

**Bilag a)**

**Afrapportering fra underarbejdsgruppen  
om evaluering af kommunalreformen  
på sundhedsområdet**

November 2012

**Evaluering af kommunalreformen**

# **Afrapportering fra arbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet**

**November 2012**

## INDHOLD

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INDLEDNING OG SAMMENFATNING .....</b>   | <b>5</b>  |
| 1.1. INDLEDNING.....  | 5         |
| 1.2. SAMMENFATNING .....  | 5         |
| 1.2.1. <i>Snitfladeproblematikker på sundhedsområdet</i> .....  | 7         |
| 1.2.2. <i>Anbefalinger til hovedudvalget</i> .....  | 15        |
| <b>2. KOMMISSORIUM FOR EVALUERING AF KOMMUNALREFORMEN PÅ SUNDHEDSOMRÅDET ..</b>   | <b>30</b> |
| <b>3. ARBEJDSGRUPPENS TILGANG OG METODE .....</b>   | <b>33</b> |
| <b>4. BESKRIVELSE AF OPGAVEROMRÅDE OG HOVEDTRÆK I UDVIKLINGEN SIDEN<br/>KOMMUNALREFORMENS IKRAFTTRÆDEN .....</b>  | <b>37</b> |
| 4.1. HVILKE ÆNDRINGER INDEBAR KOMMUNALREFORMEN PÅ SUNDHEDSOMRÅDET.....  | 37        |
| 4.2. SUNDHEDSVÆSENETS UDFORDRINGER OG OVERORDNEDE HENSYN PÅ SUNDHEDSOMRÅDET .....   | 38        |
| 4.2.1. <i>Udfordringer på sundhedsområdet</i> .....   | 38        |
| 4.2.2. <i>Overordnede hensyn på sundhedsområdet</i> .....   | 39        |
| 4.3. UDVIKLINGEN PÅ SUNDHEDSOMRÅDET SIDEN KOMMUNALREFORMEN.....   | 41        |
| 4.3.1. <i>Udgiftsfordelingen på sundhedsområdet</i> .....   | 41        |
| 4.3.2. <i>Udviklingen i antallet af ansatte i sundhedsvæsenet</i> .....   | 43        |
| 4.3.3. <i>Sundhedsvæsenets generelle udvikling siden kommunalreformen</i> .....   | 44        |
| 4.4. SAMMENFATTENDE VURDERING AF UDVIKLINGEN PÅ SUNDHEDSOMRÅDET.....  | 56        |
| <b>5. FOKUSOMRÅDE 1 – DEN PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE OG OPFØLGENDE INDSATS .....</b>   | <b>58</b> |
| 5.1. INDLEDNING OG SAMMENFATNING.....   | 58        |
| 5.2. RAMMER FOR DEN PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE INDSATS.....  | 63        |
| 5.2.1. <i>Regler og begreber</i> .....  | 63        |
| 5.2.2. <i>Udgifter til udvalgte forebyggelses- og sundhedsfremmeområder</i> .....   | 65        |
| 5.2.3. <i>Samarbejde</i> .....  | 67        |
| 5.2.4. <i>Forløbsprogrammer</i> .....   | 67        |
| 5.3. MÅLGRUPPEN FOR PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE.....  | 69        |
| 5.3.1. <i>Kontaktflade mellem kommune og region</i> .....   | 73        |
| 5.4. SNITFLADEPROBLEMATIKKER I DEN PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE.....   | 76        |
| 5.4.1. <i>Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud</i> .....  | 77        |
| 5.4.2. <i>Mangelfuld forpligtelse af parterne i sundhedsaftaler mv.</i> .....   | 78        |
| 5.4.3. <i>Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens</i> .....   | 81        |
| 5.4.4. <i>Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation</i> .....  | 82        |
| 5.4.5. <i>Uhensigtsmæssig incitamentsstruktur</i> .....   | 86        |
| 5.5. ARBEJDSGRUPPENS FORSLAG OG ANBEFALINGER TIL AT STYRKE DEN PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE .....  | 87        |
| 5.5.1. <i>Nye samarbejdsmodeller og justering af samarbejdsmodeller</i> .....   | 87        |
| 5.5.2. <i>Styrket faglighed</i> .....   | 89        |
| 5.5.3. <i>Bedre organisering og ressourceanvendelse</i> .....   | 91        |
| 5.5.4. <i>Bedre anvendelse af IT</i> .....  | 93        |
| 5.5.5. <i>Øget gennemsigtighed og bedre dokumentation</i> .....   | 95        |
| <b>6. FOKUSOMRÅDE 2 – GENOPTRÆNING EFTER UDSKRIVNING FRA SYGEHUS .....</b>  | <b>98</b> |
| 6.1. INDLEDNING OG SAMMENFATNING.....   | 98        |
| 6.2. GENOPTRÆNING EFTER SUNDHEDSLOVEN .....   | 101       |
| 6.3. SNITFLADEPROBLEMATIKKER PÅ GENOPTRÆNING SOMRÅDET.....  | 104       |
| 6.3.1. <i>Patientens overgang mellem sygehus og kommune – ventetid til almen ambulant<br/>genoptræning (snitflade I)</i> .....                                  | 105       |
| 6.3.2. <i>Almen og specialiseret ambulant genoptræning (snitflade II)</i> .....   | 108       |
| 6.3.3. <i>Patientens overgang mellem sygehus og kommune – overlevering af faglig information, når<br/>patienten udskrives fra sygehus (snitflade III)</i> ..... | 112       |

