioners høringssvar til forslag til Lov om Den Sociale Investeringsfond

Danske Regioner har den 29. juni 2018 modtaget høring over udkast til forslag til lov om Den Sociale Investeringsfond.

Danske Regioner støtter intentionen med Den Sociale Investeringsfond, som er at opnå bedre og tidligere forebyggende indsatser på de større velfærdsområder. Danske Regioner ser et positivt potentiale i, at Den Sociale Investeringsfond kan skabe rammer for nye partnerskaber mellem den offentlige, private og frivillige sektor ved at tiltrække ny kapital til investeringer i nye, helhedsorienterede sociale investeringsprogrammer.

I økonomiaftalen for 2019 mellem regeringen og Danske Regioner er det aftalt, at Danske Regioner medvirker til finansieringen af et sekretariat for Den Sociale Investeringsfonds bestyrelse. Danske Regioner skal i den forbindelse bemærke, at det er afgørende for fondens agilitet, at fondens bestyrelse har et tilstrækkeligt handlerum til at prioritere mellem indsatser. Det er derfor centralt, at de temaer, som fonden ifølge §1 stk. 3, skal disponere og investere inden for, er tilpas brede til at de mest hensigtsmæssige indsatser kan udvælges af fondens bestyrelse.

For at muliggøre en tilstrækkelig udbredelse af sociale investeringsprogrammer i stat, regioner og kommuner finder Danske Regioner det nødvendigt, at sekretariatet kommer til at besidde de fornødne kompetencer til at understøtte alle faser af eventuelle sociale investeringsprogrammer, som igangsættes eller påtænkes igangsat i stat, regioner og kommuner.

Af lovforslaget fremgår det ikke entydigt, hvordan en tidsmæssig forskydning mellem regioner/kommuners finansiering af et socialt investeringsprogram og


en eventuel tilbagebetaling til en investor, vil påvirke de regionale driftsudgifter/ den kommunale serviceramme. Danske Regioner vil derfor opfordre til dialog om, hvordan disse pengestrømme skal håndteres

Danske Regioner konstaterer, at Finansministeriet vurderer, at regionerne er omfattet af den tilstrækkelige lovhjemmel til at indgå i Den Sociale Investeringsfonds aktiviteter.

Afslutningsvis skal Danske Regioner opfordre til, at fondens resultater ikke bliver gjort til genstand for krav om generelle udgiftsreducerende tiltag i den regionale økonomi ud fra alt andet lige betragtninger om, hvordan en indsats i én region eller over for én patientgruppe, vil påvirke de øvrige regioner. Regionerne har forskellige betingelser for at løse deres opgaver og en sådan tilgang vil således virke hæmmende i forhold til fondens formål, som netop er at udvide, udvikle og modne indsatser.

Høringssvaret er fremsendt med forbehold for godkendelse af Danske Regioners bestyrelse den 30. august 2018.

Med venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

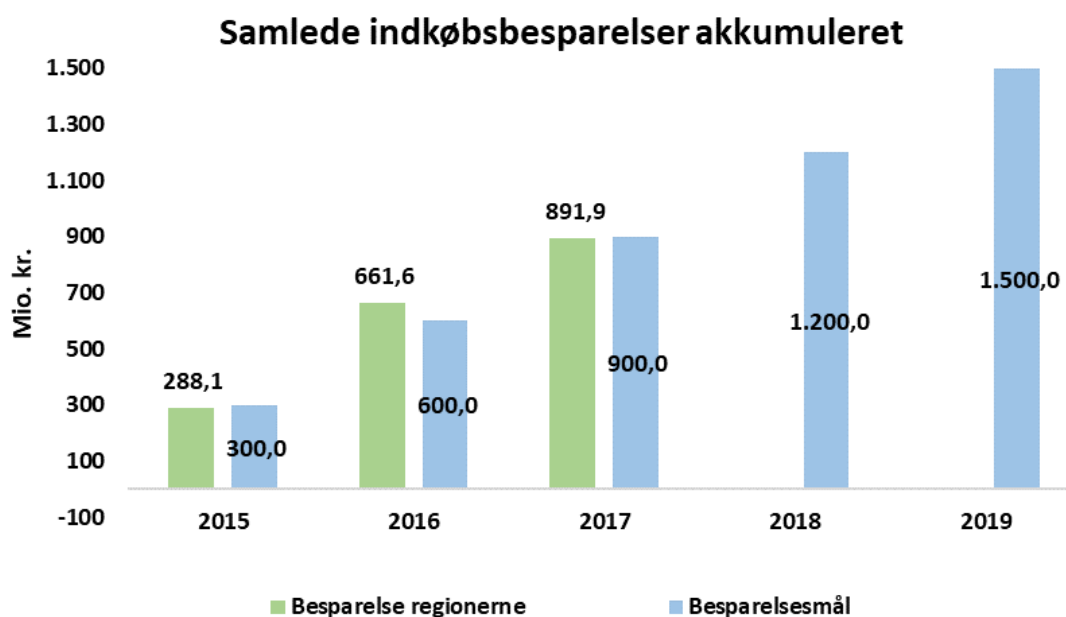
Bilag Titel:	Status på KPI for 2017 - samlet
Dagsordens titel	Status på indkøbsområdet 2017
Dagsordenspunkt nr	15
Bilag nr	1
Antal bilag:	2

Status på KPI'er i regionernes fælles indkøbsstrategi efter 2017

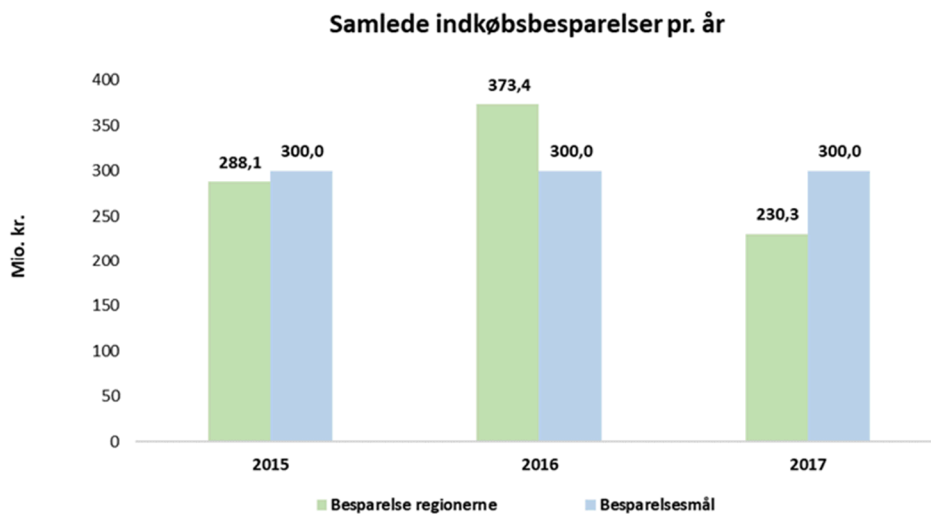
Kvantitative KPI'er

Besparelse på 1,5 mia. kr. i 2020

Med aftalen om regionernes økonomi 2017 blev der aftalt en ambitiøs målsætning om, at regionerne vil effektivisere indkøbsområdet med 1,5 mia.kr. i 2020 i forhold til 2015. Status viser, at regionerne har opnået en besparelse på 891,9 mio. kr. i perioden 2015-2017 og således er rigtig godt med på målsætningen. Det er resultatet af en lang række indsatser gennem de senere år med stort fokus på besparelser.



Figur 1: Indkøbsbesparelse akkumuleret



Figur 2: Indkøbsbesparelse fordelt pr. år

Som det fremgår af figur 2, nåede regionerne i 2016 mere end målsætningen. En stor del af besparelsen i 2016, ca. 18 procent, skyldes dog ét enkelt udbud¹. Dette er værd at bemærke, da der ikke umiddelbart er tilsvarende store udbud på udbudsplanerne hvert år.

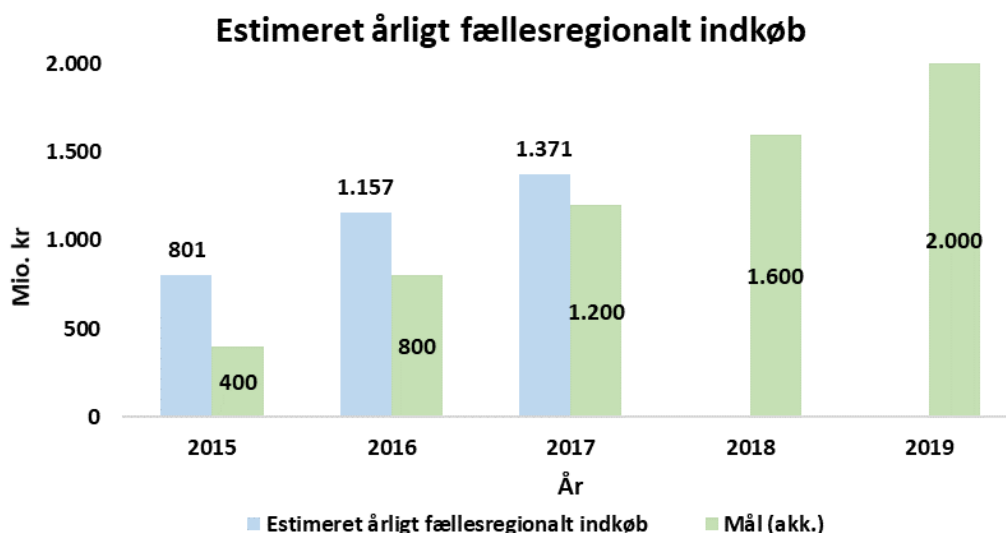
Derudover kan besparelserne ikke forventes at blive ved med at være ligeså høje, da der efterhånden køres mange genudbud, som ikke bliver ved med at generere ligeså høje besparelser. Fx har regionerne kørt et stort udbud af ”In-sulinpumper og utensilier” med en kontraktsum på 45 mio. kr., hvor der kun blev opnået en besparelse på 2,2 procent. Tilsvarende opnås der ikke altid store besparelser på tjenesteydelser, selvom der er tale om store kontraktsummer. I 2017 havde regionerne eksempelvis et udbud af sundhedsfaglige vikarydelser med en kontraktsum på 111 mio. kr., hvor den opnåede besparelse var på 3,6 procent. Det skyldes bl.a., at det især er overenskomstfaste lønninger, der betales for, hvorfor det er begrænset, hvor stor en besparelse, der kan hentes.

¹ Ambulanceudbud i Region Hovedstaden.

1.A: Fælles indkøb for 2 mia. kr. i 2020²

Et centralt mål i regionernes fælles indkøbsstrategi er, at regionerne i højere grad går sammen i fællesudbud og anvender deres samlede købekraft til at opnå lavere priser og bedre kommercielle betingelser. Målet er at nå fællesudbud for 2 mia. kr. indenfor strategiperioden.

Arbejdet med fællesudbud er en prioriteret opgave, der gerne skal resultere i, at der frigives ressourcer i de regionale indkøbsafdelinger, som efterfølgende kan anvendes til andre udbud og derved øget kontraktdekning. For perioden 2015-2017 er der i alt indgået kontrakt på 73 fællesudbud, hvilket er en stigning på 14 fællesudbud siden status for 1. halvår 2017. Der blev udarbejdet 26 fællesudbud i 2015, 22 fællesudbud i 2016 og 25 fællesudbud i 2017. Den samlede kontraktsum for de 73 fællesudbud er 1.371 mio. kr., hvilket svarer til 68,6 procent af det samlede mål. Regionerne er dermed fint med i forhold til målsætningen.



Figur 3: Estimeret kontraktsum på fællesudbud 2015-2017

² Det er i forbindelse med denne KPI vigtigt at holde for øje, at data kommer fra den Fælles Udbudsplan, hvor data er fejlbehæftet pga. udfordringer med opdatering og vedligehold.

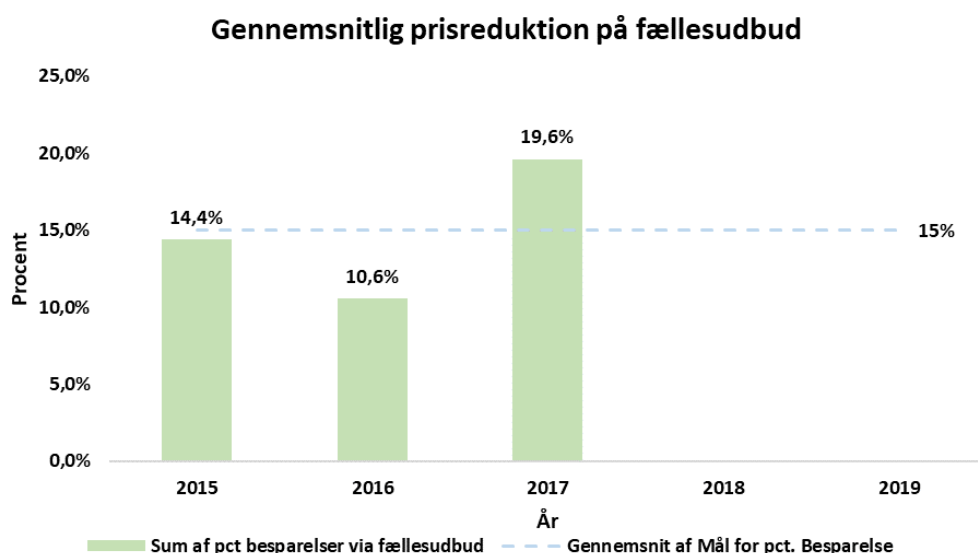
Det vurderes dog vanskeligt at fastholde ovenstående kadence. Selvom regionerne fortsætter med at lave mange fællesudbud, er der også flere og flere, som gennemføres for anden eller tredje gang. Dermed indgår de allerede i opgørelsen af fællesregionale aftaler og bidrager altså ikke til at løfte den samlede kontraktsum. Dog kan kontraktsummen naturligvis være højere i genudbuddet, hvilket bidrager positivt til den samlede kontraktsum og positivt i forhold til indfrielse af målet. Et tænkt eksempel: I 2015 blev der indgået en kontrakt på 35 mio. kr. på ultralydsscannere som nyt fællesudbud mellem tre regioner. De 35 mio. kr. indgår hermed i puljen for at nå målet på 2 mia. kr. En kontrakt varer typisk i fire år, og i 2019 bliver ultralydsscannere genudbudt. Denne gang går alle regioner sammen i fællesudbuddet, og kontraktsummen hæves derfor til 60 mio. kr. I 2019 vil der da være et positivt bidrag på 25 mio. kr. til KPI'en. Havde det nye fællesudbud i stedet været med to og ikke tre regioner til en kontraktsum på 27 mio. kr., ville det være med til at reducere målopfyldelsen med 7 mio. kr.

Udviklingen fra 2015 til 2017 viser også tydeligt, at nye udbud eller andelen af genudbud med højere kontraktsum end tidligere ikke stiger så meget som ønsket. Fra 2015 til 2016 steg den samlede kontraktsum med 355,1 mio. kr. og fra 2016 til 2017 steg den med 214,6 mio. kr.

Målet om at indgå fællesudbud for 2 mia. kr. er ikke umulig, men ser svært ud.

3.A: 15 procent gennemsnitlig prisreduktion på fællesudbud³

Nedenfor vises udviklingen i den gennemsnitlige prisreduktion på fællesudbud på tværs af de fem regioner. Målet er, at inden 2020 skal der være opnået en gennemsnitlig prisreduktion på 15 procent. Den gennemsnitlige procent for 2015-2017 er på 14,7 procent som er 0,3 procentpoint fra målsætningen. Der forekommer udsving i den gennemsnitlige procent af flere årsager, blandt andet ved fx genudbud med høj kontraktsum og lav besparelse, ligesom der har været udbud hvor besparelsen endnu ikke er mulig at opgøre. På nuværende tidspunkt er der 12 procentpoint forskel mellem den region med hhv. den laveste og højeste gennemsnitlige procent for prisreduktion.

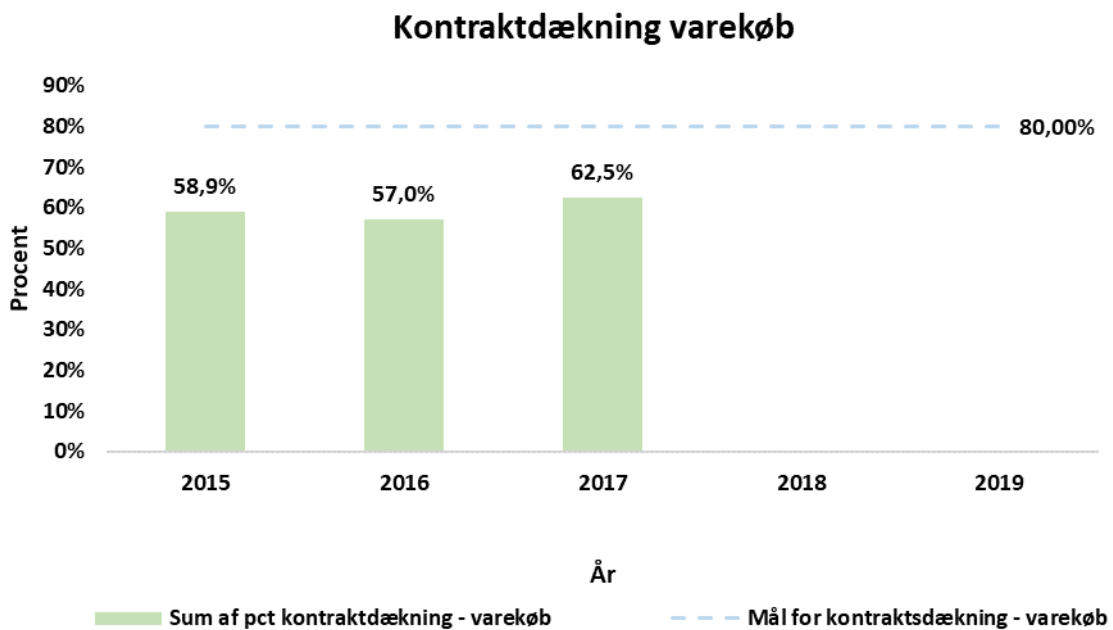


Figur 4: Prisreduktion på fællesudbud, procentgennemsnit

³ Beregningen foretages med udgangspunkt i data fra regionernes fælles udbudsplan. Regionernes registreringspraksis er ikke helt ensartet, og kvaliteten af omsætningen er derfor varierende. Dertil kommer, at den medtagne besparelse og omsætning kan være fejlbehæftet, og der tages derfor forbehold for tallene. Fælles indkøb af lægemidler indgår ikke i beregningen.

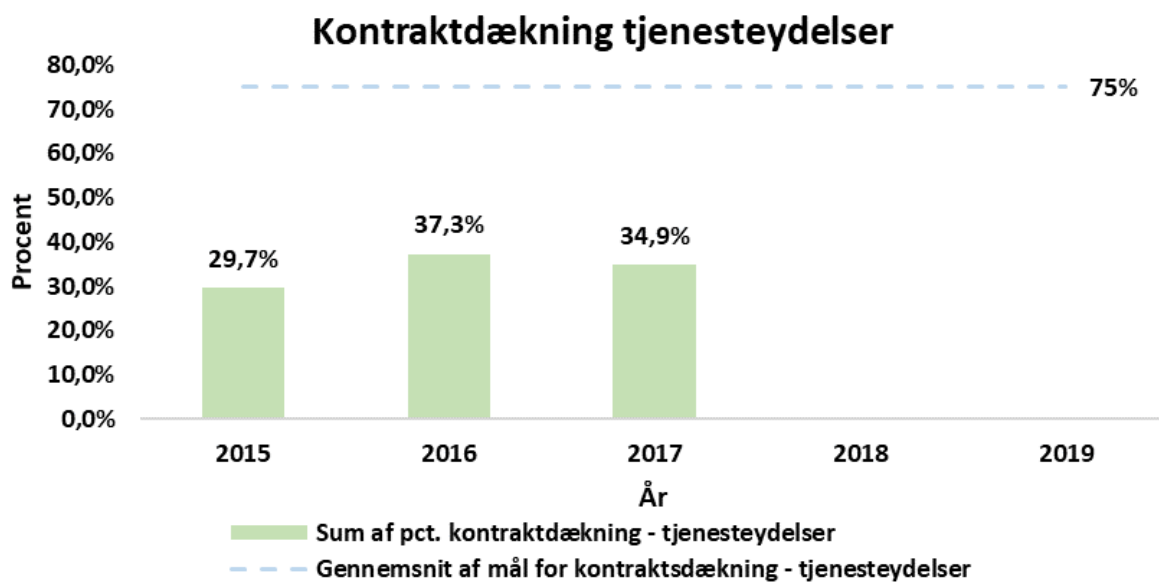
4.A: 80 procent kontraktdekning på varekøb

Kontraktdekningen på varekøb er steget 5,5 procentpoint fra 57,0 procent i 2016 til 62,5 procent i 2017. Kontraktdekningen på varekøb er for regionerne overordnet set på 62,5 procent. Kontraktdekningen er steget 632 mio. kr. siden 2016, og regionernes samlede forbrug af varer er samtidig 74 steget mio.kr. i perioden 2015-2017. 60 procent af strategiperioden er afsluttet og dermed viser denne status, at regionerne skal indfri 17,5 procentpoint henover 2018 og 2019.



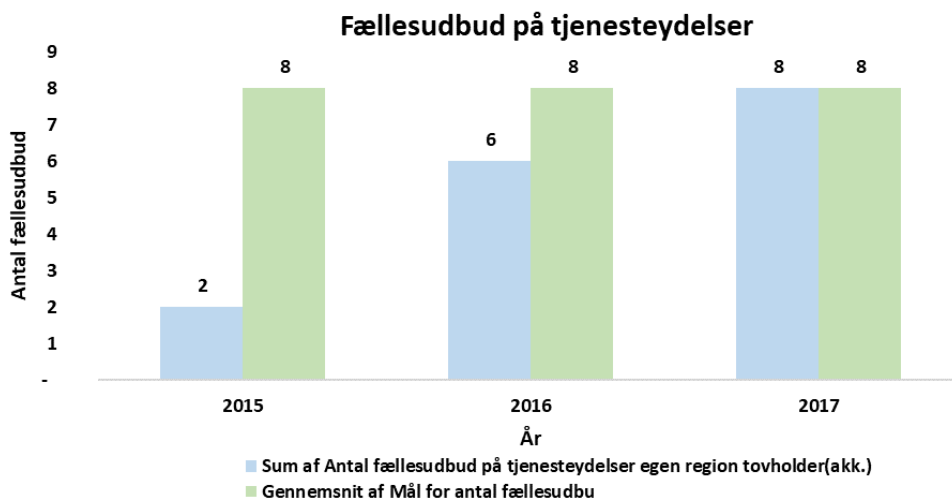
1.B: 75 procent kontraktdekning på tjenesteydelser

Kontraktdekningen på tjenesteydelser er faldet 2,4 procentpoint fra 37,3 procent i 2016 til 34,9 procent i 2017. Det vurderes dog, at procenten burde være betydeligt højere hvilket fremgår af den eksterne analyse af regionerne indkøb af tjenesteydelser fra foråret 2017. Årsagen er, at mange aftaler bliver indgået decentralt og uden indkøbsafdelingernes kendskab. Dette gør registrering svær, og derved er der ikke det fulde overblik over kontrakter på området. Der arbejdes dog på at styrke dette.



3.B: Minimum 8 fællesudbud på tjenesteydelser

Målet om at nå minimum 8⁴ fællesudbud på tjenesteydelsesområdet var allerede nået efter 1. halvår 2017. Der er ikke indgået nye kontrakter i 2. halvår 2017. Det er en vigtig milepæl og meget positivt, at regionerne har løftet denne opgave og indfriet forventningerne til dette mål. Målet er dog *minimum* 8 fællesudbud, hvilket betyder, at tjenesteydelser fortsat skal prioriteres og tænkes ind i udbudsarbejdet, da det kan bidrage positivt til at opnå det samlede besparelsesmål på 1,5 mia. kr. I 2017 satte regionerne således også ekstra fokus på tjenesteydelser med en tværgående arbejdsgruppe, som ser på at udvælge tjenesteydelsesområder til fællesudbud. Området er dog ikke så nemt tilgængeligt som varer, idet der ofte er tale om mere komplekse og følsomme områder.

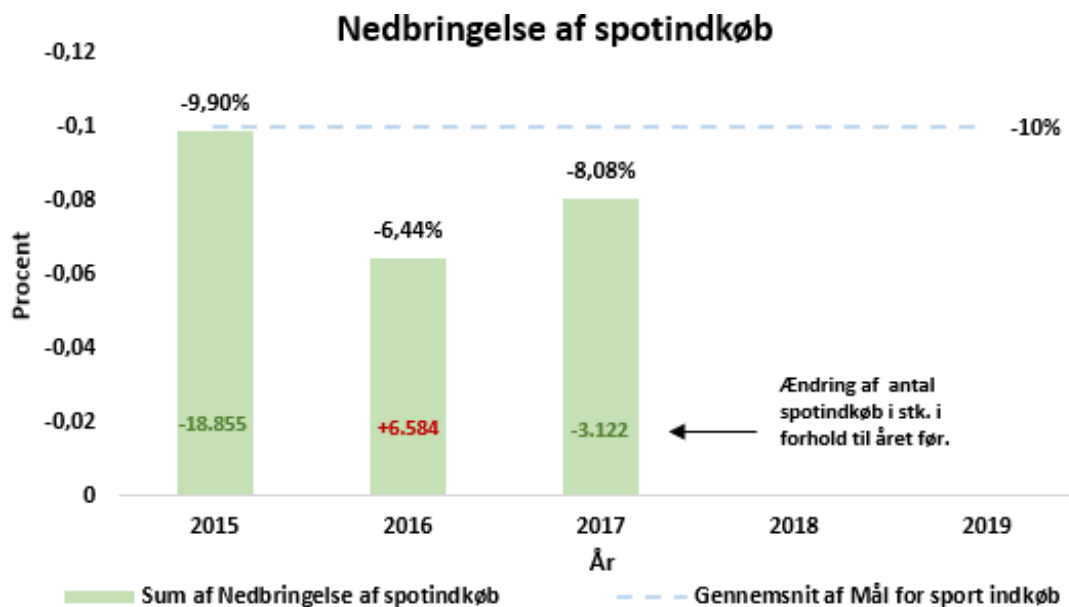


Figur 5: Antal fællesudbud på tjenesteydelser

⁴ Der kan være fejl i opmærkningen af fællesudbud, hvilket kan påvirke, om et udbud er fælles eller ej.