|   |            |
|---|------------|
| 6.3.4. Kvalitet og kompetencer i den kommunale opgavevaretagelse .....  | 115        |
| 6.4. ARBEJDSGRUPPENS FORSLAG OG ANBEFALINGER TIL AT STYRKE INDSATSEN PÅ GENOPTRÆNINGSSOMRÅDET .....                     | 122        |
| 6.4.1. Indledning .....   | 122        |
| 6.4.2. Styrkelse af sygehusenes udarbejdelse af genoptræningsplaner .....   | 122        |
| 6.4.3. Styrket kommunal udredning og visitation af patienter med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov ..... | 125        |
| 6.4.4. Styrket tilrettelæggelse af indsatsen i kommunerne .....   | 126        |
| 6.4.5. Styrket monitorering af indsatsen på genoptræningsområdet.....   | 126        |
| 6.4.6. Faglig bæredygtighed i de specialiserede rehabiliteringsindsatser.....   | 127        |
| <b>7. FOKUSOMRÅDE 3 – INDSATSEN FOR PATIENTER MED PSYKISK SYGDOM .....</b>  | <b>130</b> |
| 7.1. INDLEDNING.....  | 130        |
| 7.2. KOMMUNALREFORMEN OG DET PSYKIATRISKE OMRÅDE.....   | 131        |
| 7.2.1. Overordnet opgave- og ansvarsfordeling .....   | 131        |
| 7.2.2. Redskaber til koordination og samarbejde indført med kommunalreformen .....                                      | 133        |
| 7.3. PROBLEMIDENTIFIKATION.....   | 137        |
| 7.3.1. Den generelle udvikling .....  | 138        |
| 7.3.2. Problembeskrivelse .....   | 147        |
| 7.3.3. Opsummering – identificerede snitfladeproblematikker.....  | 162        |
| <b>8. FOKUSOMRÅDE 4 – SUNDHEDS-IT .....</b>   | <b>165</b> |
| 8.1. INDLEDNING OG SAMMENFATNING.....   | 165        |
| 8.1.1. Opgave- og ansvarsfordeling .....  | 166        |
| 8.1.2. Sammenfatning .....  | 167        |
| 8.2. PROBLEMSTILLINGER.....   | 170        |
| 8.2.1. Vurdering af regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser.....                  | 170        |
| 8.2.2 Vurdering af anvendelsen af it-løsninger i regionerne.....  | 175        |
| 8.2.3 Vurdering af IT-understøttelsen af sammenhængende patientforløb .....   | 181        |
| 8.2.4 Vurdering af regionernes samarbejde på sundheds-it området .....  | 190        |
| 8.2.5. Vurdering af den statslige indsats på sundheds-it området .....  | 194        |
| 8.2.6. Vurdering af det fællesoffentlige samarbejde på sundheds-it området.....   | 199        |
| 8.3. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER.....  | 203        |
| 8.3.1. Regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser .....                              | 203        |
| 8.3.2. Ibrugtagningen af it-løsninger i regionerne.....   | 203        |
| 8.3.3. IT-understøttelse af sammenhængende patientforløb.....   | 204        |
| 8.3.4. Regionernes samarbejde på sundheds-it området.....   | 205        |
| 8.3.5. Den statslige indsats på sundheds-it området .....   | 206        |
| 8.3.6. Fællesoffentligt samarbejde på sundheds-it området .....   | 208        |
| <b>9. SUNDHEDSAFTALER – DET FORPLIGTENDE SAMARBEJDE .....</b>   | <b>210</b> |
| 9.1. INDLEDNING OG SAMMENFATNING.....   | 210        |
| 9.2. STATUS FOR DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE Gennem SUNDHEDSAFTALER OG SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALG.....               | 213        |
| 9.2.1. Sundhedsaftaler.....   | 213        |
| 9.2.2. Sundhedskoordinationsudvalg .....  | 214        |
| 9.3. GENERISKE PROBLEMSTILLINGER VED DE NUVÆRENDE SUNDHEDSAFTALER.....  | 216        |
| 9.3.1. Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis .....                | 216        |
| 9.3.2. Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation i indsatsen .....                       | 217        |
| 9.3.3. Tidsmæssig kadence for indgåelse af sundhedsaftaler .....  | 218        |
| 9.3.4 Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalerne .....   | 219        |
| 9.3.5. Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne .....                            | 219        |
| 9.3.6. Mål, indikatorer og opfølgning .....   | 220        |
| 9.3.7. Udvikling og implementering af tværsektoriel IT-understøttet kommunikation .....                                 | 222        |