2.D: Nedbringelse af spotindkøb med 10 procent⁵

Andelen af regionernes spotindkøb, dvs. indkøb uden aftaledækning på beløb under 500 kr., skal nedbringes med 10 procent inden 2020. I perioden 2015-2017 er antallet af spotindkøb nedbragt med 8,14 procent⁶ på tværs af alle regioner, svarende til en reduktion i antallet af indkøb under 500 kr. på 15.393 stk. I nedstående figur 6 er nedbringelse af spotindkøb i procent angivet for hvert år - beregningen tager udgangspunkt i 2014-tal.



Figur 6: Nedbringelsen af andelen af spotindkøb under 500 kroner

⁵ Kan være fejlbehæftet, da logistik og ERP systemer er forskellige på tværs af regionerne, ligesom indkøbsordrer håndteres forskelligt. Udgangspunktet for andelen af spotindkøb er dermed forskelligt og ikke 100 procent sammenligneligt på tværs.

⁶ Ved status for KPI for perioden 2015-2016 har data fra Region Syddanmark ikke være retvisende. Det betyder, at de angivne procenter har været angivet lavere, end det det reelt set var tilfældet. Dertil kommer, at det angivne antal indkøb under 500 kr. angivet for højt. Data er korrigeret og opdateret til udarbejdelse af KPI 2017.

3.D: 95 procent compliance af indkøb fra brugerne på regionernes aftaler

Complianceprocenten viser, i hvor høj grad de indgåede aftaler bliver brugt, når der købes ind forskellige steder i organisationerne. Det er således en særdeles vigtig KPI, da det viser, om de opnåede udbudsbesparelser også bliver realiseret. Desværre er compliance vanskeligt at måle, da data langt fra er optimale. Datagrundlaget bygger på de fakturaer, som regionerne modtager fra deres leverandører, hvor kvaliteten er stærkt svingende, særligt på tjenesteydelsesområdet. Desuden skal data ses med forbehold for den kategorisering, der inddeles efter.⁷

For at få så nuanceret et billede som muligt, skelnes der mellem tre typer af compliancemålinger: leverandør-, varegruppe- og varenummercompliance.

Leverandørcompliance angiver, hvor stor en del af indkøbsvolumen, der er omsat for hos en aftaleleverandør. Det indebærer dog en risiko for at overvurdere compliance, da alt køb ved en aftaleleverandør vil blive registreret som compliant. Eksempelvis hvis der er en aftale med en leverandør, der kun handler om kuglepenne, og der så også købes papir, kaffe mv. hos denne leverandør, vil det blive registreret som compliant, uden det reelt er det. Dette modsvares dog af, at køb hos leverandører, der slet ikke er angivet aftaler på, vil trække compliance en del ned, da baselinetallet (samlede beløb) bliver for stort. **Varegruppecompliance** angiver, hvorvidt et indkøb inden for en varegruppe er foretaget hos den leverandør, der har aftalen på den givne varegruppe. En varegruppecompliance på 50 procent udtrykker således, at 50 procent af omkostningen i den givne kategori er foretaget hos leverandører med

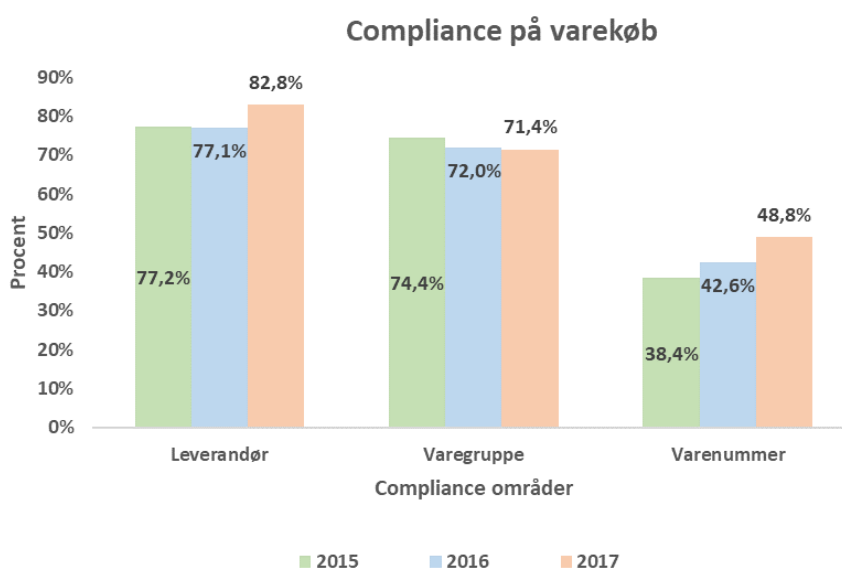
⁷ Der anvendes er et internationalt klassifikationssystem, som bl.a. bruges til at skabe overblik over forbrug og for at kunne foretage systematiske søgninger fx i forbindelse med E-handel. Der kom i 2017 en ny version, som er langt mere nuanceret, hvilket er positivt. Regionerne er dog midt i overgangen, hvilket vil sige, at regionerne ikke kategoriserer varer indenfor samme område ens, samtidig med at der ikke nødvendigvis er enighed med udbyderne af indkøbssystemerne og regionerne imellem, hvor en vare skal placeres.

en aftale i den givne kategori. **Varenummercompliance** angiver, hvorvidt den indkøbte vare er registreret som en aftalevare. På tjenesteydelser er der et arbejde i gang med at få registreret varenumre på tjenesteydelser, et arbejde der er forholdsvis nyt, hvorfor compliance her er tæt på 0 procent. Generelt er compliance på tjenesteydelser lavere, grundet den ringere data-kvalitet.

Målingerne af de tre nævnte compliancetal bliver foretaget på indkøb af hhv. varer og tjenesteydelser. I figur 7 nedenfor ses udviklingen i de tre typer compliance på varekøb.

Compliance på varekøb

Målingen på leverandørcompliance er steget med 5,7 procentpoint fra 2015 til 2017. Der var et lille fald på 0,1 procentpoint mellem 2015 og 2016, hvorfor det er positivt at se denne udvikling. For 2017 ligger leverandørcompliance på 82,8 procent. Det er vigtigt at være opmærksom på, at kvaliteten af denne måling afspejler data- og fakturakvaliteten hos leverandørerne. Compliance på varegruppeniveau er faldet til 71,4 procent og har udvist en generel negativ udvikling og er 3,0 procentpoint lavere i 2017 end i 2015.

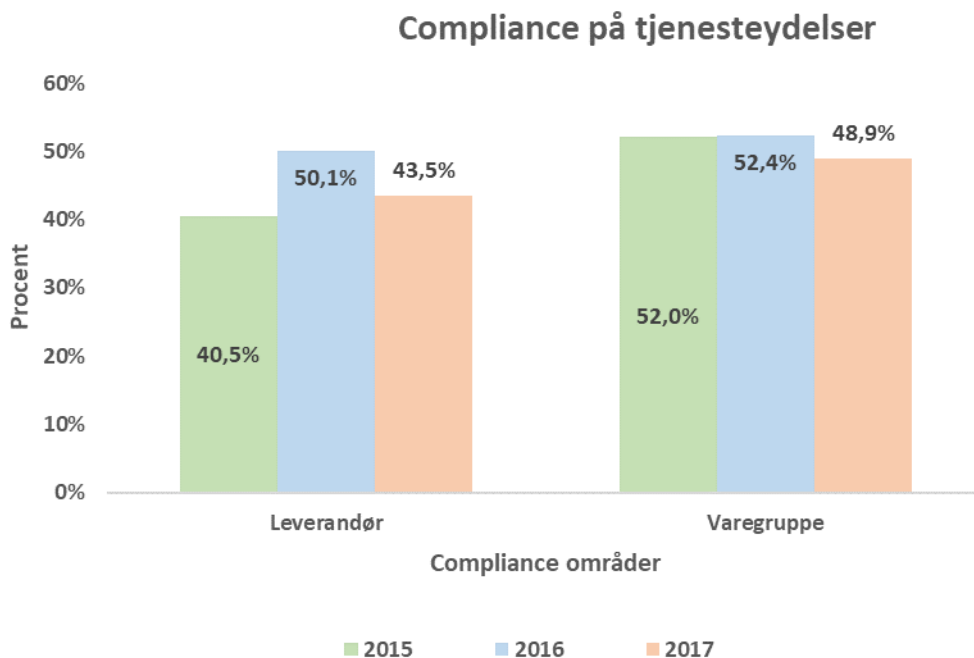


Figur 7: Compliance på varekøb

Udviklingen behøver ikke være et udtryk for, at der i regionerne ikke arbejdes med compliance. Derimod kan der være tale om, at den gældende kategorisering af indkøbene, som compliance-dataene bygger på, ikke er tilstrækkelig nuanceret på sundhedsområdet. Denne registrering kan gøre, at køb som bør være compliant ikke vil fremstå sådan og vice versa. Arbejdet med kategoriseringen er forskellig regionerne imellem, og der arbejdes med en lang række leverandører, hvilket gør fejlmarginen større. Der er igangsat et arbejde med ny kategorisering, som er et vigtigt fokusområde. Det er tillige vigtigt, at der er opbakning fra alle regioner, og at der arbejdes struktureret med denne opgave. På nuværende tidspunkt og med forskellige kategoriseringsnitflader i regionerne, anses det for en svær opgave at komme i mål og opnå 95 procent compliance på varegrupperne. Varenummercompliance har en god udvikling, men er – som forventet – det compliancemål, der er længst fra at indfri forventningerne. Compliance er i 2017 på 48,8 procent, hvilket er en stigning på 10,4 procentpoint siden 2015. Det virker urealistisk at kunne nå en varenummercompliance på 95 procent, da det er meget afhængigt af fakturakvalitet, som ikke kan styres i regionerne. Det er ikke muligt for regionerne manuelt at kontrollere flere millioner fakturaer årligt, og det er kun muligt at opfordre til bedre datakvalitet hos leverandørerne, hvilket ikke må opfattes som en garanti for bedre fakturaudfyldelse. Udover manglende eller fejlagtige varenumre er regionerne også udfordret af skiftet mellem de to versioner af kategoriseringssystem.

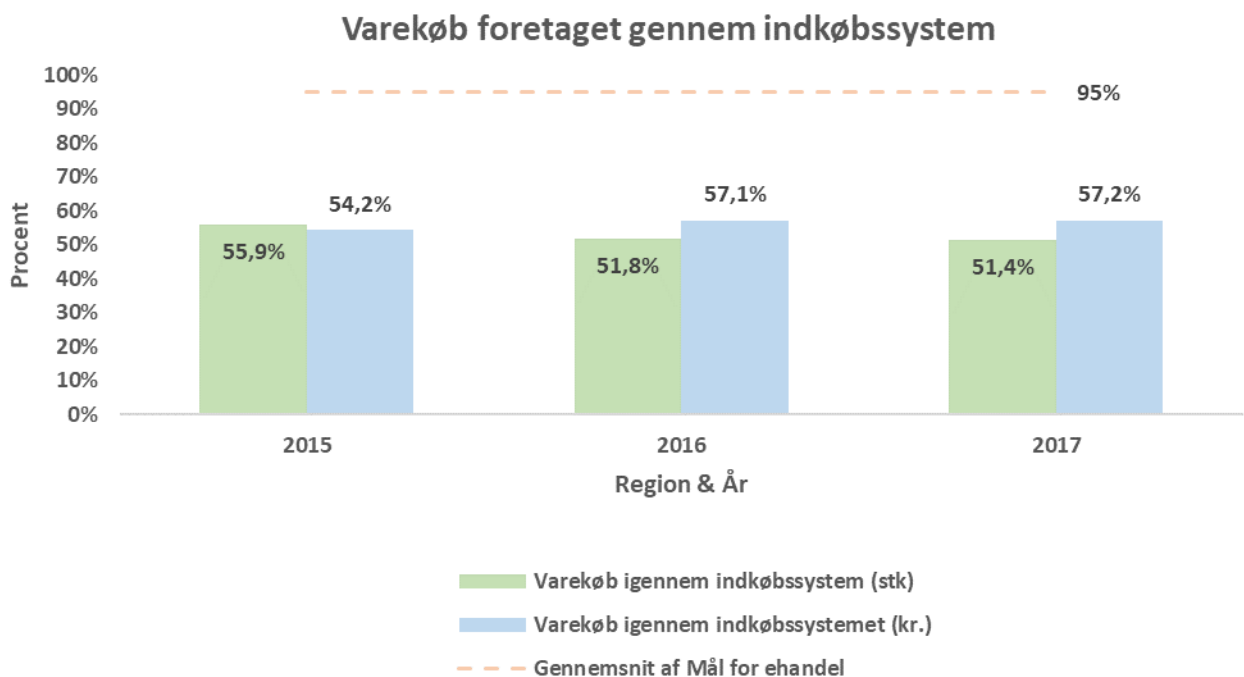
Compliance på tjenesteydelser

Leverandørcompliance ligger på 43,5 procent i 2017 efter at have været 50,1 procent i 2016, hvilket er et fald på hele 9,6 procentpoint og der holdes dermed ikke fast i 2016-niveauet. Compliance på varegrupperne er på 48,9 procent. Begge målinger udviser samme mønster: De steg begge fra 2015 til 2016 og faldt i 2017. Da tjenesteydelser meget sjældent har et varenummer tilknyttet, er compliance på varenummerniveau ikke relevant.



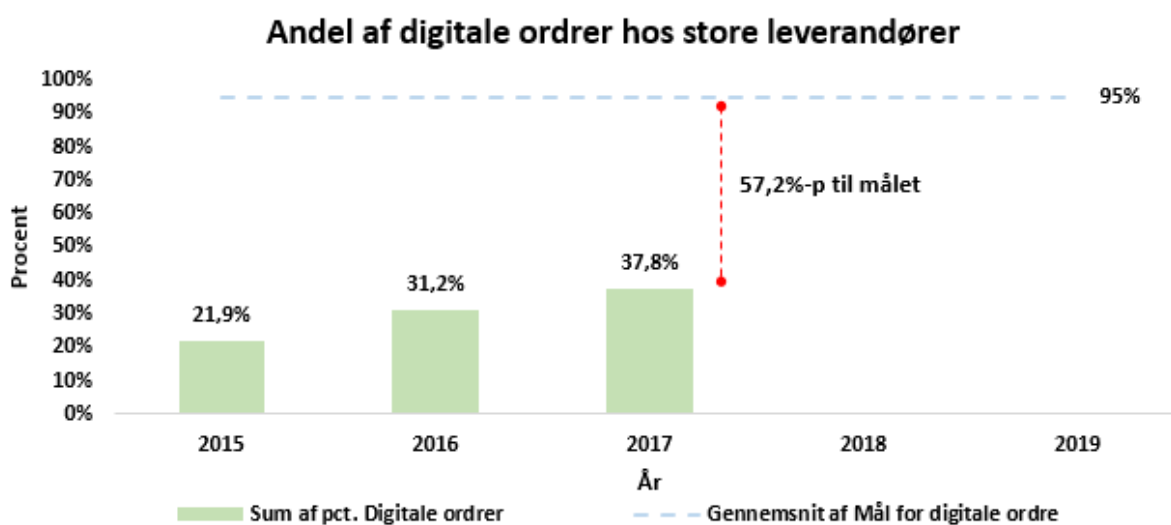
1.E: 95 procent af alle varekøb skal foretages i indkøbssystemet

Andelen af varekøb foretaget igennem indkøbssystemet i stk. er steget med 0,1 procentpoint til 57,2 procent i 2017, og er dermed næsten uændret. Andelsudregningen ud fra fakturaer kan være forskellig på tværs af regionerne og relaterer sig til fx den måde, hvorpå delleveringer håndteres på og hvordan ordrer i øvrigt splittes. Det påvirker det antal af fakturaer, der indgår i beregningen, og dermed også procentandelen nedenfor. I forhold til andelen målt i kr. blev der målt 51,8 procent i 2016 og i 2017 51,4 – et fald på 0,4 procentpoint. I regionerne eksisterer der forskellige varekøbsafgrænsninger, fx indgår fire varegrupper (fødevarer, brændsler og drivmidler, jord samt bygninger) *ikke* i beregningen for Region Midtjylland og Region Sjælland, da de varegrupper ikke understøttes af indkøbssystemet i de to regioner. Derudover kan der være forskel på, hvilke brancher og leverandører der medtages, hvilket påvirker procenten pr. år. For at kunne nå målet kræver det også, at alle medarbejdere anvender indkøbssystemet fuldt ud.



2.E: 95 procent af ordrerne hos de største leverandører skal ske digitalt

Antallet af digitale ordrer hos de største leverandører er steget fra 21,9 procent i 2015 til 37,8 procent i 2017. Statusmålingen ved 1. halvår 2017 viste 41,4 procent, og dermed er der sket et fald på 3,6 procentpoint. På nuværende tidspunkt skulle regionerne gerne have leveret en samlet andel på 57,0 procent, hvilket betyder, at der skal indhentes 19,2 procentpoint ekstra i strategiperiodens to sidste år. Region Sjælland har fortsat ikke implementeret NEM-handels ordrer i deres system, hvilket trækker ned⁸. Målet om at nå digitale ordrer i 95 procent af tilfældene hos de største leverandører er vanskeligt i og med, at der mangler 57,2 procentpoint til målet med kun 40 procent af perioden tilbage. Det gør, at kravene til regionerne stiger, og at der er brug for et skarpt fokus på at få alle indkøb via indkøbsanalyzesystemet.



Figur 9: Antallet af digitale ordrer hos de største leverandører

⁸ Fjernes Region Sjælland i beregningerne vil procenterne være; 2015: 24,1 procent; 2016: 36,4 procent; 2017: 44,2 procent

Kvalitative KPI'er

Mål for KPI i 2020	Status på KPI efter 2017
Alle relevante rammeaftaler udbydes med option for efterfølgende tilslutning	Der er fortsat rutinemæssigt en god dialog om, hvorvidt de øvrige regioner ønsker at deltage fuldt eller som option på de igangværende udbud. Man er dog fortsat ikke i mål med, at alle relevante rammeaftaler udbydes med option.
Standardisering af funktionskrav på min. 5 udvalgte områder inden for tjenesteydelsesområdet	Der er anvendt funktionskrav på bl.a. følgende udbud: Revisionsydelser af EU-program, vikarer til hjemmerespitationsområdet, udbudskonsulentopgaver, fremmedsprogstolkning og IT konsulentytelser.
Regionerne udarbejder en tværregional logistikstrategi	Der er udarbejdet ”Regionernes fælles strategi for forsyningslogistik frem mod 2022”, som blev offentliggjort i september 2017. Der arbejdes aktuelt på udarbejdelsen af en supplerende handlingsplan, der skal understøtte regionernes implementering af strategien, herunder forklaringer på de enkelte regioners afvigelser fra strategien.
Hver region har en logistikstrategi	Alle regioner har enten udarbejdet en logistikstrategi eller er i gang med at udarbejde den.
Hver region har en strategi for integration mellem indkøb og logistik	Alle regioner enten har udarbejdet strategien, eller er i gang med det. I regi af kontaktgruppen for logistik og sporing deles viden og erfaringer i forhold hertil.
Hver region har implementeret en udbudsproces, som involverer logistikorganisationen	De fleste regioner har en udbudsproces, der involverer logistikorganisationen, og i alle regioner arbejdes på at optimere sammenhængen.
Fælles kategoriprofil for strukturering af indkøb	Regionerne har udarbejdet første version af den fælles kategoristruktur. I 2017 kom ny international klassificering (UNSPSC), som er mere præcis, men dermed også detaljeret og omfattende. Der arbejdes på en implementering af denne.
Ingen manuelle processer til håndtering af vareordrer	De regionale indkøbschefer vurderer, at it-systemerne til opfyldelse af KPI'en er på plads. Det kræver dog ledelsesmæssig opmærksomhed at sørge for, at medarbejderne bruger it-systemerne, så manuelle processer helt undgås.
Oprette strukturerede kompetenceforløb for indkøbsmedarbejdere	Der er nedsat en kompetencearbejdsgruppe, som arbejder med denne KPI.
Min. en årlig fælles indkøbste-madag	Der afholdes fælles regionale Indkøberdage hver år i september.

To årlige udbudsjuridiske temadage	Der er afholdt/planlagt to temadage.
En årlig temadag for indkøbere i logistikrelaterede funktioner	Der er forventes afholdt en temadag i efteråret 2018.

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Status på KPI for 2017 -
regionsopdelt.docx

Dokument Titel: Status på KPI for 2017 -
regionsopdelt

Dokument ID: 1203694

08-08-2018

EMN-2018-02049

1203694

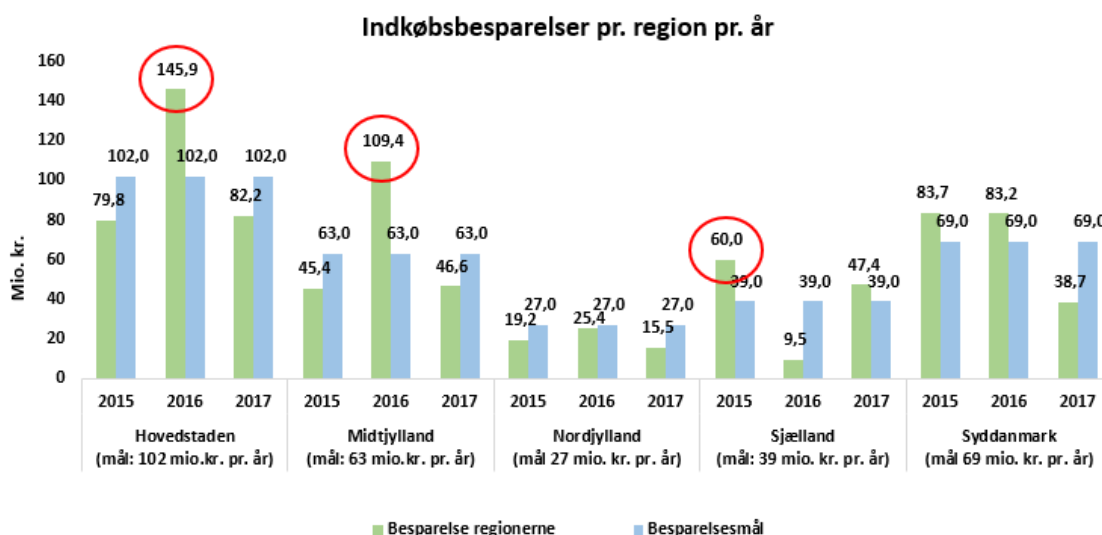
Thomas Renneberg

Status på KPI'er i regionernes fælles indkøbsstrategi efter 2017 - regionsopdelt

Kvantitative KPI'er

Besparelse på 1,5 mia. kr. i 2020¹

Med aftalen om regionernes økonomi 2017 blev der aftalt en ambitiøs målsætning om, at regionerne vil effektivisere indkøbsområdet med 1,5 mia.kr. i 2020 i forhold til 2015. Der er internt besluttet en fordeling af de 1,5 mia. kr., som blandt andet tager højde for mellemregionale betalinger. Besparelsesmålet per region fordeles lineært over strategiperiodens 5 år.

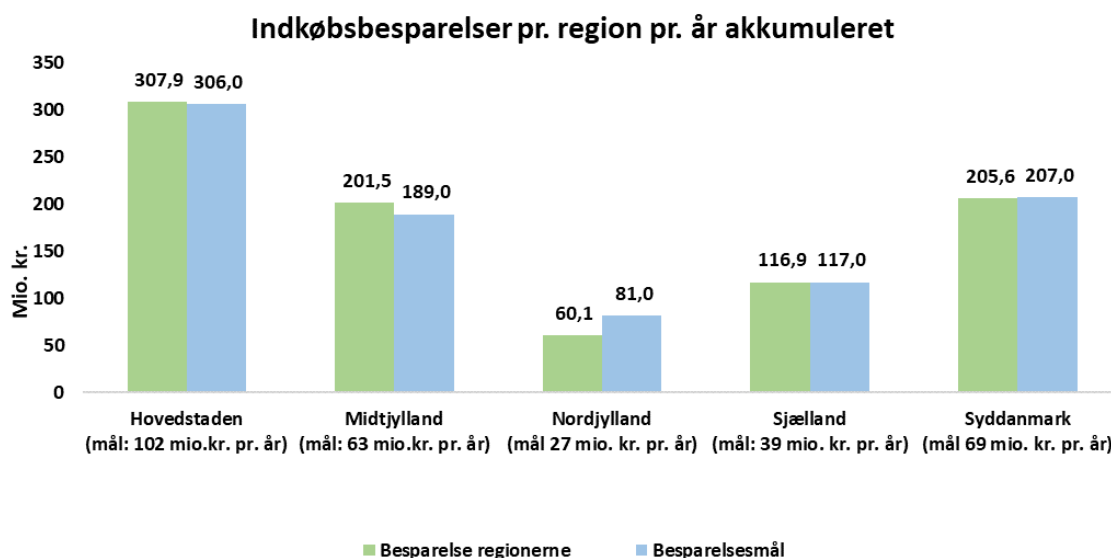


Figur 1: Indkøbsbesparelse pr. region pr. år

I figur 1 viser søjler med besparelsestal omkranset af en rød cirkel de år, hvor der er opnået en ekstraordinær høj besparelse. For Region Sjælland og Region Hovedstaden var det i hhv. 2015 og 2016, hvor hver region opnåede en

¹ Engangsbesparelser er talt med, med 1/5-del.

god besparelse på ambulanceudbuddet. Region Midtjylland er opnåede en ekstraordinær besparelse i 2016 på baggrund af indkøb af Partikelkanon, der gav 202 mio. kr. i engangsbesparelse, plus 10 mio. kr. i besparelser fra it-udbud, bl.a. videokonferenceudstyr samt Vpleks-storage og VImax-storage. Når de 892 mio. kr. fordeles ud på regionernes samlede status, fås nedenstående overblik:



Figur 2: Indkøbsbesparelse akkumuleret

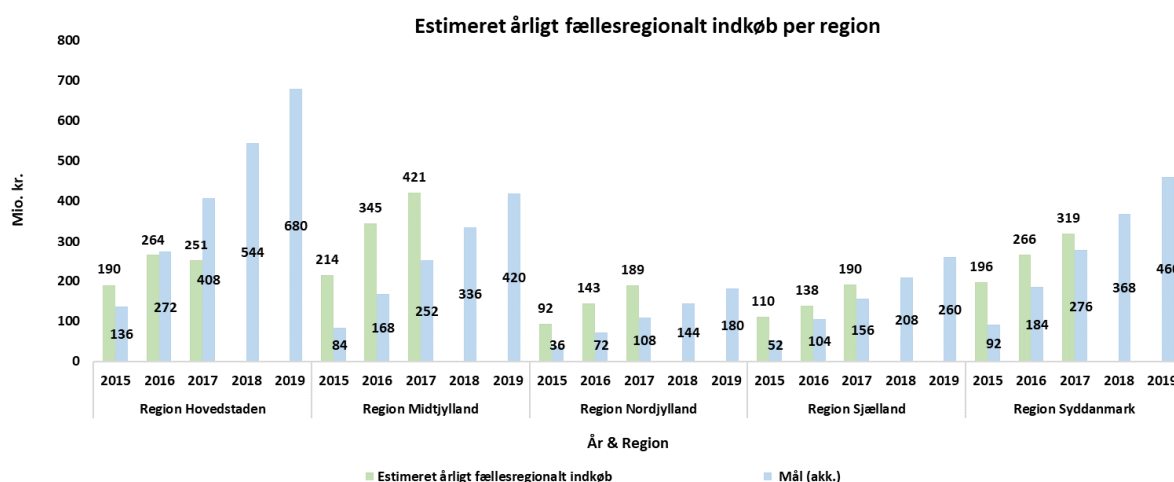
Som den eneste region i 2017 har Region Sjælland formået at nå i mål i 2017. Det skyldes blandt andet udbuddet af Tolkeydelser med en besparelse på 16,1 mio. kr., samt at der er gennemført 37 udbud, som er noget højere en normalt, på grund af en opnormering på personalesiden. Region Sjælland har dermed indhentet de manglende resultater fra 2016. Region Midtjylland er 12,5 mio. kr. foran deres mål på 189 mio. kr. for perioden 2015-2017, hvilket primært er drevet af en Samarbejdsaftale på MR-scanninger, som giver en årlig besparelse på 19,7mio. kr., men der er også indgået kontrakt på Disponerings-systemet Logis med en besparelse på 3,0 mio.kr. samt besparelser på servicekontrakter i 2017 som beløber sig til 7,1 mio. kr. Region Syddanmark er 30

mio. kr. efter besparelsesmålet for 2017, hvor Lægevagtskørsel og Høreapparater er de større besparelser i regionen. For perioden 2015-2017 er de med i forhold til deres målsætning, hvor Ambulanceudbuddet med Bios har givet 64,5 mio. kr. i besparelser fordelt over 2015 og 2016, bidrager positivt. Region Nordjylland har gennemført 34 udbud. Regionen har opnået en engangsbesparelse på 10,5 mio. kr. på CT/PET-scannere i 2017 samt besparelser på CVK, OP handsker og Øjenlinser samt Pacemakere. Samlet set er Region Nordjylland 21 mio. kr. bagud i forhold til målet for den afsluttede del af strategiperioden. I Region Hovedstaden er de største besparelser relateret til Kardiologisk Service, Automatiseringsudstyr KMA og Kolonialvarer. Regionerne regner fortsat på besparelser, som kan løfte resultaterne.

Det er bemærkelsesværdigt, at 3 ud af 5 regioner for perioden 2015-2017 alle har opnået 60 procent af det samlede besparelsesmål for hele strategiperioden, svarende til at der hvert år er opnået 20 procent, se ovenstående figur 2.

1.A: Fælles indkøb for 2 mia. kr. i 2020²

Der er gennemført 73 fællesudbud med en samlet kontraktsum på 1.371 mio. kr., hvilket svarer til 68,6 af det samlede mål. I figur 3 nedenfor er det tydeligt, at fire ud af fem regioner skiller sig positivt ud. For Region Midtjylland har fællesudbuddene på blandt andet Ultralydsscannere, Tolkeydelser og Utensiler til fleksibel endoskopi – gastroenterologi gjort, at regionen på nuværende tidspunkt har opfyldt 167,1 procent af deres målsætning. Region Nordjylland har opnået 175,0 procent af deres målsætning, hvilket primært er drevet af fællesudbuddene på Karforsegling, Urologiske artikler og urinvejskatetre. Netop disse to regioner var i 2016 sammen om fællesudbuddet på Sundhedsfaglige vikarer, som havde en samlet omsætning på 100 mio. kr. årligt. Region Sjælland har pt. opfyldt 122,0 procent af deres målsætning og Region Syddanmark 115,8 procent. Region Hovedstaden er som den eneste region faldet siden sidste år, de er faldet med 13 mio. kr. Faldet kan skyldes en række forskellige faktorer, fx at regionen kan have et eller flere genudbud med lavere kontraktsum, eller regionen ikke længere er med på et fællesudbud. Det har ikke været muligt for regionen at konstatere, hvor faldet præcist er sket.

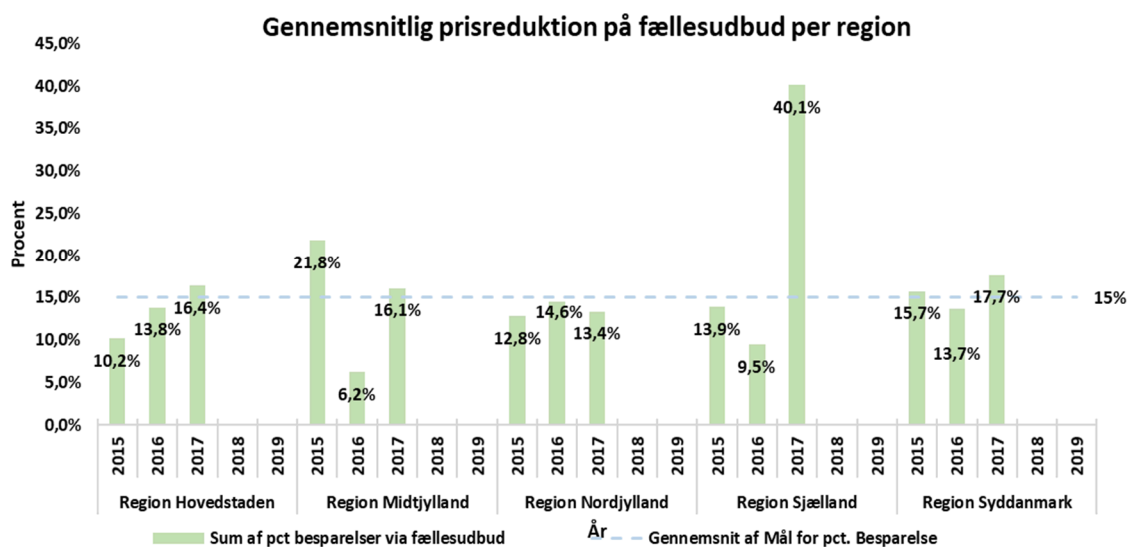


Figur 3: Estimeret kontraktsum på fællesudbud 2015-2017

² Det er i forbindelse med denne KPI vigtigt at holde for øje, at data kommer fra den Fælles Udbudsplan, hvor data er fejlbehæftet pga. udfordringer med opdatering og vedligehold af data.

3.A: 15 procent gennemsnitlig prisreduktion på fællesudbud³

Den gennemsnitlige prisreduktion for 2015-2017 er på 14,7 procent, som er 0,3 procentpoint fra den overordnede målsætning inden 2020. Der forekommer udsving i den gennemsnitlige procent af flere årsager, blandt andet ved fx genudbud med høj kontraktsum og lav besparelse, ligesom der har været udbud hvor besparelsen endnu ikke er mulig at opgøre.



Figur 4: Prisreduktion på fællesudbud, procentgennemsnit

I figur 4 kan det ses, at fire ud af fem regioner i 2017 har opnået en prisreduktion på 15 procent eller højere. Region Nordjylland har opnået 13,4 procent i 2017 og er den region, der i 2017 ikke har opnået en prisreduktion på 15 procent eller højere. En del af forklaringen skal findes i, at udbuddet Af-tørings- og lejepapir gav en meromkostning på 216.000 og altså trækker

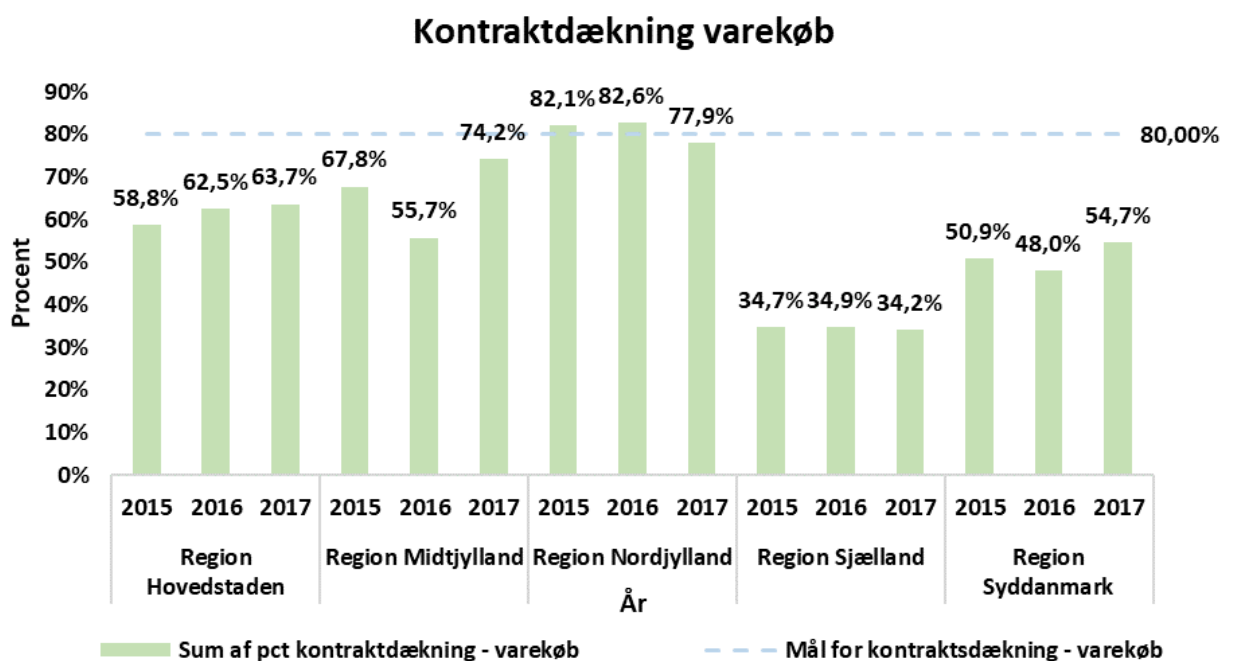
³ Som ved KPI 1.A: Fælles indkøb for 2 mia. kr. i 2020, foretages beregningen med udgangspunkt i data fra F.U.P. Registrering og opdatering af "før" og "efter" omsætning er ikke ens opfattet hos de der indtaster data og derfor er kvaliteten af omsætningen meget varierede. Dertil er der fundet fejl i opmærkningen af fællesudbud, hvorved den medtagne besparelse og omsætning kan være fejlbæftet.

procenten for prisreduktion ned. Region Nordjylland har ikke ramt 15 procent i strategiperioden hvilket er relateret til, at mange af fællesudbudsområderne allerede har været aftaledækket.

Region Sjælland har opnået 40,1 procent. Den høje prisreduktion er primært drevet af besparelsen på 16,0 mio. kr. på Tolkeydelser svarende til en besparelse på 50,4 procent. Derudover bidrager fællesudbuddene Præparerede klude og Urologiske produkter til den opnåede prisreduktion i 2017. Det er helt tydeligt, at der ikke er store udbud med høje besparelser jævnlige, da figuren ellers ville have andre udsving end fornævnte. Forskellen mellem den højeste prisreduktion, 40,1 procent, og den næsthøjeste, 21,8 procent er på hele 18,3 procentpoint. Det er nødvendigt at holde sig for øje, at nogle besparelser for 2017 endnu ikke er opgjort, hvorfor procenterne er lavere end reelt. Udbud med høj kontraktsum og lav besparelse vil have samme påvirkning.

4.A: 80 procent kontraktdekning på varekøb

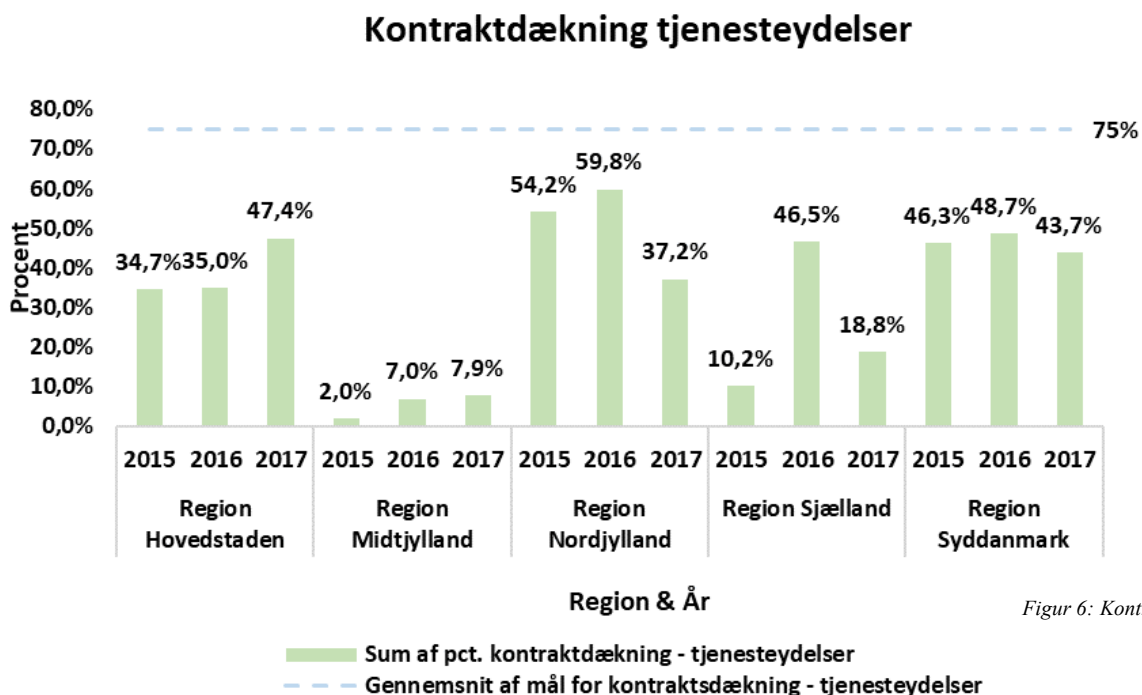
Kontraktdekningen på varekøb er for regionerne overordnet set på 62,5 procent. Kontraktdekningen er steget 632 mio. kr. siden 2016, og regionernes samlede forbrug af varer er samtidig steget 74 mio.kr. i perioden 2015-2017. Region Nordjylland ligger pænt på 77,9 procent, på trods et lille fald i 2017. Region Midtjylland er steget 18,5 procentpoint og bidrager positivt til opfyldelse af målet. Region Syddanmark er steget 6,7 procentpoint og Region Sjælland er faldet 0,7 procentpoint og har ikke ændret sig nævneværdigt i perioden 2015-2017. Region Sjælland ligger fortsat lavest med 34,2 procent. Der er opnormeret med flere udbudskonsulenter og Category Managers i 2016/2017 og der forventes en positiv effekt på kontraktdekningen i takt med at der gennemføres flere udbud. Der er fortsat en del varer, som indkøbes udenom Oracle i Region Sjælland. For Region Syddanmark er det aftalebelagte varekøb steget med ca. 166 mio. kr. fra 2016 til 2017, hvilket svarer til en stigning på ca. 16 procent, men da det samlede varekøb, eksklusiv medicin, er steget med ca. 39 mio. kr., er stigningen i aftaledækningen på varekøb fra 2016 og 2017 ikke højere end 6,7 procentpoint. Region Hovedstaden er steget siden 2015 med 4,9 procentpoint og har en positiv tendens.



Figur 5: Kontraktdekning på Varekøb pr region

1.B: 75 procent kontraktudfyldelse på tjenesteydelser

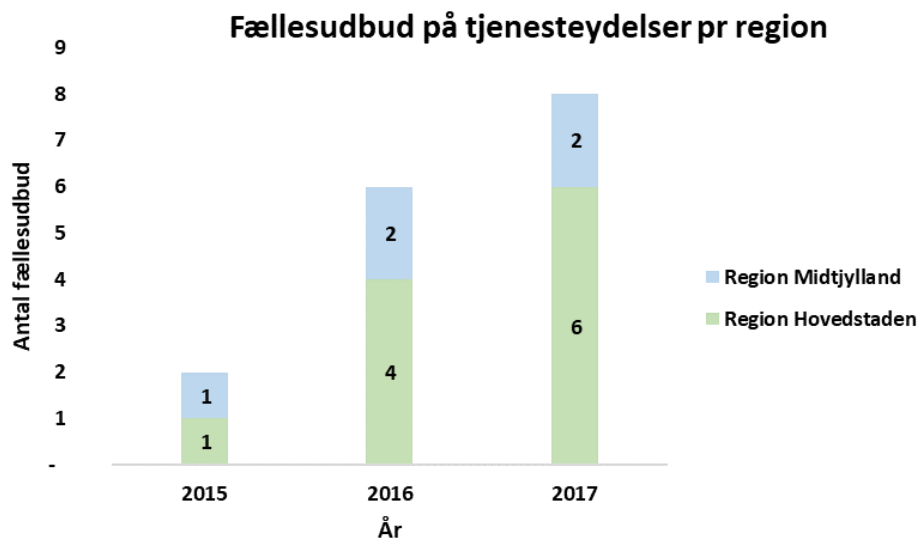
Kontraktudfyldelsen på tjenesteydelser er overordnet set på 34,9 procent, hvilket svarer til, at der er 40,1 procentpoint til målsætningen. Ingen af regionerne leverer på nuværende tidspunkt procenter i nærheden af 75 procent. Region Hovedstaden lå på godt 35 procent i både 2015 og 2016, men er steget til 47,4 procent i 2017. Årsagen til den markante stigning er, at Center for IMT har kunne påvise en bedre aftaledækning på tjenesteydelser, end det hidtil har kunne dokumentere. Region Nordjylland var i 2016 på 59,8 procent, hvilket er den højeste procent opnået i strategiperioden, de er dog faldet til 37,2 procent i 2017. Region Sjælland oplever lignende store udsving og er faldet fra 46,5 procent i 2016 til nu i 2017 kun 18,8 procent. Det vurderes dog, at procenten reelt er højere, da mange aftaler bliver indgået decentralt og uden at de registreres i indkøb. De samme gælder de øvrige regioner, hvilket gør registreringen på området svær, og derved er der ikke det fulde overblik over kontrakter på området. Der arbejdes dog på at styrke dette.



Figur 6: Kontraktudfyldelse på Tjenesteydelser pr region

3.B: Minimum 8 fællesudbud på tjenesteydelser

Denne KPI viser, hvor mange fællesudbud på tjenesteydelser, regionerne har gennemført. Status for 1. halvår 2017 viste, at målet om at nå minimum 8⁴ fællesudbud på tjenesteydelsesområdet var nået. Der er ikke indgået nye kontrakter i 2. halvår 2017. Region Hovedstaden har været tovholder på seks udbud (reelt set har Region Syddanmark været tovholder på ét af disse udbud) og Region Midtjylland har været tovholder for to.



Figur 7: Antal fællesudbud på tjenesteydelser

⁴ Der kan være fejl i opmærkningen af fællesudbud – hvilket kan påvirke om et udbud er fælles eller ej.

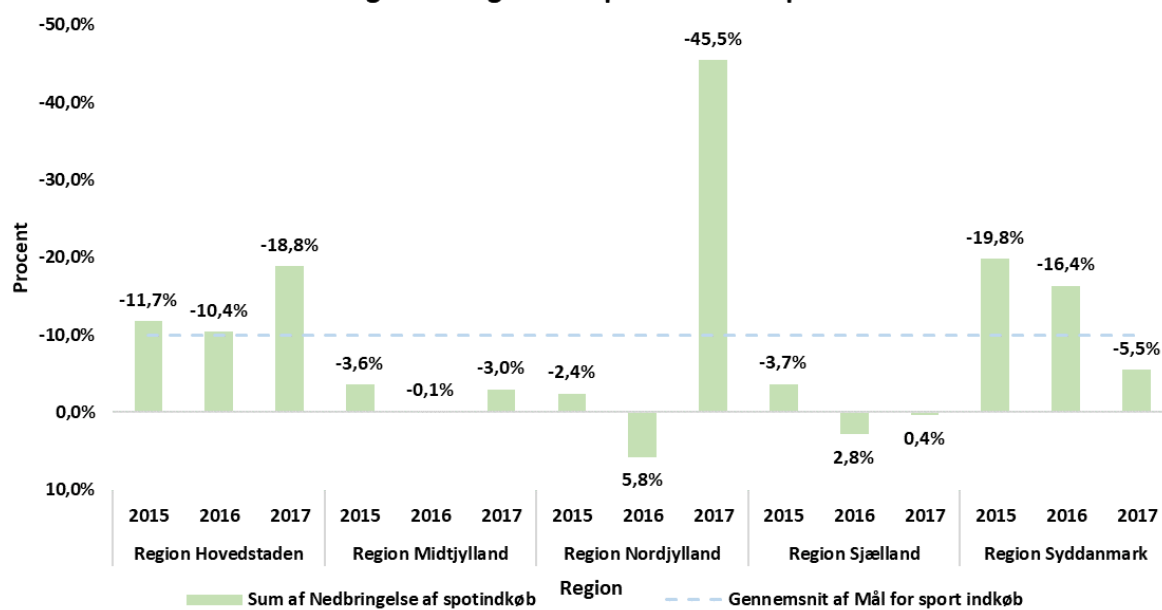
2.D: Nedbringelse af spotindkøb med 10 procent⁵

Andelen af regionernes spotindkøb, dvs. indkøb uden aftaledækning på beløb under 500 kr., skal nedbringes med 10 procent inden 2020. I perioden 2015-2017 er antallet af spotindkøb nedbragt med 8,14 procent⁶ på tværs af alle regioner, svarende til en reduktion i antallet af indkøb under 500 kroner på 15.393 stk. I nedstående figur 8 er nedbringelse af spotindkøb i procent angivet for hvert år og beregningen tager udgangspunkt i 2014-tal. I figuren er det tydeligt, hvordan den enkelte region bidrager til opfyldelse af dette mål. Region Hovedstaden har formodet at holde fast i en reduktion på 10 procent eller mere, hvorimod de øvrige regionerne svinger meget. Region Sjælland har for andet år i træk et højere antal spotindkøb end i 2014, men har dog reduceret deres procent med 2,4 procentpoint i forhold til sidste år. Region Nordjylland har på imponerende vis vendt deres situation fra 5,8 procent til -45,5 procent, en reduktion af deres spotindkøb med 51,3 procentpoint. Region Syddanmark har øget deres antal spotindkøb fra 40.290 stk. i 2015 til 47.480 stk. og er dermed kun 5,5 procentpoint eller 2.752 stk. fra at være tilbage på 2014-niveau. Der er brug for, at alle regioner fokuserer på denne KPI og ved et løft fra de laveste regioner er målet ikke urealistisk.

⁵ Kan være fejlbehæftet, da logistik og ERP systemer er forskellige på tværs af regionerne, ligesom indkøbsordrer håndteres forskelligt. Udgangspunktet for andelen af spotindkøb er dermed forskelligt og ikke 100 procent sammenligneligt på tværs.