|  |            |
|--|------------|
| 9.3.8. Sundhedsaftalernes indhold - obligatoriske indsatsområder .....   | 223        |
| 9.4. ARBEJDSGRUPPENS FORSLAG OG ANBEFALINGER TIL AT STYRKE SUNDHEDSAFTALERNE OG DET FORPLIGTENDE                   |            |
| TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE.....  | 225        |
| 9.4.1. 5 sundhedsaftaler – én i hver region .....  | 225        |
| 9.4.2. Fastsættelse af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder .....                                       | 226        |
| 9.4.3. Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med sundhedsaftalerne udbygges .....                        | 226        |
| 9.4.4. Øget styringsmuligheder for myndighederne i forhold til almen praksis .....                                 | 227        |
| 9.4.5. Yderligere initiativer til at gøre sundhedsaftalerne mere forpligtende .....                                | 227        |
| 9.4.6. Styrket implementering af sundhedsaftalerne i det udførende led .....                                       | 228        |
| 9.4.7. Styrket dokumentation og systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne – mål, indikatorer og opfølgning ..... | 228        |
| 9.4.8. Mere forpligtende it-samarbejde mellem kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne .....               | 229        |
| <b>BILAG 1. KOMMUNAL MEDFINANSIERING .....</b>   | <b>230</b> |
| <b>BILAG 2. MATERIALE VEDR. "GÅ-HJEM-MØDER" OM GENOPTRÆNING OG PATIENTTRETET</b>                                   |            |
| <b>FOREBYGGELSE OG OPFØLGENDE INDSATS .....</b>  | <b>234</b> |

# 1. Indledning og sammenfatning

## 1.1. Indledning

Det fremgår af regeringsgrundlaget, at regeringen vil foretage en evaluering af kommunalreformen og den nuværende arbejdsdeling mellem kommuner, regioner og stat.

Derfor nedsatte regeringen i februar 2012 et udvalg om evaluering af kommunalreformen (hovedudvalget) samt fire underudvalg på henholdsvis det specialiserede socialområde samt specialiserede undervisningstilbud, natur- og miljøområdet, regional udvikling samt sundhedsområdet. Indeværende rapport indeholder underudvalgets afrapportering til hovedudvalget vedr. sundhedsområdet. For underudvalgets kommissorium og sammensætning henvises til kapitel 2.

På sundhedsområdet betød kommunalreformen en omfattende omstrukturering og en ny opgavefordeling i det danske sundhedsvæsen. Der blev etableret fem regioner med en større faglig bæredygtighed og et mere entydigt fokus på sundhedsområdet. Regionerne har ansvaret for sygehusvæsenet, herunder den behandlede psykiatri, samt praksissektoren, mens de kommunale områder bl.a. omfatter den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme og genoptræning efter udskrivning. Ansvar for den patientrettede forebyggelse er delt mellem kommuner og regioner.

En hovedudfordring på sundhedsområdet er at sikre et omkostningseffektivt sundhedsvæsen, der kan levere sundhedsydelser af høj kvalitet. Samtidig er det vigtigt at sikre sammenhængende patientforløb, herunder særligt håndteringen af det stigende antal ældre medicinske patienter, kronikere og psykiatriske patienter, som ofte har behov for en indsats i både sygehusvæsenet, almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.

Evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet tager derfor udgangspunkt i en række fokusområder, hvor patienter krydser sektor- eller myndighedsgrænser. Formålet er at afdække mulige snitfladeproblematikker samt komme med forslag til justering af indsatsen med henblik på at sikre et omkostningseffektivt sundhedsvæsen, der kan levere sundhedsydelser af høj kvalitet og med sammenhæng i indsatsen for borgerne.

## 1.2. Sammenfatning

Dette afsnit indeholder en sammenfatning af afrapporteringen fra arbejdsgruppen (underudvalg) om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet.

Det fremgår af kommissoriet for arbejdsgruppen (jf. kapitel 2), at evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet tager udgangspunkt i fire fokusområder:

- Snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner ift. til den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats
- Genoptræning efter udskrivning fra sygehus
- Snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner på det psykiatriske område
- Sundheds-IT

Med afsæt i analyser på disse områder har arbejdsgruppen identificeret en række snitfladeproblematikker på sundhedsområdet. På den baggrund kommer arbejdsgruppen dels med en række generelle og overordnede anbefalinger til at minimere disse snitfladeproblematikker på sundhedsområdet, dels med mere specifikke anbefalinger målrettet de enkelte fokusområder – patientrettet forebyggelse, genoptræning og sundheds-it samt sundhedsaftaler.

Det er i henhold til kommissoriet for arbejdsgruppen forudsat, at anbefalingerne kan holdes inden for de eksisterende økonomiske rammer.

Nedenfor er en kort beskrivelse af rapportens opbygning:

- Kapitel 1 indeholder en sammenfatning af den samlede afrapportering, herunder af arbejdsgruppens konklusioner og anbefalinger.
- Kapitel 2 indeholder kommissoriet for evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet, herunder arbejdsgruppens sammensætning.
- Kapitel 3 er en beskrivelse af arbejdsgruppens tilgang og metode i forbindelse med udarbejdelsen af afrapporteringen.
- Kapitel 4 indeholder en kort beskrivelse af, hvilke ændringer kommunalreformen indebærer på sundhedsområdet samt en beskrivelse af hovedtrækkene i udviklingen på området siden kommunalreformens ikrafttræden.
- Kapitel 5 indeholder delanalysen i forhold til fokusområde 1 – den patientrettede forebyggelse og opfølgning indsats – herunder arbejdsgruppens anbefalinger til at styrke den patientrettede forebyggelse.
- Kapitel 6 indeholder delanalysen i forhold til fokusområde 2 – genoptræning efter udskrivning fra sygehuse, herunder arbejdsgruppens anbefalinger til en styrket indsats på genoptræningsområdet.
- Kapitel 7 indeholder delanalysen i forhold til fokusområde 3 – indsatsen for patienter med psykisk sygdom. Det skal bemærkes, at kapitlet er udarbejdet af regeringens psykiatriudvalg, samt at psykiatriudvalget ikke peger på specifikke løsningsforslag i forhold til de identificerede problemer.
- Kapitel 8 indeholder delanalysen i forhold til fokusområde 4 – sundheds-it – herunder arbejdsgruppens anbefalinger til at styrke indsatsen på området.
- Kapitel 9 indeholder en beskrivelse af række generiske problemstillinger og udfordringer ved de nuværende sundhedsaftaler samt arbejdsgruppens anbefalinger til at styrke sundhedsaftalerne og det forpligtende tværsektorielle samarbejde.

### 1.2.1. Snitfladeproblematikker på sundhedsområdet

Det arbejdsgruppens overordnede vurdering, at det danske sundhedsvæsen på mange måder er vel-fungerende og inde i en positivudvikling, men at der på flere områder eksisterer en række snitfladeproblematikker på tværs af kommune- og regionsgrænser. I det følgende sammenfattes de snitfladeproblematikker, som arbejdsgruppen har identificeret i forhold til de fire fokusområder samt sundhedsaftalerne.

#### Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

En af sundhedsvæsenets største udfordringer er at sikre sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb. Den patientrettede forebyggelse, der primært er rettet mod det stigende antal personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, er afgørende i denne sammenhæng.

Med kommunalreformen blev den patientrettede forebyggelse et delt ansvar mellem regioner og kommuner, hvorfor indsatsen er koblet op på et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem disse myndigheder. Samarbejdet er bl.a. forankret i sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner, og der eksisterer en række samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem regioner og kommuner.