⁶ Ved status for KPI for perioden 2015-2016 har data fra Region Syddanmark ikke være retvisende. Det betyder, at de angivne procenter har været angivet lavere, end det det reelt set var tilfældet. Dertil at det angivne antal indkøb under 500 kr. angivet for højt. Data er korrigeret og opdateret til udarbejdelse af KPI 2017.

Gennemsnitlig nedbringelse af spotindkøb for perioden 2015-2017



Figur 8: Nedbringelsen af andelen af spotindkøb under 500 kroner

3.D: 95 procent compliance af indkøb fra brugerne på regionernes aftaler

Complianceprocenten viser, i hvor høj grad de indgåede aftaler bliver brugt, når der købes ind forskellige steder i organisationerne. Det er således en særdeles vigtig KPI, da det viser, om de opnåede udbudsbesparelser også bliver realiseret. Desværre er compliance rigtig vanskeligt at måle, da data langt fra er optimalt. Datagrundlaget bygger på de fakturaer, som regionerne modtager fra deres leverandører, hvor kvaliteten er stærkt svingende, særligt på tjenesteydelsesområdet. Desuden skal data ses med forbehold for den kategorisering, varerne inddeles efter⁷.

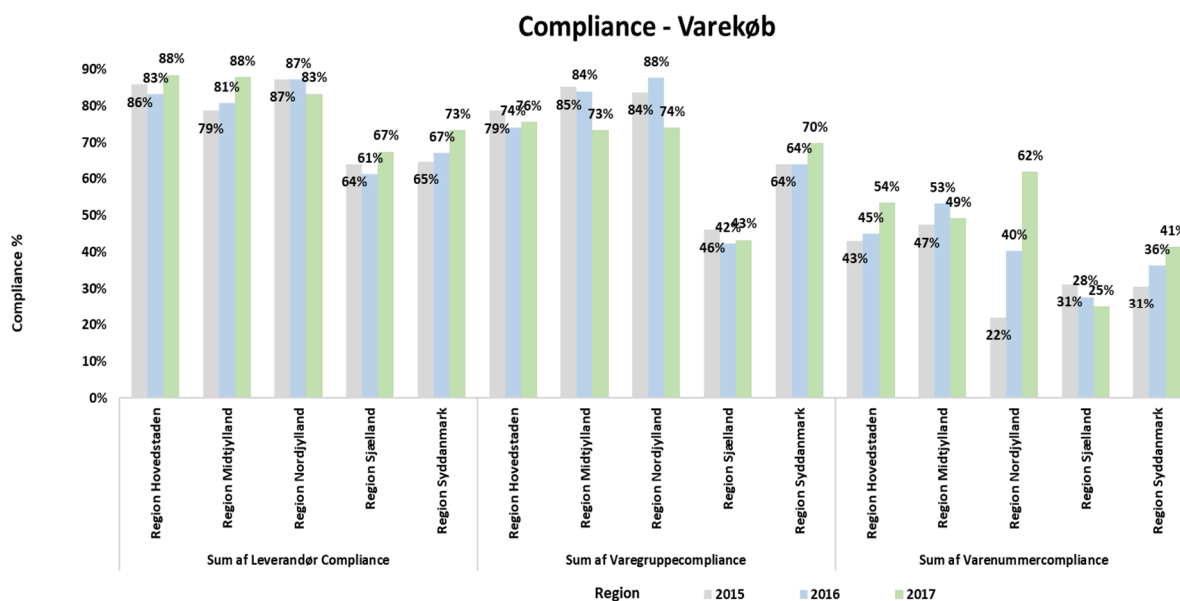
For at få så nuanceret et billede som muligt, skelnes der mellem tre typer af compliance målinger: leverandør-, varegruppe- og varenummercompliance. For yderligere forklaring omkring compliance, se den samlede KPI status.

Compliance på varekøb

Målingen på leverandørcompliance er overordnet steget med 5,7 procentpoint fra 2015 til 2017. Der var et lille fald på 0,1 procentpoint mellem 2015 og 2016, hvorfor det er positivt at se denne udvikling. For den afsluttede del af strategiperioden ligger leverandørcompliance på 82,8 procent, hvor regionerne Hovedstaden, Nordjylland og Midtjylland trækker gennemsnittet op. Sidstnævnte, Region Midtjylland, er steget 9 procentpoint fra 79 procent til 88 procent fra 2015-2017. Region Sjælland og Region Syddanmark ligger 15-20 procentpoint lavere i 2017, men har en stigende tendens. Det er vigtigt at være opmærksom på, at kvaliteten af denne måling afspejler data- og fakturakvaliteten hos leverandørerne. Compliance på varegruppeniveau er overordnet faldet til 71,4 procent og er 3,0 procentpoint lavere i 2017 end i 2015.

⁷ Der anvendes er et internationalt klassifikationssystem, som bl.a. bruges til at skabe overblik over forbrug og for at kunne foretage systematiske søgninger fx i forbindelse med E-handel. Der kom i 2017 en ny version, som er langt mere nuanceret, hvilket er positivt. Regionerne er dog midt i overgangen, hvilket vil sige, at regionerne ikke kategoriserer varer indenfor samme område ens, samtidig med at der ikke nødvendigvis er enighed med udbyderne af indkøbssystemerne og regionerne imellem, hvor en vare skal placeres.

Faldet kan henføres til Region Midtjylland og Region Nordjylland, som begge har oplevet fald på 10 procentpoint. Region Sjælland har det umiddelbart svært med compliance på varegruppeniveau og ligger i 2017 på 43 procent, 33 procentpoint lavere end Region Hovedstaden på 76 procent, og trækker ligeledes compliance i den forkerte retning.



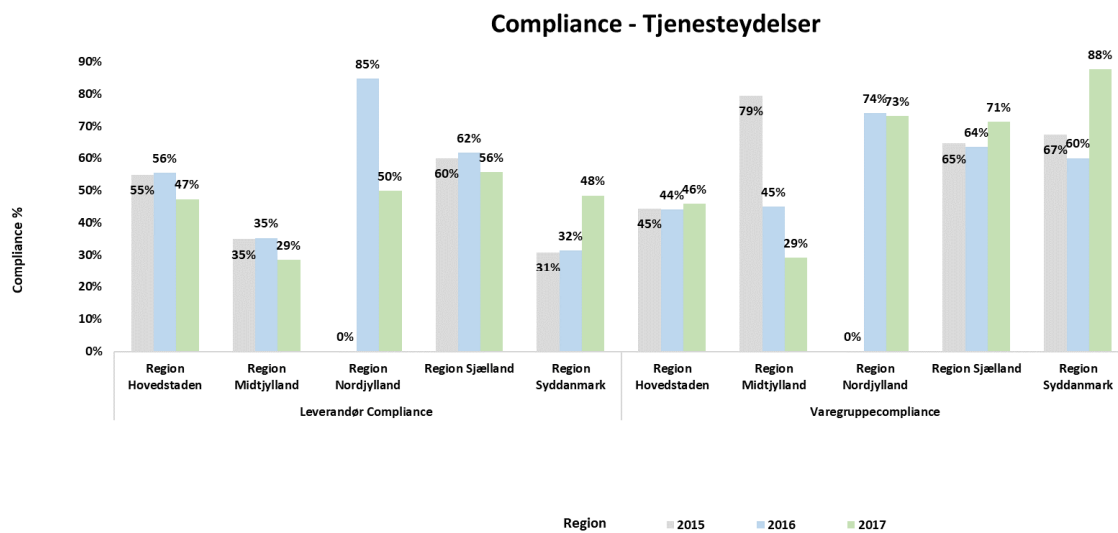
Figur 9: Compliance på varekøb

Det behøver ikke være et udtryk for, at der i regionerne ikke arbejdes med compliance. Derimod kan der være tale om, at den gældende kategorisering ikke er tilstrækkelig nuanceret på sundhedsområdet. Denne registrering kan gøre, at køb som bør være compliant ikke vil fremstå sådan og vice versa. Arbejdet med kategoriseringen er forskellig regionerne imellem, og der arbejdes med en lang række leverandører, hvilket gør fejlmarginen større. Der er igangsat et arbejde med ny kategorisering, som er et vigtigt fokusområde. Det er tillige vigtigt, at der er opbakning fra alle regioner, og at der arbejdes struktureret med denne opgave. På nuværende tidspunkt og med forskellige kategoriseringssnitflader i regionerne, anses det for en svær opgave at komme i mål og opnå 95 procent compliance på varegrupperne. Varenummercompliance målingen har en god udvikling, men er det compliancemål

der - som forventet - er længst fra at indfri målsætningen. Compliance er i 2017 på 48,8 procent en stigning på 10,4 procentpoint siden 2015. Der er stor spredning på regionerne, og der er stort spænd mellem højeste og laveste procent. Flere regioner oplever stigning i deres complianceprocent, men Region Nordjylland skiller sig markant ud. Regionen er steget fra 22 procent til 62 procent på tre år, hvilket hænger sammen med, at de at vi har fået en mere detaljeret indlæsning af deres aftaler på varenummerniveau end tidligere. Generelt for alle regionerne virker det urealistisk at kunne opnå en varenummercompliance på 95 procent, da det er meget afhængigt af fakturakvalitet, som ikke kan styres i regionerne. Det er ikke muligt for regionerne manuelt at kontrollere flere millioner fakturaer årligt, og det er kun muligt at opfordre til bedre datakvalitet hos leverandørerne, hvilket ikke må opfattes som en garanti for bedre fakturaudfyldelse. Udover manglende eller fejlagtige varenumre, er regionerne også udfordret af skiftet mellem de to versioner af kategoriseringssystemer.

Compliance på tjenesteydelser

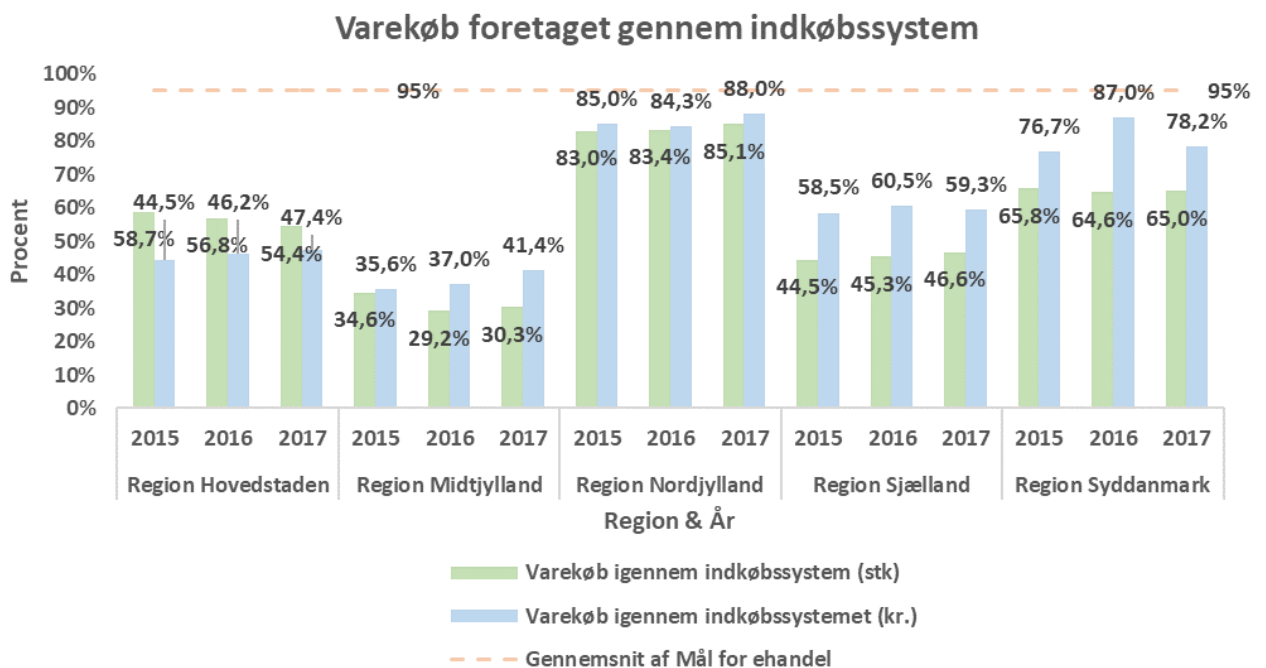
Leverandørcompliance ligger på 43,5 procent efter at have været 50,1 procent, et fald på hele 9,6 procentpoint og holder dermed ikke fast i 2016-niveauet. Compliance på varegrupperne er på 48,9 procent. Nedenfor, i figur 10, er det tydeligt, at der ikke er et bestemt mønster, når compliance på tjenesteydelser brydes ned på regioner. Der er både markante stigninger og fald, hvilket viser, hvor svært det er at måle compliance på tjenesteydelser.



1.E: 95 procent af alle varekøb skal foretages i indkøbssystem

Inden 2020 skal 95 procent af alle varekøb foretages igennem regionernes indkøbssystemer, både målt i kroner og i stk. Region Nordjylland er som den eneste region tæt på at opnå målene, på både stk. og kroner. Region Syddanmark har været på niveau med Region Nordjylland i 2016 på indkøb i kr., men har oplevet et fald på 8,8 procentpoint. For Region Midtjylland og Region Sjælland indgår fire varegrupper (fødevarer, brændsler og drivmidler, jord samt bygninger) *ikke* i beregningen, da de varegrupper ikke understøttes af indkøbssystemet i de to regioner. Det betyder, at procenten her vil være lavere, end den reelt set er. Det forekommer dog noget svært for de to nævnte regionerne at opnå målet på 95 procent, for begge procenter. Region Hovedstaden falder generelt, men har haft tekniske problemer med deres KMD system, hvilket betyder at 2017 ikke er fuldt opdateret. Det anslås, at 10 procent af alle fakturaer mangler, hvorfor deres udvikling kun kan fortolkes forsigtigt.

Figur 10: Compliance på tjenesteydel-

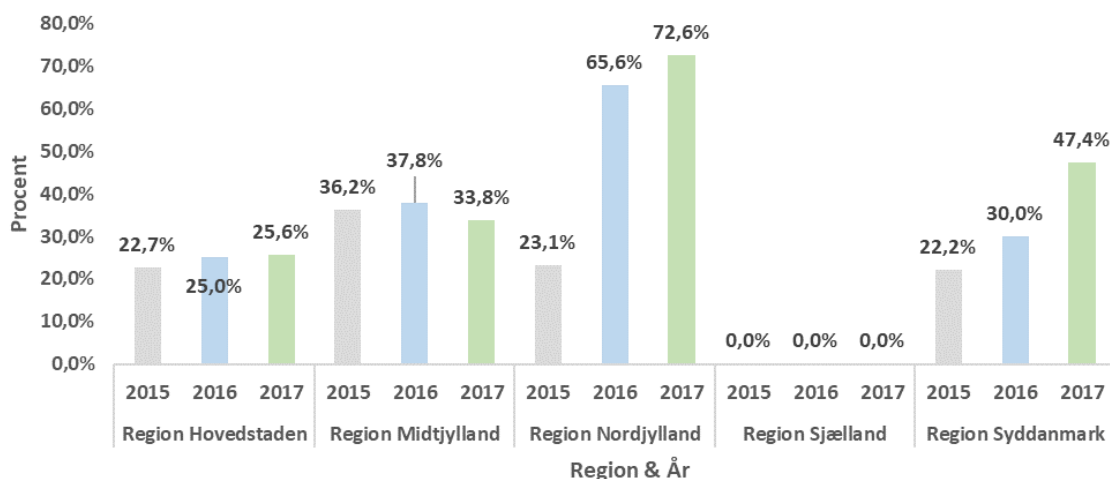


Figur 11: Varekøb foretaget i indkøbssystem pr region

2.E: 95 procent af ordrerne hos de største leverandører skal ske digitalt

Antallet af digitale ordrer hos de største leverandører er steget fra 21,9 procent i 2015 til 37,8 procent i 2017. Statusmålingen ved 1. halvår 2017 viste 41,4 procent og dermed er der sket et fald på 3,6 procentpoint. På nuværende tidspunkt skulle regionerne gerne have leveret en samlet andel på 57,0 procent, hvilket betyder, at der skal indhentes 19,2 procentpoint ekstra i strategiperiodens to sidste år. Region Sjælland har fortsat ikke implementeret Nem-handels ordrer i deres system, hvilket trækker ned⁸. Region Nordjylland og Region Syddanmark har opnået store stigninger i antallet af digitale ordrer, hvilket kan relateres til, at Region Syddanmark har fået en stor fødevarerleverandør på Nem-handel. Regionerne arbejder fortsat på at få flere Nem-handels-leverandører, hvor især Region Midtjylland fortsat er udfordret af, at kun fire ud af 31 leverandører, er Nemhandels-leverandør.

Andel af digitale ordrer hos store leverandører



Figur 12: Antallet af digitale ordrer hos de største leverandører

⁸ Fjernes Region Sjælland i beregninger vil procenter være; 2015: 24,1 procent; 2016: 36,4 procent; 2017: 44,2 procent

Bilag Titel:	Officielt høringssvar til lovforslag om indførelse af risikodeling
Dagsordens titel	Høringssvar vedr. lovforslag om indførelse af forsøgsordning med risikodeling i medicintilskudssystemet
Dagsordenspunkt nr	17
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

DANSKE
REGIONER



06-08-2018
EMN-2018-01780
1203066
Laura Winther

Danske Regioners høringsvar på Lovforslag om indførelse af forsøgsordning med risikodeling i medicintilskudssystemet

Sundheds- og Ældreministeriet har fremsendt lovforslag om indførelse af forsøgsordning med risikodeling i medicintilskudssystemet til høring. Dette omhandler etableringen af en forsøgsordning for en treårig periode med to lægemidler. Forsøgsordningen vil efter de tre år blive evalueret med henblik på at gøre ordningen permanent.

Formålet med lovforslaget er bl.a. begrundet i, at lægemiddelindustrien i nogle tilfælde har fundet Lægemiddelstyrelsens praksis for restriktiv ved vurdering af ansøgninger om medicintilskud. Loven vil betyde, at det offentlige sundhedsvæsen (regionerne) dækker udgifterne til tilskud til en afgrænset gruppe patienter indenfor en nærmere defineret population, som opfylder de opstillede betingelser for tilskud, mens lægemiddelvirksomhederne skal tilbagebetale tilskuddet til regionerne, hvis der sættes flere i behandling end den gruppe, man estimerede med.

Høringsvaret baserer sig på kommentarer fra regionerne. Der tages forbehold for drøftelsen i Danske Regioners bestyrelse den 30. august 2018.

Danske Regioner har med ovennævnte forbehold følgende bemærkninger til lovforslaget:

Generelle bemærkninger:

Danske Regioner er overordnet set positive over for lovforslaget om at indføre en forsøgsordning med risikodeling i medicintilskudssystemet.

Lovforslaget hviler på, at patienter med den nuværende ordning ikke får de lægemidler, som de har ret til, fordi lægerne ikke søger om tilskud på vegne af patienterne. Dette mener Danske Regioner skal dokumenteres med data. Danske Regioner savner konkret dokumentation herfor.

Det anføres i forslaget, at der skal ske en evaluering af ordningen inden udgangen af 2021. Danske Regioner mener, at det er vigtigt, at regionerne får indflydelse på evalueringen ved at få mulighed for at kommentere på de spørgsmål, som evalueringen skal tage udgangspunkt i. Evalueringen bør bl.a. lægge vægt på langtidseffekterne af lovforslaget. Det ønskes undersøgt, om lovforslaget kan have uheldige konsekvenser i forhold til ordinationsmønstre og udgifter til medicintilskud,

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

og om det sikrer patienterne en hurtigere adgang til nye og innovative lægemidler, end det er tilfældet med den nuværende ordning. Regionerne bør have mulighed for at kommentere på selve evalueringen, når der foreligger et udkast. For at sikre mest mulig troværdighed om evalueringen skal Danske Regioner opfordre til, at den foretages af ekstern part.

Implementering

Danske Regioner finder det er uklart, hvordan betalingsforholdene i praksis tænkes gennemført. Skal regionerne sende en regning til firmaerne i slutningen af regnskabsåret (i så fald er der administrative omkostninger forbundet hermed), og er der sikkerhed for, at denne betaling kan finde sted inden regnskabsårets afslutning?

Målgruppebeskrivelse

Danske Regioner finder det uklart, hvordan patientmålgruppen bliver fastlagt.

Det primære datagrundlag stammer fra virksomhederne, som forventes at have et klart incitament til at beskrive målgruppen så bredt som muligt.

Lægemiddelvirksomhederne har mulighed for at trække deres ansøgning tilbage, hvis de vurderer at Lægemiddelstyrelsen har estimeret målgruppen for lavt. Regionerne bør derfor have mulighed for at kommentere på virksomhedernes datagrundlag og Lægemiddelstyrelsens estimat med henblik på, at regionerne ikke pålægges unødige merudgifter.

Monitorering

Det fremføres i forslaget, at Sundhedsdatastyrelsen skal monitorere forbruget kvartalsvis for at opdage afvigelser i forhold til antal personer (målpopulationen) fastsat i afgørelsen. Ved evt. afvigelser er Lægemiddelstyrelsen ansvarlig for at tage kontakt til regionerne. Her savnes en beskrivelse af, hvad regionerne forventes at skulle foretage sig på baggrund af disse oplysninger. Forventes det fx, at regionerne skal forsøge at påvirke antallet af ordinationer eller opstille alternative estimater af målpopulationen?

Økonomiske bemærkninger

Det anføres i lovforslaget, at ændringen af medicintilskudsreglerne er udgiftsneutral for regionerne. Danske Regioner finder imidlertid, at der er risiko for øgede merudgifter. Dette skyldes, at de omhandlede patienter opnår en højere tilskudssats på deres øvrige køb af tilskudsberettigede lægemidler med højere medicinudgifter for regionerne til følge. Herudover vil udgifterne til medicintilskud stige som følge af højere tilskudssatser og som følge af, at patientpopulationen, der modtager tilskud, øges. Danske Regioner vurderer, at lovforslaget på længere sigt kan bevirke øgede udgifter til medicintilskud uden øgede sundhedsmæssige gevinster. Lægemidler, der ikke før var førstevalg (grundet dyrere pris uden bedre effekt), vil måske ende med at

blive førstevalg grundet øget påvirkning af læger og patienter. Den forventede merudgift af lovforslaget bør være tydelig således, at regionerne kan anmode om DUT-kompensation.

Endvidere bemærker Danske Regioner, at det er vigtigt, at Sundheds- og Ældreministeriet afklarer, hvordan medicintilskudssystemet skal håndtere de to pågældende lægemidlers tilskudsstatus efter forsøgsperiodens afslutning. I tilfælde af at der under forsøgsordningen fremkommer et merforbrug af de pågældende lægemidler, skal det afklares, om præparaternes tilskudsstatus i så fald opretholdes, når risikodelingen ophører, og om det offentlige sundhedsvæsen således er forpligtet til at afholde disse udgifter alene, når lægemiddelvirksomhedernes bidrag ophører.

Med venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag Titel:	Underskrevet svar på høring om certificeringsordning for fremmedsprogstolke
Dagsordens titel	Høring over lovforslag om certificeringsordning for fremmedsprogstolke på sundhedsområdet
Dagsordenspunkt nr	20
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Sundheds- og Ældreministeriet

sum@sum.dk

22-08-2018

EMN-2018-02104

1208191

Svar på høring over forslag til lov om certificeringsordning for fremmedsprogstolke på sundhedsområdet

Danske Regioner modtog den 9. juli 2018 *høring over udkast til lovforslag om certificeringsordning for fremmedsprogstolke på sundhedsområdet.*

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar. Høringssvaret afgives med forbehold for drøftelse i Danske Regioners bestyrelse på møde den 30. august 2018.

Danske Regioner har i forbindelse med udarbejdelsen af høringssvaret indhentet bemærkninger fra de fem regioner.

Overordnede bemærkninger

Danske Regioner finder det positivt, at der indføres en certificeringsordning for fremmedsprogstolke. Det er afgørende, at sundhedspersonale og patienter forstår hinanden, og det vurderes, at en certificeringsordning kan medvirke til at højne kvaliteten af tolkningen i sundhedsvæsenet.

Det er således også positivt, at der i lovforslaget, ud over en vurdering af de sproglige kompetencer, også påtænkes en vurdering af f.eks. viden om sundhedsvæsenet, tolkeetik, tolketeknik mv.

I henhold til gældende lovgivning er det behandlende læges ansvar at sikre, at tolken har de fornødne sproglige kvalifikationer. Det er derfor hensigtsmæssigt med en certificeringsordning, hvor en fagperson med sproglige kompetencer, i regi af en certificeringsinstitution, foretager vurderingen af tolkens sproglige kvalifikationer, idet man ikke almindeligvis kan forvente at en sundhedsperson har de fornødne kompetencer til dette. Med en certificeringsordning vil der være sikkerhed for, at den rekvirerede tolk har de kompetencer, som kræves.

Det følger af lovforslaget, at regionerne får mulighed for at benytte certificerede tolke uden at dette samtidig er et krav. Der er hermed lagt op til en hensigtsmæssig fleksibilitet, idet udbuddet af tolke i nogle sprog er så lille, at krav om certificering vil udgøre en barriere for at kunne tilbyde en tolk inden for det pågældende område.

Endelig lægges der i lovforslaget op til, at der skal være dialog mellem certificeringsinstitutionerne og regionerne om, i hvilke sprog der vil være behov for at foretage certificering.

Danske Regioner vurderer, at der på sigt er potentiale for at udvide certificeringsordningen således, at den går på tværs af offentlige områder fx sundhedsvæsen, domstole, asylcentre, socialkontorer, politi osv. I alle disse sammenhænge er der samme behov for at sikre, at den tolk, der anvendes, mestrer sit tolkesprog i tilstrækkelig udstrækning.

Danske Regioner har yderligere nogle bemærkninger til lovforslaget, som bør indgå i det videre arbejde med lovforslaget:

Det anbefales, at ministeriet opstiller klare definitioner og krav til ansøgning og godkendelse af certificeringsinstitutioner. Det kan sikre kvalitet og ensartet niveau. Det foreslås, at der opstilles objektive kriterier ved eksempelvis at inddrage erfaringer fra danske og internationale sproguddannelser, herunder tolkeuddannelsen i Norge.

Det anbefales, at ministeriet opstiller klare definitioner og krav til form, indhold og tilrettelæggelse af eksamenen med henblik på at sikre en høj og ensartet kvalitet på tværs af godkendte certificeringsinstitutioner.

Certificeringsinstitutionerne kan opkræve gebyr for eksamination i certificering som fremmedsprogstolk. Det foreslås, at der fastsættes et loft for det maksimale gebyr en institution kan tage.

Det bør overvejes, om certificeringsordningen bør understøttes af et kvalificeret uddannelses tilbud. Det antages, at nogle fremmedsprogstolke har brug for et kursus eller en uddannelse, før de kan bestå eksamen for at blive certificerede. Således kan tolkene opkvalificeres, og man kan opnå et reelt løft i kvaliteten af tolkningen i sundhedsvæsenet.

Det anbefales, at man efter lovens ikrafttræden, udøver et aktivt tilsyn, for jævnligt at sikre, at institutionerne opfylder kravene, herunder at der føres tilsyn ved mistanke om uregelmæssigheder på baggrund af f.eks. medieomtale eller henvendelser fra tolkebrugere.

Det foreslås, at der oprettes et register med offentlig adgang over certificerede tolke, så det er muligt for bestilleren af tolkeydelsen at kontrollere, hvorvidt

tolken er certificeret, jf. Rigsrevisionens undersøgelse om myndighedernes brug af tolkeydelser, hvor der rejses kritik af myndighedernes manglende mulighed for kontrollere tolkens kvalifikationer.

Bemærkninger til økonomi

Det forventes, at udgifterne i forbindelse med certificeringen vil medføre stigende udgifter til regionerne på tolkninger. F.eks. vil en certificeret tolk formentligt have en forventning om en højere aflønning end en ikke-certificeret tolk. Dette ses i Norge, hvor aflønningen følger niveauet for tolkeuddannelse/certificering.

Regionerne ønsker derfor, at lovforslaget medtages i Lov- og Cirkulærepragrammet med henblik på økonomisk forhandling.

Med venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag Titel:	Bilag Oversigt over tværregionale sager i Rigsrevisionen
Dagsordens titel	Oversigt over tværregionale sager i Rigsrevisionen
Dagsordenspunkt nr	24
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

13-08-2018
EMN-2017-00528
1206077
Birgitte Nymark

Bilag: Oversigt over tværregionale sager i Rigsrevisionen

Forundersøgelser

Der er pt. ingen igangværende forundersøgelser.

Igangværende undersøgelser

Opsporing og behandling af flygtninge med traumer

Rigsrevisionen har gennemført en tværgående forundersøgelse af indsatsen for at identificere og behandle traumatiserede flygtninge, som har involveret Udlændinge- og Integrationsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. Regionerne har været del af forundersøgelsen, da de har ansvaret for hospitalet, der udreder og behandler patienter med bl.a. traumer. Som resultat af forundersøgelsen, har Rigsrevisionen igangsat en forløbsundersøgelse om opsporing og behandling af flygtninge med traumer. Beretningen forventes behandlet på Statsrevisorernes møde i december 2018.

Rettigheden i indsatsen overfor kræftpatienter

Rigsrevisionen har igangsat en undersøgelse af rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes indsatser for at sikre en rettidig indsats for patienter med kræft har været tilfredsstillende. En stor del af undersøgelsen vil være en analyse af forløbstider i kræftpakkerne. Beretningen forventes at ligge klar til Statsrevisorernes behandling ultimo 2018.

Retten til hurtig udredning

Rigsrevisionen er ved at gennemføre en større undersøgelse om retten til hurtig udredning. Formålet er at vurdere, om regionerne og Sundheds- og Ældre-

ministeriet arbejder tilfredsstillende med at forbedre overholdelsen af patienters ret til hurtig udredning. Rigsrevisionen fokuserer på følgende overordnede spørgsmål:

- Overholder regionerne patienternes ret til hurtig udredning?
- Bidrager regionernes information og vejledning til, at patienterne i videst muligt omfang kan udredes hurtigt?
- Har regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet sikret et retvisende datagrundlag til at overvåge overholdelsen af retten til hurtig udredning, reagerer regionerne, når overvågningen viser, at det er nødvendigt og sikrer ministeriet, at regionerne har de nødvendige rammer for at styre retten til hurtig udredning?

Beretningen forventes behandlet på Statsrevisorernes møde i november 2018.

Uønsket forskel i behandling på hospitalerne

Rigsrevisionen har igangsat en undersøgelse af uønskede forskelle i behandlingskvalitet på hospitalerne. Undersøgelsens hovedformål er at vurdere, om regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet har taget initiativ til at sikre sig viden om og iværksat tiltag over for uønskede forskelle i behandlingskvalitet på sygehusene. Undersøgelsen består af tre dele:

- Del 1 er en registerundersøgelse, der skal se på uønskede forskelle i den behandlingskvalitet, patienter modtager på sygehusene inden for KOL, apopleksi, hjertesvigt og hoftenære lårbensbrud.
- Del 2 og del 3 undersøger, om hhv. regionerne og ministeriet sikrer, at de har viden om, hvorvidt der er uønskede forskelle i den behandlingskvalitet, patienter modtager på danske sygehuse, og om de tager initiativ til at mindske de uønskede forskelle.

Beretningen forventes behandlet på Statsrevisorernes møde i december 2018.

Opfølgende undersøgelser

Sundhedsplatformen (17/2017)

Statsrevisorerne behandlede den 20. juni 2018 beretning nr. 17/2017 om Sundhedsplatformen.

Formålet med undersøgelsen var at vurdere, om Region Hovedstaden har haft en tilfredsstillende forberedelse forud for afibrugtagningen af Sundhedsplatformen på Herlev og Gentofte hospital i forhold til følgende spørgsmål:

Rigsrevisionen konkluderede, at Region Hovedstaden tog Sundhedsplatformen i brug uden at have et klart billede af, hvordan det ville påvirke hospitalernes aktivitet. Herudover var regionens test af systemet og uddannelse af medarbejderne i forhold til at kunne følge hospitalernes aktivitet utilstrækkelig. Statsrevisorerne fandt endvidere, at Region Hovedstadens forberedelse af ibrugtagningen af Sundhedsplatformen på Herlev og Gentofte Hospital har været uprofessionel og kritisabel. Det skyldes, at regionen tog Sundhedsplatformen i brug uden tilstrækkelige analyser af, hvordan Sundhedsplatformen ville påvirke hospitalernes aktivitet og sundhedspersonalets produktivitet.

Statsrevisorerne bemærkede endvidere, at faldet i hospitalernes aktivitet har været væsentligt over det forventede, og at de forudsatte gevinster ved Sundhedsplatformen endnu ikke har kunnet realiseres.

Myndighedernes brug af tolkeydelser (12/2017)

Statsrevisorerne behandlede den 21. marts 2018 beretning nr. 12/2017 om myndighedernes brug af tolkeydelser. Af Statsrevisorernes udtalelse fremgår det, at

”Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at hverken Justitsministeriet, Udlændinge- og Integrationsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet eller regionerne har sikret en tilfredsstillende brug af fremmedsprogstolke. Statsrevisorerne skal pege på, at mangelfuld tolkning giver problemer for retssikkerheden og patientsikkerheden, ligesom det giver øgede samfundsøkonomiske omkostninger til sagsbehandling, patientbehandling mv.

Statsrevisorerne skal endelig pege på, at der er et uudnyttet potentiale i øget samarbejde omkring tolkeydelser på tværs af rets-, asyl- og sundhedsområdet, fx udbredelse af certificeringsordningen for tolke, fælles krav til kvalitet og kvalifikationer mv.”

Forebyggelse af Hospitalserhvervede infektioner (5/2017)

Statsrevisorerne behandlede den 15. november 2017 beretning nr. 5/2017 om forebyggelse af hospitalserhvervede infektioner.

Formålet med undersøgelsen var at vurdere, om Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner er tilstrækkelig. Statsrevisorerne fandt, at Sundheds- og Ældreministeriets, regionernes og hospitalernes indsats for at forebygge hospitalsinfektioner har været utilfredsstillende. Statsrevisorerne fandt det endvidere foruroligende, at niveauet for sundhedspersonalets overholdelse af hospitalernes egne retningslinjer for hygiejne, fx rene hænder, er så lavt – ikke mindst fordi det anses som den mest effektive måde at afbryde smitteveje på.

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 17. april 2018, hvoraf det fremgår, at Rigsrevisionen fortsat vil følge udviklingen i hospitalserhvervede infektioner, herunder om de nationale mål og indikatorer justeres, baseret på den årlige status på de nationale mål for sundhedsvæsenet.

3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata (4/2017)

Statsrevisorerne behandlede den 15. november 2017 beretning nr. 4/2017 om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata.

Formålet med undersøgelsen var, indenfor udvalgte centrale områder, at vurdere om regionerne havde en tilstrækkelig beskyttelse af adgangen til it-systemer og data. Statsrevisorerne fandt, at de 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata ikke er tilfredsstillende, og at der derved er risiko for, at følsomme og fortrolige persondata kommer i hænderne på uvedkommende eller ikke er pålidelige og tilgængelige, når der er brug for dem.

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 4. april 2018, hvoraf det fremgår, at Rigsrevisionen finder sundhedsministerens og regionernes tiltag tilfredsstillende og vurderer, at sagen kan afsluttes, idet Rigsrevisionen også fremover – gennem årsrevisionens it-revision – vil have fokus på it-sikkerhed i regionerne, herunder beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata.

Statsrevisorerne har imidlertid bedt Rigsrevisionen om fortsat at følge op på deres undersøgelse, idet "*Statsrevisorerne konstaterer med tilfredshed, at Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaden har iværksat en række tiltag, der skal beskytte adgangen til it-systemer og sundhedsdata. Der udestår dog enkelte tiltag. Henset til områdets væsentlighed og risiko har Statsrevisorerne anmodet Rigsrevisionen om at følge op på, at de udestående initiativer i de 3 regioner bliver implementeret.*"

Regionernes brug af konsulenter (19/2016)

Statsrevisorerne behandlede den 14. juni 2017 beretning nr. 19/2016 om regionernes brug af konsulenter.

Statsrevisorerne konkluderede, at regionernes indkøb af konsulentydelse ikke er tilfredsstillende, idet regionerne ikke har sikret en sparsommelig, korrekt og strategisk brug af konsulenter. I den seneste opfølgning fra 13. oktober 2017, konkluderer Rigsrevisionen, at regionernes initiativer til at styrke tilsyn og opfølgning med konsulentkøb er tilfredsstillende, og at denne del af undersøgelsen kan afsluttes. Rigsrevisionen vil dog fortsat følge udviklingen og orientere Statsrevisorerne om, hvorvidt regionerne udarbejder retningslinjer og strategier for konsulentkøb.

Hospitalslægers bibeskæftigelse (3/2016)

Statsrevisorerne behandlede den 9. november 2016 beretning nr. 3/2016 om hospitalslægers bibeskæftigelse.

Beretningen, som omhandler hospitaler i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden, viser, at bibeskæftigelse blandt hospitalslæger er udbredt. Således havde op mod 2 ud af 3 hospitalslæger med oplysningspligtig bibeskæftigelse i 2014. Statsrevisorerne udtalte kritik af følgende forhold; at ingen af hospitalerne havde fastlagt kriterier for, hvordan lægernes bibeskæftigelse skal vurderes, at der er eksempler på, at lægerne bruger arbejdstid og hospitalets resurser i forbindelse med bibeskæftigelsen uden at betale for det, og at knap halvdelen af de ledende overlæger på de undersøgte hospitaler har bibeskæftigelse, selv om hovedreglen i 2 af de undersøgte regioner er, at de ikke må have bibeskæftigelse

Rigsrevisionen fulgte op på beretningen i revisionsnotat af 7. april 2017, hvoraf det fremgår, at Rigsrevisionen fortsat vil følge udviklingen i hhv. Region Syddanmarks og Region Sjællands arbejde med at indføre et elektronisk system til løbende registrering af hospitalslægers bibeskæftigelse, og Region Syddanmarks, Region Sjællands og Region Hovedstadens tiltag for at sikre, at hospitalslægers bibeskæftigelse er forenelig med deres hovedbeskæftigelse.

Region Midtjyllands styring af risici og reserver i 2 sygehusbyggerier (11/2016)

Statsrevisorerne behandlede den 22. februar 2017 beretning nr. 11/2016 om Region Midtjyllands styring af risici og reserver i 2 sygehusbyggerier.

Beretningen handler om Region Midtjyllands risikostyring og reservestyring i byggeriet af Det Nye Universitetshospital i Aarhus (DNU) og Det Nye Hospital i Vest (DNU-Gødstrup). DNU har et budget på 6,35 mia. kr., mens budgettet for DNU-Gødstrup er på 3,15 mia. kr. Statsrevisorerne fandt, at Region Midtjyllands styring af risici og reserver i byggeriet af DNU og DNU-Gødstrup har været utilfredsstillende, og at risikoen for at yderligere besparelser og ændringer i byggerierne kan forringe byggeriernes kvalitet og funktionalitet.

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 31. maj 2017, hvoraf det fremgår, at Rigsrevisionen fortsat vil følge udviklingen i Region Midtjyllands styring af risici og reserver i de to sygehusbyggerier.

Regionernes styring af ambulans behandling af voksne patienter med psykiske lidelser (15/2015)

Statsrevisorerne behandlede den 30. marts 2016 beretning nr. 15/2015 om

regionernes styring af ambulante behandling af voksne patienter med psykiske lidelser.

Beretningen handler om regionernes styring af den ambulante kapacitet til at behandle voksne patienter med psykiske lidelser i den regionale hospitalspsykiatri og i praksissektoren. Statsrevisorerne fandt det positivt, at regionernes fokus på styring og brug af kapaciteten i hospitalspsykiatrien har resulteret i øget produktivitet og højnet kvalitet, dvs. at der visiteres flere patienter, og de behandles hurtigere. Statsrevisorerne bemærkede dog også, at regionerne kan forbedre styringen af den samlede kapacitet i hospitalspsykiatrien og i praksissektoren.

Rigsrevisionen har fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 1. september 2016, hvoraf det fremgår, at Rigsrevisionen fortsat vil følge udviklingen i hhv. arbejdet med at se på den overordnede styring af psykiatrien med fokus på at styrke viden om effekten og omkostningerne ved forskellige behandlingsforløb, hvorvidt Region Syddanmark og Region Sjælland implementerer konkrete retningslinjer i visitationen og følger op på, om patienter er visiteret korrekt, samt regionernes indgåelse af lokale aftaler med henblik på at opfylde praksisplanernes sundhedsfaglige målsætninger for behandling af patienter med psykiske lidelser i almen praksis.

Hospitalernes forbrug af personaleressourcer (10/2014)

Statsrevisorerne behandlede den 18. marts 2015 beretning nr. 10/2014 om hospitalernes brug af personaleressourcer.

Beretningen handler om, hvordan hospitalerne planlægger og styrer deres brug af personaleresurser. Beretningen har særligt fokus på hospitalernes brug af læger og plejepersonale, herunder personalet på operationsstuerne. Statsrevisorerne bemærkede, at det er muligt at få bedre og mere sundhed for pengene, hvis hospitalerne bruger personaleresurser og kapacitet mere effektivt.

Rigsrevisionen fulgte op på beretningen i revisionsnotat af 20. august 2015, hvoraf det fremgår, at Rigsrevisionen fortsat vil følge udviklingen i resultaterne af regionernes tværregionale projekter om henholdsvis optimal personaleanvendelse og opstilling af indikatorer for kapacitetsanvendelse.

Problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (24/2013)

Statsrevisorerne behandlede den 17. september 2014 beretning nr. 24/2013 om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (FMK).

Beretningen handler om udviklingen og implementeringen af den digitale løsning Fælles Medicinkort. Statsrevisorerne kritiserede Sundhedsministeriet,

NSI og regionerne for en mangelfuld indsats i udviklingen og implementeringen af FMK. Konsekvenserne er, at FMK er betydeligt forsinket og stadig ikke anvendes fuldt ud. Endvidere er den samlede pris for at indføre FMK ukendt.

Rigsrevisionen har senest fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 1. november 2016, hvoraf det fremgår, at Rigsrevisionen fortsat vil følge udviklingen i anvendelsen af FMK på sygehusene, herunder i ambulatorierne.

Aktiviteter og udgifter i praksissektoren (17/2011)

Statsrevisorerne behandlede den 29. august 2012 beretning nr. 17/2011 om aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Beretningen handler om styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren med det formål at kortlægge de overordnede rammer for styringen af praksissektoren, herunder undersøge, om Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Statsrevisorerne fandt det utilfredsstillende, at der ikke i højere grad er mulighed for at styre, kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Rigsrevisionen har senest fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 10. februar 2016, hvoraf det fremgår, at Rigsrevisionen fortsat vil følge udviklingen i Finansministeriets, Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes arbejde med at afdække mulighederne for at justere honorarsystemet for almen praksis, samt i regionernes arbejde med at implementere et nyt afregningssystem.

Elektroniske patientjournaler på sygehusene (4/2010)

Statsrevisorerne behandlede den 23. februar 2011 beretning nr. 4/2010 om elektroniske patientjournaler på sygehusene.

Rigsrevisionen har senest fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 13. februar 2017, med en indstilling om, at sagen om elektroniske patientjournaler på sygehusene blev afsluttet.

Statsrevisorerne valgte imidlertid, at de fortsat vil følge udviklingen, idet Statsrevisorerne konstaterede, at "*regionerne i højere grad end tidligere bruger elektroniske patientjournaler på sygehusene, men konstaterer samtidig, at der fortsat er behov for forbedringer*".

Afsluttede sager (1. og 2. kvartal 2018)

Jordforurening

Rigsrevisionen igangsatte i april 2018 en forundersøgelse af indsatsen mod jordforurening, som tog udgangspunkt i jordforureningsloven, der sigter mod

at forebygge, fjerne eller begrænse jordforurening, og havde til formål at indhente viden om de indsatser, der er gennemført på området, herunder hvordan indsatserne er prioriteret og hvilken fremdrift, der er på området.

Forundersøgelsen viste blandt andet, at regionerne igennem de seneste år har gennemført flere benchmark-undersøgelser af regionernes forvaltning af opgaven med kortlægning og oprensning af forurenede jord. Formålet har været at afdække forskelle mellem regionernes tilgange og på den baggrund at identificere forbedringsmuligheder i forhold til en effektiv forvaltning af opgaven. Forundersøgelsen har også vist, at Miljøstyrelsen i samarbejde med DTU Miljø og i dialog med regionerne har udviklet en ny beregningsmodel (GrundRisk) til risikovurdering af de jordforureninger, der potentielt truer grundvandet. Det forventes, at regionerne ibrugtager GrundRisk inden udgangen af 2018. På baggrund af ovenstående vurderede Rigsrevisionen, at timingen for en undersøgelse er mindre optimal. Rigsrevisionen valgte derfor at lukke undersøgelsen.

Forskningsmidler på hospitalerne (7/2014)

Statsrevisorerne behandlede den 25. februar 2015 beretning nr. 7/2014 om forskningsmidler på hospitalerne.

Beretningen handler om hospitalernes forvaltning af eksterne forskningsmidler, og revisionen er igangsat på baggrund af en anmodning fra Statsrevisorerne i januar 2014. Statsrevisorerne kritiserede skarpt hospitalernes forvaltning af eksterne forskningsmidler, som de mente var udtryk for en særegen forvaltningskultur, hvor man ikke havde tilstrækkeligt fokus på at overholde gældende retningslinjer. Statsrevisorerne kritiserede endvidere regionernes tilsyn for at være helt utilstrækkeligt.

Rigsrevisionen har senest fulgt op på beretningen i revisionsnotat af 31. januar 2018, hvoraf det fremgår, at regionerne i samarbejde har udarbejdet et ensartet beregningsgrundlag for fastsættelsen af et overhead, når regionerne forsker for andre. Der er på den baggrund fastsat et overhead på 18 %, som gælder for alle regioner. Rigsrevisionen finder arbejdet tilfredsstillende og vurderer, at sagen kan afsluttes.

Bilag Titel:	Årsrapport 2017 - Regionernes akutlægehelikopter
Dagsordens titel	Generelle orienteringer
Dagsordenspunkt nr	26
Bilag nr	1
Antal bilag:	3

Årsrapport 2017

REGIONERNES AKUTLÆGEHELIKOPTER



Regionernes Akutlægehelikopter
Årsrapport 2017

Editor: Stine Heslop
Layout: OddFischlein
Photo: Billeder taget af piloter, læger og HEMS-reddere
Font: Mari

© All rights reserved 2018

Regionernes Akutlægehelikopter
www.akutlaegehelikopter.dk

Årsrapport 2017

REGIONERNES
AKUTLÆGEHELIKOPTER

INDHOLD

Formandens forord	s. 05
Den Landsdækkende akutlægehelikopterordning	s. 06
Aktivitet 2017	s. 08
Geografi	s. 10
Patientgrupper	s. 13
Hennings historie	s. 14
Kvalitetsarbejde	s. 27
Uddannelse og træning	s. 29
Actioncards	s. 30
Forskning	s. 31
Teknik og vedligehold	s. 32
Kontakt	s. 38
Organisering	s. 39
Økonomi	s. 40
Skadessteder pr. Kommune	s. 41

Formandens forord

Da vi vendte det sidste blad i kalenderen for 2017, tog vi samtidig hul på det fjerde kalenderår med en tværregional akutlægehelikopterordning i Danmark.

Bag os har vi nu tre år, hvor de tre akutlægehelikoptere har været klar døgnet rundt – året rundt. Helikoptere og mandskab er klar til at lette indenfor 4½ minut i dagtid og flyve ud til syge og tilskadekomne borgere i hele landet.

Regionerne løfter denne vigtige opgave med akutlægehelikoptere i fællesskab. I ordningen med akutlægehelikopterne arbejder regionerne sammen om at give Danmark mere lighed i sundhedssektoren, når det drejer sig om borgernes adgang til specialiseret lægehjælp.

Akutlægehelikopterne hjælper både med at få specialiseret lægehjælp ud til borgere, der bor langt fra de store hospitaler og transporteret borgere til hurtig behandling på et specialiseret hospital.

At redde liv kræver samarbejde. Forløbet, fra der ringes 1-1-2 til patienten modtages på hospitalet, kaldes "redningskæden" i præhospitale vendinger. Redningskæden består af mange led, hvor forskellige fagligheder og instanser arbejder sammen.

I dette års rapport beskriver vi Hennings historie som et eksempel på, hvordan en ubrudt og stærk redningskæde kan genoplive en mand med hjertestop i Vordingborg og få ham til specialiseret behandling på Rigshospitalets hjerteafdeling indenfor 96 minutter.

I akutlægehelikopterordningen gennemgår det flyvende mandskab hvert år vedligeholdelsestræning. I 2017 har der, som foregående år, været efteruddannelse for helikopterens personale både for de enkelte faggrupper og på tværs. I helikopterordningen er det ikke kun faglige kompetencer, der skal udvikles og vedligeholdes. Helikopterne gennemgår systematiske og regelmæssige vedligehold. I dette års rapport har vi beskrevet lidt om helikopterens tekniske vedligeholdelsesprogram.

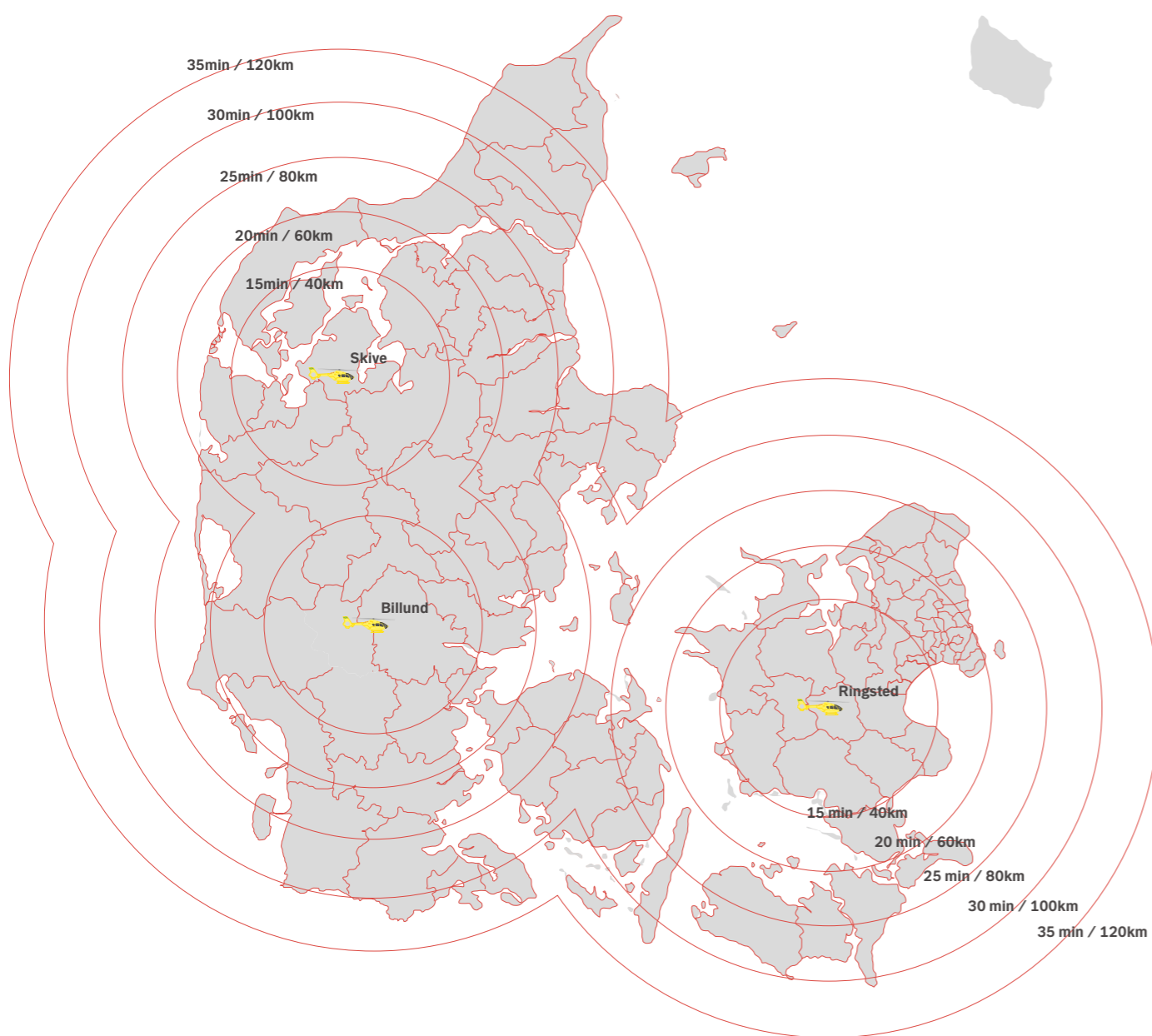
Trods akutlægehelikopterordningens relativt korte levetid ses akutlægehelikopterne allerede som en integreret del af den præhospitale redningskæde. Den øgede aktivitet, opførelsen af helikopterlandingspladser både på nye og eksisterende hospitaler samt Folketingets beslutning om at tilføre Danmark en fjerde akutlægehelikopter vidner om, at vi sammen gør redningskæden endnu længere og endnu stærkere.

Svend Hartling

Formand for
helikopterordningens styregruppe
Koncerndirektør, Region Hovedstaden

Den Landsdækkende Akutlægehelikopterordning

Danmark har tre akutlægehelikoptere. De drives af de fem regioner i fællesskab og opererer på tværs af regionerne. Helikopterne holder til på baserne i Skive, Billund og Ringsted. Hver helikopter er døgnet rundt bemannet af en pilot, en læge og en HCM-redder.



TID OG KOMPETENCER

Akutlægehelikopterne fungerer som ét samlet beredskab og kan flyve til alle dele af landet. De supplerer regionernes ambulancer, akutbiler og akutlægebiler og kan disponeres fra de fem regioners AMK-vagtcentraler. Omlægning og modernisering af sygehusstrukturen betyder, at akuthjælpen samles på færre, men større sygehuse. Det betyder, at der er flere områder i landet, hvor borgerne får længere til den akutte hjælp. Akutlægehelikopterne er med til at yde en hurtig indsats for de syge eller tilskadede borgere, hvor tiden er knap, og der er langt til nærmeste hospital. Med akutlægehelikopteren kommer der en specialiseret præhospital akutlæge ud til patienten, og patienten kan transporteres hurtigt til behandling på et hospital.

Når en AMK-vagtcentral sender en akutlægehelikopter af sted, sker det på baggrund af en retningslinje for visitation, som regionerne har vedtaget i fællesskab. Retningslinjen er med til at sikre, at regionerne i udgangspunktet bruger helikopterne ens. Helikopterne flyver primært til alvorlig sygdom og tilskadecomst, som er tidskritisk med fare for liv og førlighed. Akutlægehelikopterne har mulighed for at bringe en læge hurtigt ud til patienten og/eller bringe patienten hurtigt til rette behandling, selvom der er langt. Samtidig er det også en del af retningslinjen, at akutlægehelikopterne kan bruges på Danmarks mange øer ved akut sygdom eller tilskadecomst.

Præhospital betyder "før-hospital", og dækker over hele forløbet fra en borger ringer 1-1-2 til en evt. indlæggelse på et hospital. Det "før-hospitale" beredskab indbefatter foruden akutlægehelikopterne også AMK-vagtcentralen (Akut Medicinsk Koordinering), hvor de sundhedsfaglige 1-1-2 opkald modtages samt akuthjælpere, ambulancer, akutbiler og akutlægebiler.

Aktivitet 2017

I løbet af 2017 har de tre helikoptere i Den Landsdækkende Akutlægeheliporterordning fløjet på missioner i alt 3.658 gange. Det svarer til en lille aktivitetsstigning på knap 2 pct. i forhold til 2016. Samlet set har hver af helikopterne i gennemsnit fløjet lidt mere end tre missioner i døgnet året rundt.

Det stabile antal flyvninger tyder på, at akutlægeheliporterne sammen med landets 5 AMK-vagtcentraler er ved at have fundet niveauet for brugen af de 3 helikoptere.

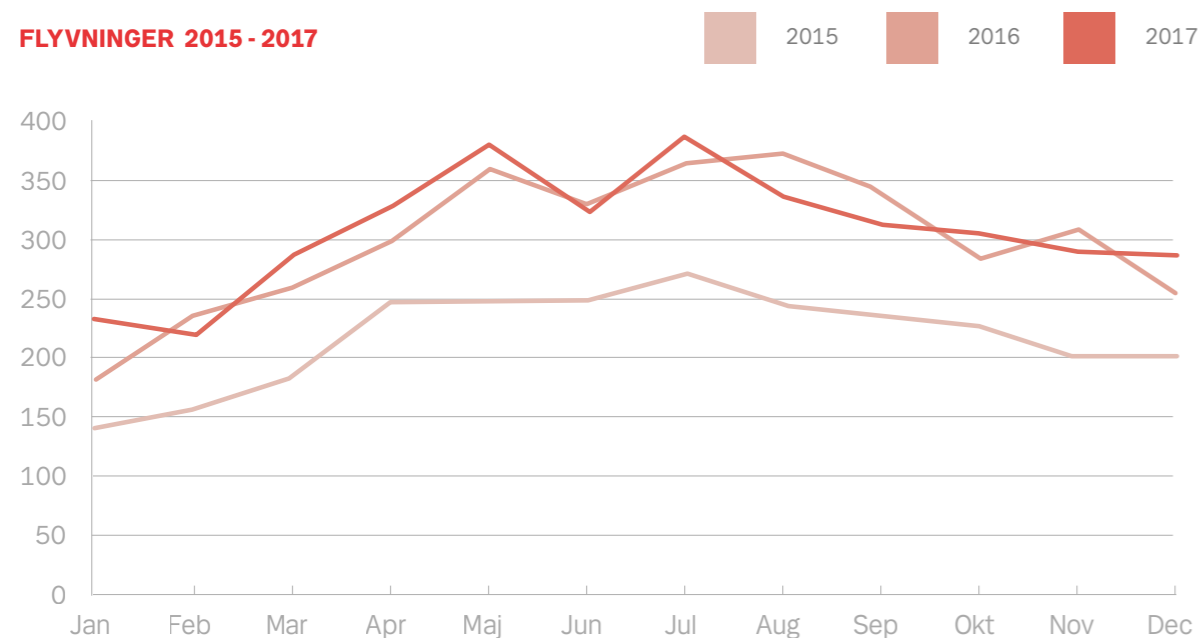
Opgørelsen viser også, at antallet af missioner varierer hen over året. Generelt sendes der flere missioner til akutlægeheliporterne i sommerperioden, men vejret spiller også ind på de sæsonbetingede aktivitetsudsving. Mørke, regn, blæst og andre vinterlige vejrforhold forhindrer ikke helikopterne i at flyve, men ved mørkets frembrud skærpes kravene til de forhold, der må flyves under.

Tabel 1: Antal Flyvninger 1.jan. - 31 dec. 2017 fordelt på baser

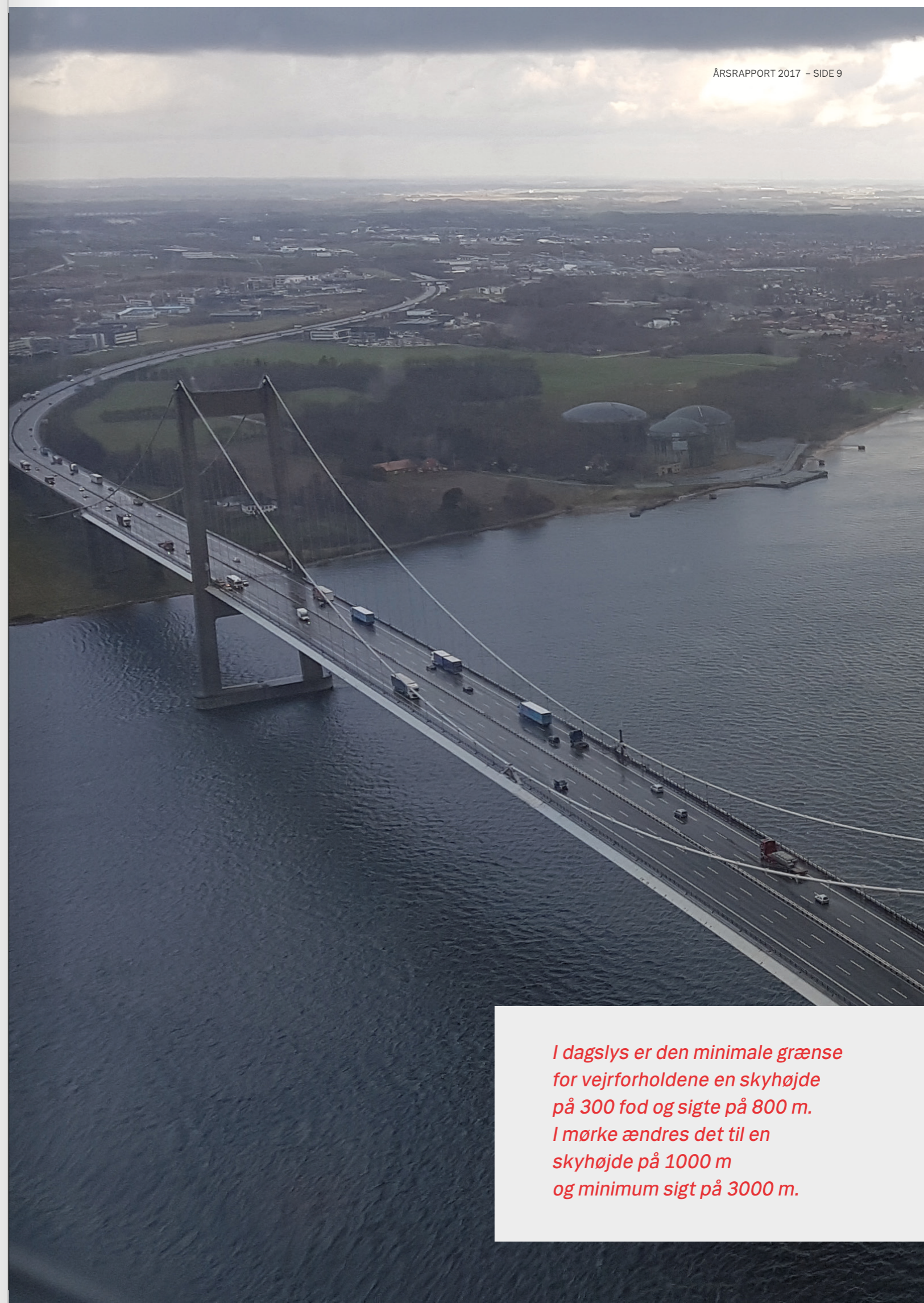
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	I alt
Billund	72	61	91	123	132	107	137	118	105	111	93	90	1.240
Ringsted	70	76	90	102	109	91	105	98	100	85	76	88	1.090
Skive	97	75	98	110	136	132	136	119	109	107	115	94	1.328
I alt	239	212	279	335	377	330	378	335	314	303	284	272	3.658

Nedenstående graf viser antallet af flyvninger pr måned for hhv. 2015, 2016 og 2017. Akutlægeheliporterens tre driftsår er karakteriseret ved, at der var en kraftig aktivitetsstigning fra 2015 til 2016, ca. 40 pct., mens driften i 2016 og 2017 har ligget på niveau med hinanden.

FLYVNINGER 2015 - 2017



I dagslys er den minimale grænse for vejrforholdene en skyhøjde på 300 fod og sigte på 800 m. I mørke ændres det til en skyhøjde på 1000 m og minimum sigt på 3000 m.



Geografi

De tre akutlægehelikoptere indgår i et samlet beredskab, og de fem regioners AMK-vagtcentraler kan disponere hver af de tre helikoptere. Oftest flyver helikopterne til de regioner og kommuner nærmest deres base, men de kan sendes til alle egne af landet uanset, hvilken base de hører til, og det sker jævnlige.

GEOGRAFISK FORDELING

Det farvede Danmarkskort viser, hvor de tre helikoptere oftest er fløjet til i løbet af 2017 fordelt på kommuner. Jo mørkere farve desto flere missioner har helikopterne fløjet til i pågældende kommune. Som det fremgår af kortet, har der været flest flyvninger til kommunerne i det vestlige og sydlige Jylland, Samsø, Ærø, Læsø og de syd- og vestlige kommuner på Sjælland samt Bornholm.

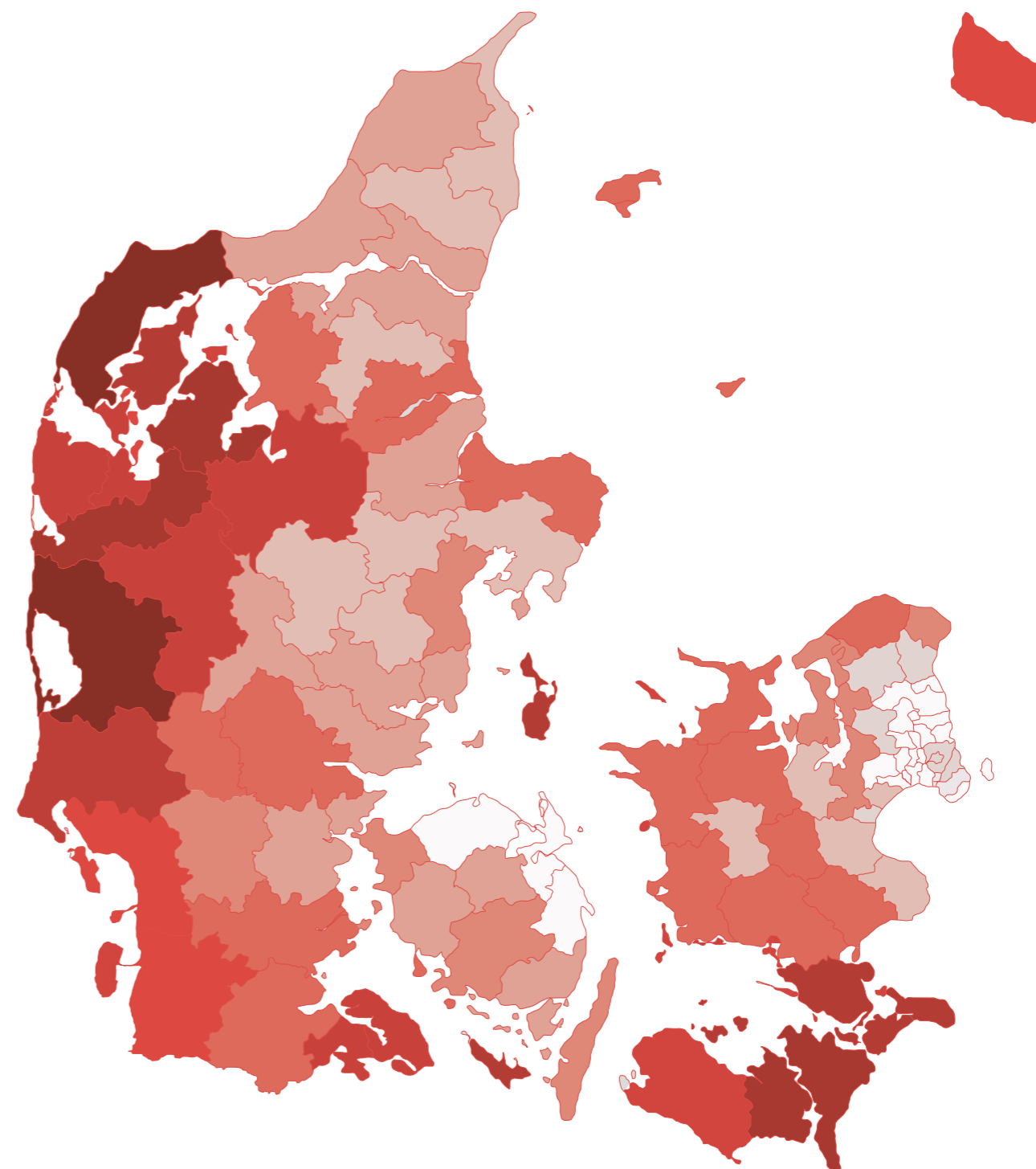
Kortet viser, at akutlægehelikopterne primært flyver til de egne af landet, hvor akut syge eller tilskadekomne borgere har langt til specialiseret behandling. Når helikopterne sendes ud til patienter, sker det altid efter sundhedsfaglig vurdering fra AMK-vagtcentralen og en vurdering af, om det giver en tidsgevinst i forhold til at få lægehjælp ud til en patient eller få bragt patienten til hospitalet. Kommunerne omkring universitetshospitalerne har meget få flyvninger, da afstanden gør, at det er hurtigere at transportere patienten til hospitalet i ambulance.

FLYVNINGER OG FORLØB

Ud af de 3.658 missioner, som akutlægehelikopterne har fløjet i løbet af 2017, har 1.696 af turene resulteret i flyvning med patient til behandling på hospital. 701 gange har helikopternes akutlæger kunnet yde specialiseret lægehjælp på skadesstedet, hvorefter patienten har kunnet transporteres med ambulance til videre behandling eller tage hjem. I løbet af 2017 er 1.214 missioner afbrudt undervejs til skadesstedet. Oftest afbrydes missionerne, fordi de præhospitale enheder på skadesstedet melder, at der alligevel ikke er behov for akutlægehelikopteren. Ved afbrudte missioner er helikopterne med det samme frie og kan sendes videre til andre opgaver.

AFBRUDTE TURE

Antallet af afbrudte ture udgør omtrent 30 pct. af alle flyvninger i 2017. Den grundlæggende antagelse er, at det er bedre, at helikopteren sendes af sted en gang for meget end en gang for lidt. Det er alligevel væsentligt at undersøge om, afbrudte ture kan reduceres uden, at det forringer servicen for de borgere, som har brug for den akutte hjælp. I 2017 har forskningsudvalget i regi af akutlægehelikopterordningen bevilget penge til et 3-årigt ph.d.-projekt, som blandt andet skal undersøge disponeringen af helikopterne (se mere s.31)



Danmarkskort viser med farvekoder, hvor ofte helikopterne er landet i de enkelte kommuner i 2017. Jo mørkere farve, desto flere missioner har helikopterne været på i kommunen.

Opgørelse af antal flyvninger pr. kommune findes under Skadessteder pr. kommune (s.41)

Patientgrupper

Patienter med hjerte-kar-sygdomme er den største patientgruppe som akutlægehelikopterne flyver med. Disse udgør 42 pct. af alle patienter. Det er patienter med eksempelvis stor blodprop i hjertet eller hjertestop. Patienter med neurologiske sygdomme, eksempelvis blodprop i hjernen eller hjerneblødninger, og traumepatienter udgør hver ca. 20 pct.

Patienter fordelt på diagnose

Diagnose	Fløjne patienter	Andel i pct.
Hjerte/kar sygdomme	707	42%
Tilskadekomst (Traumer)	354	21%
Neurologiske sygdomme	314	19%
Medicinske sygdomme	107	6%
Mave/tarm sygdomme	55	3%
Luftvejssygdomme	64	4%
Forbrændinger	31	2%
Forgiftninger	3	0%
Fødsel	2	0%
Uspecificerede diagnoser	59	3%
I alt	1.696	100%

Transporterede patienter fordelt på hospitaler 2017

Hospital	I alt	Andel i pct.
Rigshospitalet	468	28%
Aarhus Universitetshospital	429	25%
Odense Universitetshospital	379	22%
Aalborg Universitetshospital	168	10%
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	71	4%
Øvrige sygehuse	181	11%
I alt	1.696	100%

Overstående tabel viser, hvor patienterne bliver indlagt. Her ses det, at universitetshospitalerne er primære aftagere af patienter. Knap en tredjedel af alle patienter flyves til Rigshospitalet, som er det hospital, der modtager flest patienter fra akutlægehelikopterordningen. Aarhus- og Odense Universitetshospitaler følger herefter.

Hennings historie



Lotte: "Da jeg kommer for at hente ham, var han der ikke. Centeret var lige ved at lukke, så jeg stiger ud af bilen. En ansat kommer ud. Hun Rigger på mig. "Hvem skal du hente?", spørger hun forsigtigt. "Henning" svarer jeg. "Det kan du ikke... Han er fløjet til Rigshospitalet med hjertestop".



Falder man om med hjertestop langt fra en specialiseret hjerteafdeling, kan man alligevel overleve og vende tilbage til sit normale liv. Det gjorde Henning. Han faldt heldigvis om blandt ansvarlige og kvikke medborgere, der opstartede førstehjælp og fik tilkaldt professionel hjælp. Hennings historie er et eksempel på, hvordan ansvarlighed, samarbejde og en stærk redningskæde redder liv.

Vi beskriver her Hennings historie, som den blev oplevet af de tilstedeværende. De var alle samlet en eftermiddag i Vordingborg, hvor de snakkede oplevelsen igennem. Vi fik lov til at være med.

Det er søndag – en almindelig og mild sensommeraften. Lotte sætter sin mand Henning af ved træningscenteret. Hun kører videre for at passe sin hest, mens Henning træner. Bagefter skal de hjem og have aftensmad. Under rideturen registrerer Lotte ubevidst lyden af akutlægehelicopteren men tænker ikke videre over det. Det var først, da Henning ikke kommer ud af træningscentret til den aftalte tid, at det går op for hende, at det alligevel ikke er en ganske almindelig søndag.

Henning er netop gået på pension og havde holdt afskedsreception på sit arbejde om fredagen. Henning er uddannet cand.mag. i historie og idræt, og har alle dage dyrket sport og været meget aktiv. Han har også planlagt, hvordan der i den nye pensionisttilværelse skal være tid til at træne, spille golf og sejle i havkajak.

Godt nok venter der en hjerteoperation forude, fordi han har forsnævring et par steder i

kranspulsårene omkring hjertet. Henning ved, at det er godt for ham at være i form til operationen og er derfor flittig gæst i det lokale fitnesscenter "Work-it-up" i Vordingborg.

00:00 ●
HJERTESTOP

Efter omklædning vil Henning varme op på en af centerets kondicykler. Den søndag aften er Majbritt også taget i centeret for at træne.

"Jeg noterede mig ud af øjenkrogen, at Henning sad på en spinningcykel. Pludselig faldt han ned af cyklen. Jeg løb straks over til ham og kunne se på hans ansigtsfarve, at den var helt gal. Jeg råbte "Ring 1-1-2..... NU!"

Det er en af de ansatte i træningscenteret, der ringer 1-1-2.

00:02 ●
AMK-VAGTCENTRAL:
"HVAD KAN JEG HJÆLPE MED?"

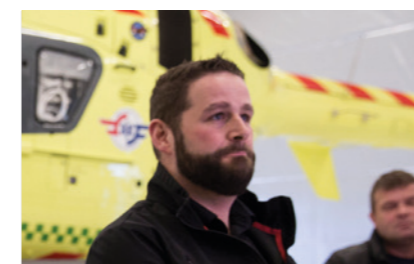
Alarmopkaldet bliver besvaret af AMK-vagtcentralen i Præhospitalet Center i Region Sjælland. Det er en sundhedsfaglig visitator, der tager imod opkaldet og hurtigt konstaterer, at der er brug for en ambulance. Ambulancen sendes af sted 57 sekunder efter, opkaldet er modtaget. Herefter forsøger han at finde ud af, hvad der er sket med Henning, og hvilken hjælp han har brug for, inden ambulancen ankommer.

Et vigtigt afklaringspunkt i samtalen er Hennings vejrtrækning. Kenneth, der er funktionsansvarlig i præhospitalet center, forklarer:

"Har man aldrig set et hjertestop før, kan det faktisk være svært at vurdere, om en bevidstløs person trækker vejret. Personen kan have en overfladisk og lidt gispende vejrtrækning. Men det er reflekser, som ikke giver kroppen den ilt, den har brug for".

Ud over at skabe klarhed over situationen, Hennings tilstand, og om der er nogen tilstede, der kan give førstehjælp, så sørger visitatoren også for, at der bliver sendt en stafet ud for at tage imod ambulancefolkene. De skal let kunne komme til Henning, og skal ikke bruge tid på at finde vej eller møde låste døre. Først da det bliver bekræftet, at ambulanceredderne er kommet frem til Henning afsluttes opkaldet. Det varer i alt knap 5 minutter.

Imellem tiden er Thomas Pedersen, der ejer træningscenteret, kommet til. Thomas hjælper med at tage imod ambulancen og går derefter i gang med at flytte træningsmaskiner. Det skaber plads omkring Henning, der stadig ligger livløs på gulvet.



Kenneth
Funktionsansvarlig i præhospitalet center, Region Sjælland
Funktion : Ekspertviden, Var ikke til stede



Majbritt
Motionist
Funktion : Førstehjælp



Thomas Pedersen
Ejer af træningscentret
Fucktion : Rydning af maskiner samt biler på p-pladsen
Identifikation af Henning



Thomas Hansen
Paramediciner
Funktion : Første fagperson på stedet

00:06
AMBULANCE ANKOMMER

Majbritt sidder på knæ ved siden af Henning. Hun har lige været på førstehjælpskursus og trænet hjertemassage på en dukke. Hun har aldrig gjort det på et menneske før. Da ambulancen kommer, er hun ved at gøre klar til at give Henning hjertemassage efter telefoniske instrukser.

Thomas Hansen er paramediciner og kører ambulance i Region Sjælland. Thomas er den første fagperson, der kommer frem til Henning.

"Da vi kom ind, lå Henning bevidstløs på gulvet. Det første, vi gjorde, var at kontrollere, om han er vågen ved at ruske og smertepåvirke ham. Der var ingen reaktion, og han havde ingen vejrtrækning. Vi bad derfor de tilstedeværende om at begynde på hjertemassage".

Det er Majbritt og en anden tilstedeværende, som bliver sat til at give hjertemassage. Selvom Majbritt lige har været på førstehjælpskursus, bliver hun alligevel lettet, da ambulance-redderne kommer og overtager ansvaret for Henning.

Hun husker særligt tilbage på den ro og det overblik, som ambulanceredderne havde. De screenede hurtigt situationen og fandt ud af, hvem der kunne hjælpe.

"Ambulanceredderne var super overskudsagtige. De instruerede os i hjertemassage – lidt dybere, lidt hurtigere, husk at tælle! Samtidig målte de, gav stød og medicin. De kunne også se, når vi blev trætte i armene og skulle skifte"

Thomas Hansen forklarer, at når der er folk tilstede, som kan give hjertemassage, så giver det ham og hans kollega frie hænder til gå videre i behandlingen. Mens Henning får hjertemassage, anlægger Thomas IV-adgange. Det er små rør ind i blodårerne, som der gives medicin igennem. Thomas og hans kollega har også frie hænder til at få sat stødepads på Henning. De bruges til at måle hjerterytme og give stød igennem. Samtidig kan de også arbejde på Hennings luftveje og sørge for, at han får ilt.

Mens der måles hjerterytme på Henning, holder de pause i hjertemassagen. Thomas forklarer:

"Da vi fik målt Hennings hjerterytme, havde han det, der hedder ventrikelflimmer. Det betyder, at hjertet står og sitrer. Det slår ikke normalt og vil aldrig give et ordentlig output til hjernen. Det vil ikke komme til at slå af sig selv igen".

Analysen af hjerterytmen viser, at Hennings hjerte skal stødes. Stødene gives gennem de stødepads, der er sat på Hennings overkrop. Der er ingen, der må røre Henning, mens han stødes, men straks efter fortsættes hjertemassagen.

00:17
PULS

Henning biver stødt i alt 5 gange, inden hans hjerte begynder at slå selv. Thomas forklarer:

"Efter 5. stød fik Henning det, der med et fagudtryk hedder ROSC. Det er en forkortelse af "Return Of Spontaneous Circulation". Det betød, at Hennings hjerte slog igen og han havde puls, men han var ikke vågen".

Per Hansen er paramediciner og ankommer i anden ambulance, idet Henning får puls. Per bestiller akutlægehelikopteren og hjælper Thomas med at gøre klar til et 12 punkts EKG. Det er en måling gennem 12 "plastre" på kroppen, som kan sige noget om hjertets funktion og tilstand.

Hjertemassagen er stoppet, da hjertet slår selv. Men Majbritt er stadig inddraget som hjælper og holder en droppose, som giver Henning væske gennem IV-adgangen. Per begynder at montere en LUCAS på Henning. Det er en maskine, der kan give hjertemassage, hvis hjertet stopper igen. Imens kontakter Thomas hjerteafdelingen på Rigshospitalet.

Mens der arbejdes intensivt på genoplivningen af Henning, så foregår der også mange andre ting i træningscenteret.

Thomas Pedersen, ejeren af centeret, forklarer:

"Jeg havde ikke rigtig noget at gøre med genoplivningen af Henning. Jeg forsøgte i stedet at finde ud af, hvem Henning var. Der var ingen, der kunne genkende ham, så jeg kiggede i vores indtjekningssystem. På den måde kunne vi regne ud, at det nok var Henning, der lå der. Da jeg hørte, at helikopteren blev bestilt, gik vi i gang med at få ryddet parkeringspladsen udenfor. Der holdte heldigvis kun en bil, og den kunne vi let få ejeren til at flytte".



Per Hansen
Paramediciner
Funktion : Bestiller akutlægehelikopteren



Henrik
Anæstesilæge
Funktion : Helikopter læge



Michael Morsø
Helikopter portør
Funktion : Ekspertviden, var ikke tilstede

00:38 AKUTLÆGEHELIKOPTEREN

Helikopteren lander udenfor på træningscenterets parkeringsplads. Om bord er læge Henrik Jørgensen, HCM-redder Jacob Lynge Jensen og pilot Jan Nielsen.

Henrik arbejder til dagligt som anæstesi-læge på Rigshospitalet og har fløjet i akutlægehelikopterordningen siden starten i 2014. Henrik og mandskabet flyver på meldingen "hjertestop i motionscenter". Henrik beskriver, hvad han møder i træningscenteret således:

"Vi landede på parkeringspladsen lige udenfor motionscenteret. Der var fin plads og åbne døre, så vi kunne gå direkte ind til Henning. Jeg kunne se, at der var fuldstændig styr på situationen. Der var godt med mennesker tilstede – både paramedicinere og hjælpere. LUCAS, hjertemassagemaskinen var monteret, men ikke i brug"

Thomas Hansen var den første fagperson på stedet og er derfor teamleder. Han fortæller kort Henrik, hvad det drejer sig om, hvad der er givet af behandling, og at der er kontakt til Rigshospitalets hjerteafdeling.

Det første, Henrik fokuserer på, er Hennings vejrtrækning. Det er velkendt, at denne type patienter kan kaste op. Henrik gør derfor klar til at intubere Henning. Man skal være læge for at intubere, derfor er det endnu ikke gjort.

"Det er ikke godt at ligge bevidstløs på ryggen og kaste op, fordi opkastet kan komme ned i lungerne" forklarer Henrik. "For at beskytte Hennings luftveje og sikre, at jeg kunne give ham ilt undervejs i helikopteren, bedøvede jeg ham ganske let. Da jeg intuberer, førte jeg et lille rør ned i halsen på ham, som spærrer for spiserøret og holder luftrøret åbent og rent".

Ved ankomsten går hele mandskabet fra helikopteren ind i træningscenteret for at få overblik over situationen. Læge og HCM-redder overtager behandlingen af patienten, mens piloten hjælper til og gør klar til at transportere patienten ud i helikopteren.

HCM-redderen Jacob trækker medicin op og finder udstyret frem til Henrik, så han let og hurtigt kan intubere. Da Henning er intuberet og stabil, er det Jacob, der overtager teamleder-funktionen.

Henrik kontakter Rigshospitalet og informerer vagt-havende læge fra hjerteafdelingen.

"Jeg fortalte om Hennings forløb, at havde har ROSC, var bedøvet og intuberet. Derefter sendte jeg 12 punkts EKG'et, og hjerteafdelingen melder: "Kom endelig ind med ham – vi står klar og venter på jer"

Henrik beskriver det videre forløb og afgang med helikopteren således:

"Mens jeg snakker med lægen fra Rigshospitalet, havde Jacob overtaget. Han ved præcis, hvordan man bedst og hurtigst gør patienten klar til flyvning. Piloten havde gjort helikopteren klar og planlagt flyvningen. Vi havde helt klare arbejdsopgaver, og vi vidste, hvordan vi kunne hjælpe hinanden".

Inden afgang fra Vordingborg melder Henrik helikopterens ankomst til Rigshospitalets AKC (Akut Koordinations center). Det er en fast procedure, hvor han gennemgår en formel tjekliste med sekretæren, som sender besked ud til brandvagt og helikopter-portør, der bemander Rigshospitalets helipad.

"Jeg meldte hvor vi fløj fra, hvor mange vi var i helikopteren, og hvornår vi regnede med at lande. Flyvetiden havde jeg fået fra piloten, som ud fra bla. vejr giver en anslået flyvetid"

"Det gælder om at planlægge og klargøre så meget som muligt, inden vi flyver. Vi skal hele tiden gøre næste led i kæden klar. Der er ingen tid at spille, og der er ingen, der skal stå og vente. I bund og grund så handler det om at skabe en "hel og ubrudt" kæde. Alle skal tænke frem og forberede næste led – men det er også en balancegang. Man må aldrig planlægge så meget, at man ikke får løst sine opgaver nu og her ordentligt", siger Henrik.

Helikopteren flyver af sted med Henning – henover Lotte og tværs over Sjælland. Henning er bedøvet, intuberet og er monteret med en LUCAS og stødepads. Skulle Henning få et nyt hjertestop under flyvturen, så kan Henrik både støde og give hjertemassage undervejs. Det bliver der heldigvis ikke behov for, da Henning er stabil under flyvturen.



01.28 ANKOMST RIGSHOSPITALET

Helipad'en på Rigshospitalet er placeret 71 meter over jorden. Michael Morsø er portør på skadestuen samtidig med, at han er helikopter-portør. Det betyder, at han sammen med en brandvagt tager imod helikopterne på helipadden.

Sammen med en kollega står han klar i branddragt og tager i mod helikopteren. Der er fuldstændig klare procedurer for kommunikation og samarbejde.

"Når helikopteren slukker rotoren ned, så står vi klar med en særlig bære med ilt og overvågningsudstyr. Sammen med mandskabet følger vi patienten hurtigt og sikkert ned på afdelingen. Vi har et "rødt kort" og en særlig knap til elevatoren, som vi kan bruge til at "rydde elevatorkøen". Vi kan komme fra 20. etage til kælderen på ingen tid".

Han sørger for, at forholdene er i orden, så helikopteren kan lande sikkert, og bagefter sørger han for, at patienten hurtigt kommer ned på afdelingen.

Hjerteafdelingen ved på forhånd, at Henning ankommer med helikopter. De har læst i hans patientjournal, og Henning bliver kørt direkte til operationsstuen - 96 minutter efter hans hjerte pludselig stoppede med at slå.

Når patienten er afleveret, følger helipad-portøren mandskabet op på platformen igen. Af sikkerhedsmæssige årsager skal der også være brandvagt og portør på helipadden, når helikopteren letter. Bagefter gør Michael og hans kollega udstyret klar til næste gang. *"Alt er klappet, klart og gennemtjekket. Der er ingen løse ender!" - Michael*

HENNING I DAG

"Jeg kan huske, at jeg satte mig op på cyklen. Og efter det har jeg ingen erindring om noget"

På hjerteafdelingen bliver Henning fortsat holdt bedøvet. Hans hjerte bliver undersøgt ved at føre et lille kamera ind i lysken. Kameraet føres gennem en stor blodåre op omkring hjertet. Hjertelægen kan se, at forsnævringerne omkring hjertet er markante, og den i forvejen planlagte operation skal fremskyndes. Henning bliver lagt i kunstig koma, og hans kropstemperatur sænkes nogle grader i 48 timer for at beskytte hjernen.

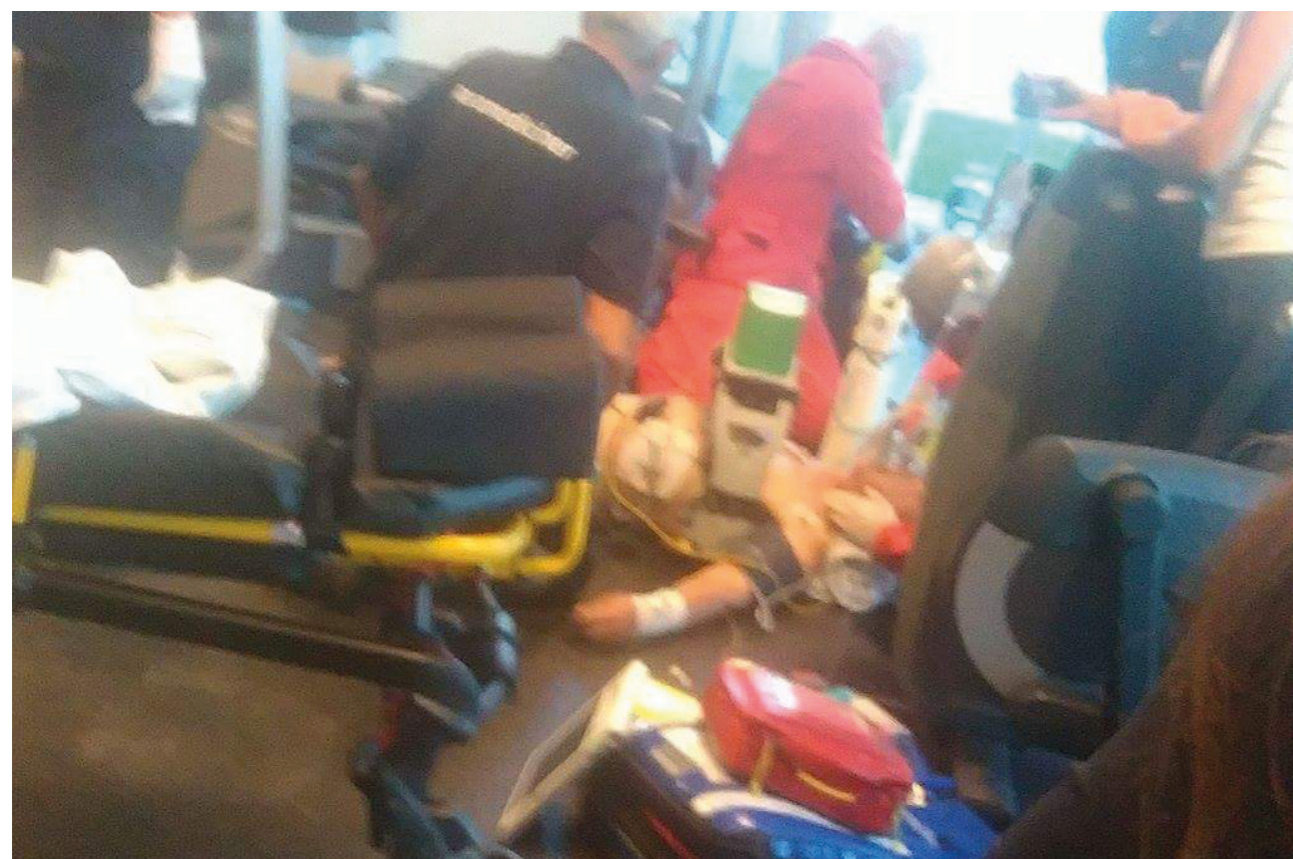
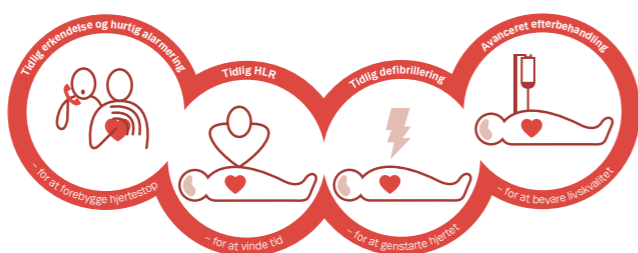
Efter tre dage vækkes Henning langsomt, men han kan ikke selv huske noget før på femte dagen. Henning forbliver indlagt på Rigshospitalet, og han samler langsomt kræfter til hjerteoperationen, som foretages 10 dage efter hjertestoppet. Efter i alt 21 dage på hospitalet udskrives Henning.

I dag er Henning kommet sig - både efter hjertestop og operation. Han træner fortsat hver dag, går tur med hunden, spiller golf og sejler havkajak. Bortset fra brystbenet, der stadig er lidt ømt efter operationen, har han ingen mén, hverken fysisk eller kognitivt. Og i fitness-centeret er de ikke længere i tvivl om, hvem Henning er.

REDNINGSKÆDE

Henrik er en rutineret anæstesi-læge, der har lang erfaring som akutlæge i både lægebil og akutlægehelikopter. Han kender således godt til, at akutlægehelikopteren let tiltrækker sig en del opmærksomhed. Henrik beskriver akutlægehelikopterens rolle således:

"Der er rigtig mange stærke led i redningskæden - lige fra besvarelsen af opkaldet på vagtcentralen til modtagelsen af helikopteren på hospitalet. Redningskæden fungerer bedst, når alle ved præcis, hvad de skal gøre og får samarbejdet til at glide. Alle led er vigtige. Akutlægehelikopteren kan ikke klare det alene".



"Helikopteren kan tilbyde to ting. For det første så tilbyder vi kompetence, fordi vi kommer med både læge og paramediciner. For det andet tilbyder vi hurtig transport, fordi vi flyver med 240 km/t i direkte linje og aldrig behøver at sætte farten ned".
- Henrik, Helikopter læge





Kvalitetsarbejde

Den Landsdækkende Helikopterorganisation er på lige fod med det øvrige danske sundhedsvæsen omfattet af reglerne for patientsikkerhed og kvalitetsarbejde. Helikopterordningen arbejder løbende med at forbedre kvaliteten og patientsikkerheden i det daglige arbejde.

- Alle missioner debriefes af crewet i fællesskab, hvor både den flyoperative og den sundhedsfaglige indsats evalueres mhp. læring og optimering af samarbejde, arbejdsgange og retningslinjer. Ledig tid på vagterne benyttes desuden til at træne scenarier og procedurer. Alle baser har træningsdukker og udstyr liggende, så der kan trænes realistisk.
- I løbet af 2017 har ordningens fælles disponeringsretningslinje og de kliniske retningslinjer, gennemgået et serviceeftersyn og blevet opdateret for at sikre, at visitation og behandling foregår med afsæt i nyeste viden og bedste evidens på området.
- I ordningen arbejdes der også med kvalitet og patientsikkerhed via indrapporterede utilsigtede hændelser (UTH). I løbet af 2017 har der været indrapporteret 15 UTH'er, hvor akutlægehelikopteren har været deltagende. Ingen af hændelserne har været karakteriseret som alvorlige. Gennemgangen af de indrapporterede UTH'er har i flere tilfælde givet input til udvikling og forbedringer, eksempelvis har det øget fokus på:
 - Justeringer af retningslinjer
 - Præcisering af arbejdsgange ved disponering af helikopterne
 - Forbedring af den tværregionale IT-understøttelse af ordningen
 - Forbedring af lyd kvaliteten på helikopternes indbyggede telefoner og SINE-radioer



Vores HCM-redde trænede hvert år deres medicinske kompetencer ved forskellige scenarier.



To gange om året træner alle piloter og HCM-redde i en flysimulator.



Visse kirurgiske procedurer sker meget sjældent. Derfor trænede alle HEMS-læger i 2017 disse indgreb på bedøvede grise.

Uddannelse og træning

Læger, piloter og HCM-redde i akutlægehelikopterne er vant til at arbejde i pressede situationer under vanskelige forhold. Opgaverne kræver, at alle i crewet mestrer deres faglighed, formår at bevare roen, samarbejde og tænke kreativt. Det er derfor vigtigt, at samarbejde og faglige kompetencer hele tiden vedligeholdes og udvikles.

I løbet af 2017 har læger, piloter og HCM-redde været på uddannelse. De har både trænede individuelt i de enkelte faggrupper og i fællesskab på tværs af faggrupperne.

FLYOPERATIV TRÆNING OG VEDLIGEHOLDELSE

Alle piloter og HCM-redde er som en obligatorisk del af deres ansættelse i flysimulator to gange om året af 6 timer. Her træner de foruden standardprocedurer også nødprocedurer og samarbejde i cockpittet.

MEDICINSK EFTERUDDANNELSE

Hvert år har HCM-redde medicinsk efteruddannelse, hvor deres medicinske kompetencer trænes og udvikles. På efteruddannelsen trænes der forskellige scenarier, hvor både de medicinske fagligheder, men også samarbejde og evnen til problemløsning, bliver udfordret.

I 2017 deltog læger og piloter også i en del af efteruddannelsesforløbet. Der blev gennemgået en række forskellige scenarier, hvor der udover de faglige aspekter også blev trænet samarbejde og crew resource management (CRM). Alle scenarier blev efterfulgt af en 'debriefing', hvor forløbet blev grundigt gennemgået, og punkter trukket ud til gensidig læring.

KIRURGISKE NØDPROCEDURER

2017 har alle HEMS-lægerne trænet kirurgiske nødprocedurer. Det er procedurer, som sjældent bliver udført, men kan være livreddende i kritiske situationer. Da de sjældent bliver udført, må de trænes på anden vis, så lægerne kan bruge dem, når behovet opstår. Lægerne og HCM-redde deltog i et uddannelsesforløb, hvor disse procedurer, blev trænet på bedøvede grise.

DAG-TIL-DAG TRÆNING

Udover ovennævnte tiltag trænes der på daglig basis på baserne ved den daglige gennemgang af medicin og udstyr samt improviserede scenarieretræning. Der er træningsudstyr på baserne i form af dukker og andet træningsudstyr.



Actioncards

Det er sjældent, at akutlægehelikopteren ankommer først til et skadessted. Langt de fleste gange vil en lokal ambulance, politibil eller brand- og redningskøretøj ankomme først.

For at spare tid, skal helikopterne helst lande så tæt som muligt på patienten. Helikopterne kan lande hvor som helst og skal ikke bruge ret meget plads. Men hvor meget plads er det egentlig? Skal man på landjorden tage særlige forholdsregler? Hvordan kommunikerer man med helikopteren? Disse spørgsmål og mange flere melder sig ofte hos de beredskaber, som får at vide, at helikopteren er på vej.

Sekretariatet for akutlægehelikopteren har derfor fået fremstillet actioncards til samarbejdspartnere – ambulancer, politi, brand & redning, som besvarer disse typiske spørgsmål.

Actioncardet er grafisk og handlingsanvisende. Ideen bag designet er, at det hurtigt skal kunne give overblik, når helikopteren er på vej, så landing og modtagelse af helikopteren kan forberedes bedst muligt.

Actioncards ligger på akutlægehelikopterens hjemmeside i trykklare filer, så de enten kan printes almindeligt eller sendes til trykkeri.

På hjemmesiden ligger der også instruktionsvideoer til sundhedsfagligt personale om klargøring af patienter til flyvning med akutlægehelikopteren

Se mere på hjemmesiden:
www.akutlaegehelikopter.dk/for-fagfolk/actioncard/



Forskning

I regi af akutlægehelikopterordningen er der nedsat et forskningsudvalg. Den lægefaglige leder for akutlægehelikopterordningen er formand for udvalget. Hver region repræsenteres ved et medlem med forskningserfaring og kendskab til det præhospitale område.

Forskningsudvalget skal bidrage til og understøtte, at der bliver skabt ny faglig viden indenfor akutlægehelikopterens område. Ny viden og forskningsresultater skal være med til både at udvide behandlingsmulighederne og kvaliteten i akutlægehelikopterordningen.

Der er årligt afsat 1,2 mio. kr. til forskningsprojekter.

PROJEKTBEVILLING

I 2017 har forskningsudvalget bl.a. bevilget midler til læge Karen Alstrups ph.d.-projekt: The Danish Helicopter Emergency Medical Service: Activities and Impact on Patient Outcomes.

Projektet er 3-årigt og vil undersøge effekten af akutlægehelikopterne.

Der indgår tre register-baserede studier i ph.d. projektet:

Studie I beskriver diagnoser og dødelighed for de patienter, der flyves til hospitalet

Studie II undersøger årsager til at helikopterne aflyses og beskriver diagnoser og dødelighed for de patienter, der får deres tur aflyst

Studie III undersøger om helikopteren har en effekt på overlevelse og hospitalsudgifter for patienter med tidskritiske tilstande.

INTERNATIONALE FORSKNINGSNETVÆRK

Foruden de danske forskningsaktiviteter deltager og bidrager repræsentanter fra forskningsudvalget også i internationale samarbejder og forskningsnetværk. Der har i 2017 været aktiviteter i såvel Nordic Prehospital Research Alliance (NoPrA) som European Prehospital Research Alliance (EUPHOREA). Begge forskningsnetværk er med til at øge samarbejdet mellem nordiske og europæiske forskningsprojekter. I regi af akutlægehelikopteren kan det være en fordel at kunne samle data ind på tværs af landegrænser, da patientvolumen er relativt lille i de enkelte lande.

På www.akutlaegehelikopter.dk/forskning kan der læses mere om de igangværende forskningsprojekter, ordningens forskningsstrategi og ansøges om forskningsmidler.

Teknik og vedligehold



Læger, piloter og HCM-reddere vedligeholder løbende deres kompetencer gennem træning og efteruddannelse. Denne form for vedligehold kan dog ikke måle sig med den form for vedligehold, som helikopterne gennemgår. Norsk Luftambulans AS er operatør i den danske ordning og ejer alle helikopterne. Vi har besøgt værkstedet i udkanten af Oslo og fået en snak med den tekniske chef og værkstedschefen.

På Norsk Luftambulans største afdeling er intet overladt til tilfældighederne. Det enorme værksted kaldes i daglig tale "den tekniske base". Her bliver den mindste skrue, hvert eneste stykke værktøj og alt aktivitet nøje overvåget.

En lys, skinnende bygning ligger på terrænet ved lufthavnen Gardermoen i Oslo. Ingen er tættere på landingsbanen, og kun få har bedre udsigt. Her ligger den tekniske base. Det er den største afdeling af Norsk Luftambulans AS. Her arbejder 37 ansatte: en teknisk chef, værkstedschef, ingeniører, planlæggere, IT-koordinatorer, mekanikere og flyteknikere.

"- Jeg plejer at sige: 'Vi reparerer ikke - vi redder liv!' Det betyder noget for de ansatte at vide, at hver eneste af dem er et vigtigt led i, at helikopterne overhovedet kan flyve ud til patienterne", siger Værkstedschef, Richard Kogstad.

Tid er afgørende i denne tjeneste. I Danmark er Norsk Luftambulans kontraktligt forpligtet til at levere 98,5 pct. "opetid". Det er vigtigt, at man kan stole på, at maskinerne fungerer for at have en pålidelig helikopterordning. Der skal være tilgængelighed for patienterne. Derfor er den tekniske base så vigtig. Det vil sige, at kan helikopterne ikke flyve, koster det penge i form af bøder.

TO AFDELINGER

Den tekniske base består af to afdelinger: værkstedet og den tekniske afdeling. Det er et lovkrav, at en flyoperatør har en teknisk afdeling. Det er den tekniske afdeling, som har ansvar for, at helikopterne til en hver tid er flyedygtige i henhold til alle eksisterende love, regelværk og standarder. Ingen helikoptere forlader den tekniske base, uden at den tekniske chef Mats Torbjörnsson og hans kollegaer har givet den en endelig godkendelse.

I en helikopter kan man ikke bare montere en ny type radio, indsætte et nyt beslag til medicinsk udstyr eller udskifte nogle skruer. Alt skal passe sammen. Alt skal være certificeret og dokumenteret. Mats og hans kollegaer har styr på alle informationer om helikopterne - flyvetimer, antal landinger, levetid på filtre – alt, hvad man kan forestille sig. Det er alle disse informationer, planlægning og rettidig omhu, som til syvende og sidst er afgørende for, om en helikopter må flyve eller ej.

EFTERSYN OG VEDLIGHOLD

I værkstedhangaren råder der ro, orden og system. Da basen blev bygget i 2015, blev der lagt stor vægt på god ventilation, støjdemping og gode lysforhold. Derudover har alt værktøj og alle reservedele deres plads, og alle aktiviteter overvåges af datasystemer. Hvert eneste stykke værktøj tælles og tjekkes af. Faconen af hvert stykke værktøj er støbt ind i værktøjskassen, så man let kan se, om der mangler noget. Skulle noget falde ned, gør det lyse og rene epoxygulvet, at det er let at finde igen. Alt skal være i system. Det ville være fatalt, hvis der eksempelvis blev glemt en skruetrækker eller en løs skrue i motoren på en helikopter.





STOR AKTIVITET I DANMARK

Helikopterne, der flyver i den danske ordning, er af typen H135 P3 fra Airbus. En fantastisk maskine, ifølge Richard.

- "Oppe-tiden" er rigtig god og vi oplever meget få fejl på modellen. De har avanceret men gennemprøvet og driftssikker teknik. Det er virkelig fantastisk fine maskiner, siger Richard.

Den danske ordning er ikke ret meget anderledes end den norske ud fra et teknisk perspektiv – med undtagelse af, at enkelte har en speciel dialekt, griner Richard – og her mener han ikke maskinerne.

- Vi oplever, at vi har de samme udfordringer i de to lande. Men der er dog den forskel, at de danske maskiner flyver meget mere end de norske. Det betyder, at vi har måttet justere vedligeholdelsesprogrammet for helikopterne. Teknikerne besøger derfor oftere de danske baser, og vi får oftere helikopterne til hovedservice, siger Richard. Når helikopterne kommer til værkstedet to gange om året, så indsættes der en reservehelikopter i Danmark. Der skiftes olie, filtre og brændstofdyser. Maskinerne skilles fuldstændig ad for at foretage en detaljeret inspicering af alle dele. Alle afmonterede dele rengøres, undersøges og monteres – og det gælder for hele maskinen; rotorblade, gearbokse, motorer og alle bevægelige dele. Der udføres også en række tests på systemerne om bord for eksempel navigationssystemet.

UDRYKNING TIL BASERNE

Ud over at gennemføre vedligehold i det store værksted, er cirka en gang om ugen fire teknikere ude på baserne. Norsk Luftambulans har helikoptere på baser helt fra Billund til Nord-Norge. Helikopterne ude på baserne skal vedligeholdes hver 50. time eller hver 14. dag.

To af de fire teknikere har derudover hjemmevagt. Det vil sige, at de rykker ud døgnet rundt, hvis der opstår driftsproblemer på en af helikopterne. En af hjemmevagterne er dedikeret til maskinerne i Danmark.

Som oftest er det mindre tekniske ting, som teknikerne rykker ud til. Andre gange kan det være mere kompliceret og tidskrævende. I værste tilfælde må helikopteren tages ud af beredskab, og reservehelikopteren må indsættes.

Ofte er det piloten, som tager kontakt til teknisk afdeling på grund af en fejlmeddelelse fra instrumenterne i helikopteren. Ud fra meddelelsen ved teknikeren ofte, hvad der er galt, hvilket udstyr og

værktøj der skal pakkes. Samtidig kan han også danne sig et skøn over, hvor lang tid det vil tage at udbedre fejlen. Men det er ikke altid, vi umiddelbart kan finde ud af, hvad der er galt og anslå tidsforbruget. I de tilfælde må vi klargøre reservehelikopteren, skaffe personale, flyve til basen og gøre maskinen klar til mandskabet på basen. Derefter begynder arbejdet med at skaffe dele til helikopteren, som står på jorden. Situationen skal kortlægges – skal der skaffes en kranbil? I alle tilfælde arbejdes der med lynets hast, for at nedetiden bliver så kort som mulig, siger Richard.

Det er faktisk ikke en selvfølge, at flyværkstedet er en del af selskabet, og det er ikke lovpålagt af luftfartsmyndighederne. Mange flyselskaber tilkøber ofte denne type tjenester udenlands. Men Norsk Luftambulans AS prioriterer, at afdelingen er en del af selskabet. Fokus på 'opetid', beredskab og tilgængelighed er vigtigere end kortsigtede besparelser. Alle ansatte teknikere har rødt arbejdstøj magen til piloter, læger og HCM-reddere. De er del af én dedikeret familie med stærk loyalitet til arbejdet og selskabet.

- Jeg ved, at det er vigtigt og betyder noget for vores teknikere, at helikopterne er i beredskab. Derfor strækker de sig langt for, at vi får løst de tekniske problemer, som opstår. Jeg har aldrig haft problemer med at skaffe folk, som kan stille med kort varsel, siger værkstedschefen Richard Kogstad.

VIDSTE DU AT:

- Den tekniske base har ansvar for at alle lægehelikoptere i Danmark og Norge er i beredskab

- De danske helikoptere kommer til lufthavnen i Gardermoen to gange om året, eller når maskinen har fløjet 500 timer. Normalvis tager det seks teknikere en uge at gennemføre vedligeholdet.

- Når helikopteren har fløjet 1.000 timer, er det en mere omfattende operation: Helikopteren bliver skilt fuldstændig ad, finkæmmet og samlet igen. Det tager seks teknikere tre uger at gennemføre det vedligehold.

Foto: Fredrik Naumann / Felix foto

Kontakt

Styregruppe

Den Landsdækkende Akutlægeheli-kopterordning drives af en tværregional styregruppe med repræsentanter fra alle fem regioner.

Koncerndirektør i Region Hovedstaden Svend Hartling er formand for styregruppen.

Alle overordnede beslutninger vedrørende drift og videreudvikling af Den Landsdækkende Akutlægeheli-kopterordning træffes af styregruppen.

Formand

Svend Hartling
Koncerndirektør
Region Hovedstaden
E-mail: svend.hartling@regionh.dk
Tlf.: 38 66 50 05

Region Hovedstaden:

Jesper Thyge Johansen, Økonomichef,
Den Præhospitale Virksomhed

Peter Anthony Berlac, Enhedschef Præhospital
Akutmedicin, Den Præhospitale Virksomhed

Region Syddanmark

Helene Vestergaard, Afdelingschef

Gitte Jørgensen, Præhospital leder

Region Sjælland

Benny Jørgensen, Præhospital direktør

Sarah Zoe Schibye, Specialkonsulent

Region Nordjylland

Peter Larsen, Præhospital direktør

Poul Anders Hansen, Præhospital lægelig chef

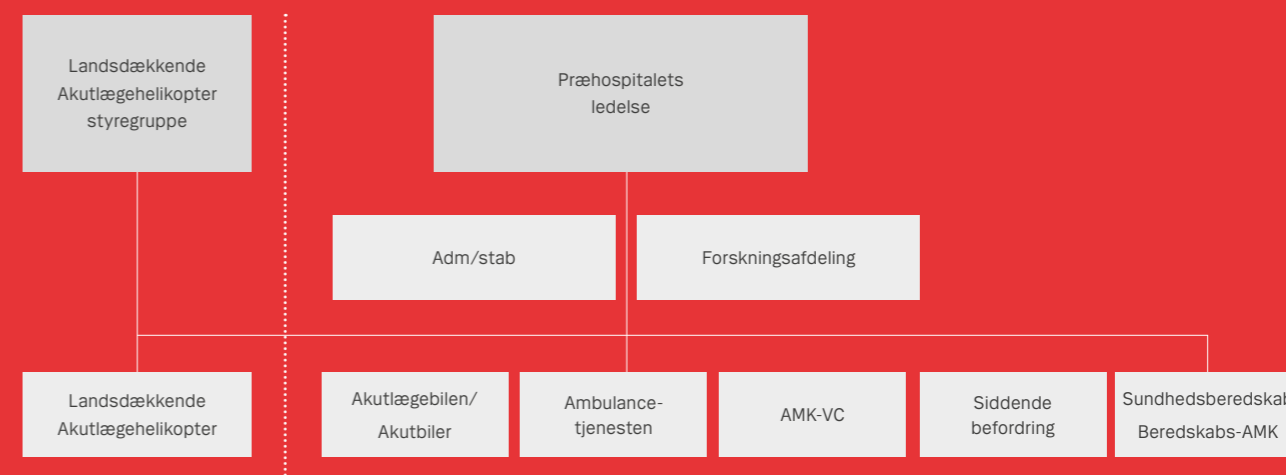
Region Midtjylland

Thomas Balle Kristensen, Præhospital direktør

Rikke Skou Jensen, Vicedirektør,
Sundhedsplanlægning

Organisering

Den Landsdækkende Akutlægeheli-kopterordning er indplaceret som driftsorganisation i Præhospitalet Region Midtjylland på linje med Præhospitalets øvrige afdelinger



Daglig ledelse

Olaf Barfoed
Administrativ leder
e-mail: Olaf.Barfoed@ph.rm.dk
tlf.: 4020 6796

Troels Martin Hansen
Lægefaglig leder
e-mail: troehans@rm.dk
Tlf.: 2462 1548

Sekretariat

Johannes Traberg Christiansen,
Specialkonsulent

Stine Lyngborg Heslop,
AC-fuldmægtig

Jette Zaupper,
Sekretær

Økonomi

I finanslovsaftalen for 2013 blev der årligt afsat 127 mio. kr. til drift af Den Landsdækkende Akutlægehelicopterordning.

Udgifterne i ordningen fordeler sig overordnet på følgende tre poster:

Leverandøromkostninger	95 mio. kr.
Vagtdækning, medicin, udstyr, uddannelse forsikring mv.	18 mio. kr.
Basedrift, IT m.v.	14 mio. kr.
I alt	127 mio. kr.

Skadessteder pr. kommune

Tabelerne viser årets 3658 flyvninger opgjort på skadessteder i kommuner og regioner.

I løbet af 2017 har helikopterne fløjet på missioner i 84 af de 99 kommuner

Skadessteder i Region Hovedstaden

Ballerup Kommune	1
Bornholm Kommune	58
Egedal Kommune	2
Fredensborg Kommune	2
Frederiksberg Kommune	1
Frederikssund Kommune	35
Furesø Kommune	1
Glostrup Kommune	1
Gribskov Kommune	27
Halsnæs Kommune	34
Helsingør Kommune	21
Hillerød Kommune	10
Hvidovre Kommune	1
Høje-Taastrup	1
København Kommune	20
Rudersdal	1
Tårnby Kommune	2
Region Hovedstaden	220

Skadesteder i Region Midtjylland		Skadesteder i Region Nordjylland	
Favrskov	2	Brønderslev Kommune	3
Hedensted Kommune	42	Frederikshavn Kommune	5
Herning Kommune	100	Hjørring Kommune	11
Holstebro Kommune	134	Jammerbugt Kommune	12
Horsens Kommune	32	Læsø Kommune	59
Ikast-Brande Kommune	38	Mariagerfjord Kommune	47
Lemvig Kommune	120	Morsø Kommune	125
Norddjurs Kommune	38	Rebild Kommune	11
Odder Kommune	17	Thisted Kommune	213
Randers Kommune	13	Vesthimmerlands Kommune	70
Ringkøbing-Skjern Kommune	211	Aalborg Kommune	14
Samsø Kommune	135	Region Nordjylland	570
Silkeborg Kommune	13		
Skanderborg Kommune	3		
Skive Kommune	147		
Struer Kommune	78		
Syddjurs Kommune	17		
Viborg Kommune	92		
Aarhus Kommune	26		
Region Midtjylland	1.258		

Skadesteder i Region Syddanmark		Skadesteder i Region Sjælland	
Assens Kommune	6	Faxe Kommune	37
Billund Kommune	60	Greve Kommune	4
Esbjerg Kommune	62	Guldborgsund Kommune	156
Fanø Kommune	20	Holbæk Kommune	60
Fredericia Kommune	2	Kalundborg Kommune	56
Faaborg-Midtfyn Kommune	21	Køge Kommune	15
Haderslev Kommune	51	Lejre Kommune	19
Kolding Kommune	14	Lolland Kommune	128
Langeland Kommune	19	Næstved Kommune	49
Middelfart Kommune	3	Odsherred Kommune	43
Nordfyn Kommune	1	Ringsted Kommune	32
Nyborg Kommune	1	Roskilde Kommune	26
Odense Kommune	4	Slagelse Kommune	49
Svendborg Kommune	17	Solrød Kommune	8
Sønderborg Kommune	128	Sorø Kommune	13
Tønder Kommune	69	Stevns Kommune	14
Varde Kommune	83	Vordingborg Kommune	81
Vejen Kommune	25	Region Sjælland	790
Vejle Kommune	54		
Ærø Kommune	111		
Aabenraa Kommune	59		
Region Syddanmark	810		



Regionernes Akutlægehelikopter Årsrapport 2017

© All rights reserved 2017
Regionernes Akutlægehelikopter
www.akutlaegehelikopter.dk

Relateret document 2/3

Dokument Navn: Svar til Eli Lilly vedr.
henvendelse om
Medicinrådets anbefaling
vedr. lægemidlet
ramucirumab.pdf

Dokument Titel: Svar til Eli Lilly vedr.
henvendelse om
Medicinrådets anbefaling
vedr. lægemidlet
ramucirumab

Dokument ID: 1209811

Maren Munk-Madsen

Emne: VS: Medicinrådet

Prioritet: Høj

Fra: Bente Jønsson
Sendt: 20. august 2018 17:33
Til: 'stroeyer_birgitte@lilly.com' <stroeyer_birgitte@lilly.com>
Emne: VS: Medicinrådet
Prioritet: Høj

Kære Birgitte Strøyer

Eli Lilly har med brev af 10. juli 2018 rettet henvendelse til Danske Regioners bestyrelse, idet man er uforstående overfor Medicinrådets anbefaling om, at KRIS-anbefaling af lægemidlet ramucirumab (Cyramza) ikke længere bør følges. Eli Lilly ønsker, der fastsættes en transparent proces og metode for revurdering af KRIS anbefalinger, herunder at der i den forestående evaluering inddrages en analyse af, om Medicinrådets vurdering af KRIS-anbefalinger lever op til målsætningen om faglighed og åbenhed. Det fremgår af henvendelsen, at Eli Lilly har fremsendt en lignende henvendelse til Medicinrådet.

Medicinrådet har overfor Danske Regioner oplyst, at man den 11. juli 2018 har besvaret den ovenfor omtalte henvendelse fra Eli Lilly (vedlagt). Heraf fremgår det, at KRIS anbefaling i sin tid blev givet under forudsætning af, at de kliniske effektdata efter 1 år levede op til resultaterne fra en subgruppeundersøgelse. Medicinrådet har imidlertid konstateret, at de kliniske effektdata fra ansøger viser en medianoverlevelse, der er langt under den effekt, som KRIS havde forventet, da man i sin tid anbefalede lægemidlet. Medicinrådet finder på den baggrund ikke, at forudsætningerne for KRIS anbefaling er opfyldt. Endelig fremgår det, at Medicinrådet har afholdt møder med Eli Lilly om sagen.

Det kan oplyses, at Medicinrådet træffer uafhængige beslutninger med udgangspunkt i et armslængdeprincip til det politiske system. Danske Regioner kan således henholde sig til Medicinrådets svar til Eli Lilly.

I forhold til Medicinrådets procedure for behandling af KRIS sager kan det oplyses, at det følger af Medicinrådets forretningsorden, at Medicinrådet kan anbefale, at KRIS-anbefalinger ikke længere følges, når forudsætningerne for anbefalingerne ikke længere er opfyldt. Medicinrådet har derfor heller ikke ændret KRIS tidligere beslutning, men Medicinrådet har i henhold til forretningsordenen anbefalet, at KRIS-anbefaling ikke længere følges. Endelig kan det oplyses, at spørgsmålet om åbenhed vil komme til at indgå i den kommende evaluering af Medicinrådet.

Med venlig hilsen

Stephanie Lose og Ulla Astman

Start på videresendt besked:

Fra: Birgitte Stroeyer <stroeyer_birgitte@lilly.com>
Dato: 10. juli 2018 kl. 13.45.31 CEST
Til: "awo@regioner.dk" <awo@regioner.dk>, "slo@rsyd.dk" <slo@rsyd.dk>, "ullaa@rn.dk"

[<ullaa@rn.dk>](mailto:ullaa@rn.dk)

Emne: Medicinrådet

Att: Adam, Stephanie og Ulla

Eli Lilly tillader sig at fremsende vedhæftede brev og artikel til bestyrelsen i Danske Regioner. Sagen omhandler en konkret sag der har været behandlet i Medicinrådet i juni. Som øverste politiske myndighed med ansvaret for regionerne vil vi gerne henlede opmærksomheden på omtalte problemstilling. Lignende henvendelse er også fremsendt til formandskabet i Medicinrådet.

Vi står selvfølgelig til rådighed for eventuelle spørgsmål henvendelse måtte give anledning til.

Med venlig hilsen

Birgitte Strøyer

Senior Market Access Manager

Eli Lilly Denmark A/S

Lyskær 3E, [2.tv.](#), DK-2730 Herlev, Denmark

Mobil +45 20 80 58 68; Tel +45 45 26 60 00; Fax+45 45 26 60 01

stroeyer_birgitte@lilly.com | www.eli-lilly.dk

Relateret document 3/3

Dokument Navn: Notat til bestyrelsen om Kapacitetsproblemer i praktikken for sosu-assistentelever.docx

Dokument Titel: Notat til bestyrelsen om Kapacitetsproblemer i praktikken for sosu-assistentelever

Dokument ID: 1206597



NOTAT

13-08-2018

EMN-2018-00291

1206597

Anne-Dorthe Sørensen

Kapacitetsudfordringer på hospitalerne i forhold til social- og sundhedsassistentelevernes praktik

Bestyrelsen bad på mødet den 14. juni 2018 om et notat, der beskriver de kapacitetsudfordringer, som regionerne oplever i forhold til social- og sundhedsassistentelevernes praktikophold på hospitalerne, herunder i psykiatrien.

Hvorfor er hospitalerne udfordrede på praktikkapaciteten?

Særligt to forhold har betydning for de kapacitetsudfordringer, som hospitalerne og psykiatrien oplever i forhold til social- og sundhedsassistentelevernes praktikophold, nemlig den stigende specialisering og den stadig kortere indlæggelsestid.

Med den øgede specialisering af indsatsen på hospitalerne er en del af den pleje og behandling, som tidligere er foregået på sengeafdelingerne på hospitalerne, flyttet ud af sygehusene og varetages på ambulatorier, hos egen læge, i de kommunale sundhedstilbud eller i patientens eget hjem.

Samtidig med udflytningen af opgaver fra hospitalerne er der også sket en betydelig afkortning af patienternes indlæggelsestid. Og specialiseringen og den kortere indlæggelsestid betyder, at mange af de opgaver og dermed læringssituationer, som har været relevante for social- og sundhedsassistentelever på hospitalerne, også er blevet færre.

For at sikre kvaliteten af praktikken i social- og sundhedsassistentuddannelsen er det afgørende for regionerne, at eleverne i deres praktik har mulighed for at møde de patienter, opgaver og læringssituationer, der skal ruste dem til det fremtidige arbejde i sundhedsvæsenet, såvel det nære som det specialiserede. I den forbindelse er forholdet elev:læringssituation en afgørende faktor, og det er dette forhold, der i høj grad udfordres, hvis flere elever skal i praktik på hospitalsafdelingerne. Ønsket om ikke yderligere at belaste den regionale psykiatri og hospitalernes praktikkapacitet gennem en forøget dimensionering

bygger således på hensynet til at sikre social- og sundhedsassistenteleverne den mest kvalificerede uddannelse.

Hospitalerne modtager mange elever og studerende i praktik og klinisk uddannelse, og særligt de sygeplejestuderendes klinikophold kan medføre konkurrence i forhold til social- og sundhedsassistenteleverne om de samme patienter og læringssituationer. Hospitalernes efterspørgsel efter kompetencer som følge af den øgede specialisering har ændret sig i retning af øget efterspørgsel efter speciallæger og sygeplejersker. Det trækker i retning af, at den praktiske uddannelse af disse personalegrupper vejer tungt.

Hospitalerne oplever allerede udfordringen med at stille tilstrækkeligt mange relevante læringssituationer til rådighed for social- og sundhedsassistenteleverne, og denne udfordring vil alt andet lige blive forstærket, hvis dimensioneringen af social- og sundhedsassistentuddannelsen forhøjes.

I udviklingsarbejdet vedr. den social- og sundhedsassistentuddannelse, der trådte i kraft 1. januar 2017, var ambitionen, at uddannelsen både i sit indhold og sin opbygning skulle afspejle sundhedsvæsenets organisering og social- og sundhedsassistenternes primære beskæftigelsesområde. Det indgik desuden som et grundvilkår i dette arbejde, at regionernes praktikmuligheder var og er begrænsede i forhold til tidligere. Danske Regioner arbejdede derfor for at få reduceret antallet af regionale praktikuger og/eller antallet af elever i praktik. Sideløbende med revisionen af uddannelsen indgik parterne omkring uddannelsen – Undervisningsministeriet, Danske Regioner, KL og FOA – en dimensioneringsaftale for årene 2017-2018, der blandt andet indebar en stigning i måltallet for social- og sundhedsassistentelever.

Sammenlignet med den tidligere uddannelse er det i den nuværende uddannelse færre elever, der skal have deres psykiatripraktik i regionerne, og hospitalspraktikken er reduceret med fire uger. Praktikken i den nugældende uddannelse er beskrevet i nedenstående afsnit.

I de kommende forhandlinger om en flerårig dimensioneringsaftale for blandt andet social- og sundhedsassistenter kan Danske Regioner forvente et stærkt pres fra de øvrige parter for en dimensioneringsforøgelse. Formandskabet i Danske Regioner har aftalt med FOA's formandskab, at Danske Regioner og FOA indleder en dialog om mulige løsninger på, hvordan behovet for flere social- og sundhedsassistentelever kan imødekommes, uden at det sætter den regionale praktikkapacitet under yderligere pres.

Social- og sundhedsassistenternes praktikuddannelse

Social- og sundhedsassistentuddannelsen varer ca. 2 år og 10 mdr. Heraf udgør skoleundervisningen 49 uger og praktikken den resterende del af uddannelsen.

I løbet af deres uddannelse kommer social- og sundhedsassistenteleverne i praktik i både kommuner og regioner. Praktikuddannelsen er opdelt i tre perioder og gennemføres på tre hovedområder:

1. Sygepleje, sundhedsfremme og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen, ca. 40 uger
2. Psykiatrisk sygepleje og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen, ca. 18 uger. 1/3 af eleverne er i praktik i den regionale psykiatri, mens de resterende 2/3 af eleverne er i praktik på kommunale psykiatritilbud.
3. Somatisk sygepleje og rehabilitering i det sammenhængende sundhedsvæsen, ca. 40 uger. Heraf foregår i alt 12 uger i regionalt regi og de resterende uger i kommunernes somatiske tilbud.

Alle social- og sundhedsassistentelever skal gennemføre den samme praktikuddannelse, uanset om de er ansat i en region eller en kommune (eneste undtagelse er praktikken i psykiatrien som beskrevet overfor).