Det er arbejdsgruppens overordnede vurdering, at samarbejdet generelt fungerer godt mange steder, og at der er sket en positivudvikling i samarbejdet i regi af bl.a. sundhedsaftalerne. Der kan dog stadig identificeres en række udfordringer i forbindelse med den patientrettede forebyggelse. Uensartet organisering på tværs af kommuner kan eksempelvis vanskeliggøre samarbejdet om større tværgående projekter, ligesom det delte ansvar kan betyde gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud på sygehuse, i almen praksis og i kommunerne.

Det er generelt en udfordring, at sundhedsaftalerne ikke i tilstrækkeligt omfang forpligter parterne til et systematisk samarbejde om patientforløbene, herunder at det nuværende aftalesystem på praksisområdet ikke tilstrækkeligt effektivt sikrer, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i sundhedsvæsenet. Det er bl.a. en udfordring i forhold til implementeringen af forløbsprogrammer på kronikerområdet. Det vurderes ligeledes, at regionernes rådgivningsforpligtelse på forebyggelsesområdet i medfør af sundhedsloven ikke udnyttes i tilstrækkeligt omfang til at rådgive kommunerne om varetagelse af sundhedsindsatsen. Ligeledes er der generelt et behov for at sikre større fleksibilitet i forhold til at trække på sundhedsfaglige kompetencer på tværs af sektorer, fx at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regioner får mulighed for at trække på de sundhedsfaglige kompetencer i almen praksis og på sygehuse mhp. at understøtte, at behandling sker på det mest effektive specialiseringsniveau. Derudover er der en problemstilling i forhold til at sikre systematisk registrering og dokumentation af patientrettede forebyggelsesindsatser, hvilket kan skabe grundlag for en mere omkostningseffektiv indsats.

Der vurderes således at være et uudnyttet potentiale for at styrke samarbejdet om den patientrettede forebyggelse. Boks 1.1 sammenfatter de snitfladeproblematikker, arbejdsgruppen har identificeret i forhold til den patientrettede forebyggelse.

#### Boks 1.1.

##### Snitfladeproblematikker i forhold til den patientrettede forebyggelse

###### Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud

- Risiko for overlappende tilbud, fx rygestoptilbud, patientuddannelser mv.
- Uensartet organisering på tværs af kommuner og sygehuse kan vanskeliggøre samarbejdet om større tværgående projekter, fx organiseringen af patientuddannelser eller den telemedicinske ind-



|   |
|---|
| <p>sats.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknologien stiller nye krav til samarbejdet og den traditionelle arbejdsdeling mellem regioner og kommuner, hvis patienten fx skal kunne blive længere i sit eget hjem.</li> <li>• Uklarhed om hvilke opgaver, der løses af fx almen praksis og kommunen, hvilket indebærer en risiko for, at patienter håndteres på et højere specialiseret niveau end nødvendigt.</li> </ul>   |
| <p><b>Manglende forpligtelse af parterne i sundhedsaftaler mv.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regioner og kommuner har ikke været tilstrækkeligt forpligtet af sundhedsaftalerne.</li> <li>• Manglende forpligtelse af almen praksis.</li> </ul>  |
| <p><b>Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionernes rådgivningsforpligtelse udnyttes ikke godt nok, ligesom viden generelt ikke deles i tilstrækkeligt omfang.</li> <li>• Manglende kendskab til hinandens tilbud på tværs af sektorer.</li> <li>• Manglende systematisk registrering og dokumentation af patientrettede forebyggelsesindsatser, fx manglende monitorering af forløbsprogrammerne.</li> <li>• Eksisterende oplysninger om patienterne deles ikke i tilstrækkeligt omfang.</li> </ul> |
| <p><b>Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommuner og sygehuse har ikke tilstrækkelig fokus på forebyggelige (gen)indlæggelser.</li> <li>• Utilstrækkelig udveksling af relevant information om patienter mellem sektorer før, under og efter indlæggelse.</li> </ul>   |
| <p><b>Uhensigtsmæssige incitamentsstrukturer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende incitament til at løse opgaver i overensstemmelse med LEON-princippet.</li> <li>• Honoreringssystemerne i almen praksis og på sygehusområdet tilskynder ikke tilstrækkeligt fokus på sammenhængende forløb og kvalitet.</li> </ul>  |

### Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Genoptræning efter sundhedsloven er karakteriseret ved, at indsatsen påbegyndes på sygehus, når sygehuslægen senest i forbindelse med patientens udskrivning udarbejder en genoptræningsplan til ambulant genoptræning på sygehus (specialiseret ambulant genoptræning) eller i kommune (almen, ambulant genoptræning). Denne snitflade mellem sygehus og kommune giver anledning til at fokusere på tre problemstillinger:

- Sikrer genoptræningsplanen, at den nødvendige faglige information om patientens genoptræningsbehov kommunikeres rettidigt fra sygehus til kommune?
- Er der den rette faglige balance mellem den (specialiserede) ambulante genoptræning, der skal foregå på sygehuset, og den (almene) ambulante genoptræning, der skal foregå i kommunen?
- Har kommunerne den nødvendige faglighed og kapacitet til at tilbyde patienten et rettidigt og fagligt genoptræningstilbud på baggrund af den lægefaglige genoptræningsplan?

Arbejdsgruppen har på den baggrund identificeret en række områder, hvor snitfladen mellem sygehus og kommune skaber udfordringer i den regionale og kommunale opgaveløsning, jf. boks 1.2.

Mange patienter udskrives fra sygehus med forholdsvis ukomplicerede genoptræningsbehov, mens et mindre antal patienter udskrives med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. Det er arbejdsgruppens vurdering, at komplekse funktionsnedsættelser på eksempelvis hjerneskadeområdet ikke altid kommunikerer i nødvendigt omfang via genoptræningsplanen. Genoptræningsplanen i dens nuværende form rummer således ikke alle relevante oplysninger om patienter med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Det er ligeledes arbejdsgruppens vurdering, at der er almene ambulante genoptræningsopgaver, der er så komplekse eller sjældent forekommende, at de kræver en særlig planlægningsindsats fra kommunerne.

Det skal generelt bemærkes, at genoptræningsområdet, og herunder hjerneskadeområdet, også reguleres i anden lovgivning end sundhedsloven, herunder lovgivningen på det sociale område m.v. Det er derfor konkret aftalt, at overvejelser om at sikre den nødvendige faglige bæredygtighed i tilbuddene på hjerneskadeområdet primært håndteres i underarbejdsgruppen for evaluering af kommunalreformen på socialområdet samt af de specialiserede undervisningstilbud.

|  |
|--|
| <p><b>Boks 1.2.</b><br/><b>Snitfladeproblematikker på genoptræningsområdet</b></p>   |
| <p><b>Patientens overgang mellem sygehus og kommune – kommunale forskelle i ventetid til almen ambulant genoptræning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er markante kommunale forskelle i ventetid på almen ambulant genoptræning, hvilket indikerer, at ikke alle kommuner tilbyder en rettidig genoptræning til patienter, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan. Data for ventetid på genoptræning i kommunen er for nuværende ikke gode nok, men forskellene kommunerne imellem kan ikke alene forklares med mangelfulde data.</li> </ul>   |
| <p><b>Almen versus specialiseret ambulant genoptræning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andelen af specialiserede ambulante genoptræningsplaner er faldet markant fra 2007-2011, men der er fortsat regionale forskelle i andelen af specialiseret ambulant genoptræning, hvilket kan være en indikation på, at genoptræningen ikke i alle tilfælde løses på laveste, effektive omsorgsniveau.</li> </ul>  |
| <p><b>Patientens overgang mellem sygehus og kommune – overlevering af faglig information om patienter med enkle henholdsvis komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genoptræningsplanen i dens nuværende form rummer ikke alle relevante oplysninger om patienter med mere komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.</li> </ul>  |
| <p><b>Kvalitet og kompetencer i den kommunale opgavevaretagelse, herunder særligt i forhold til personer med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, fx personer med erhvervet hjerneskade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er almene ambulante genoptræningsopgaver, der er så komplekse eller sjældent forekommende, at de udgør en udfordring for kommunernes tilrettelæggelse af indsatser på genoptræningsområdet.</li> <li>• En gruppe patienter oplever manglende kvalitet og sammenhæng i kommunernes tilbud om genoptræning og rehabilitering, herunder ift. hjerneskadeområdet.</li> </ul> |

### **Indsatsen for patienter med psykisk sygdom**

I forhold til psykiatrimrådets skal bemærkes, at dette emne i henhold til kommissoriet for arbejdsgruppen analyseres i regeringens psykiatriudvalg<sup>1</sup>.

Psykiatriudvalget har således i september 2012 fremsendt "Rapport om psykiatrimrådet til brug for evalueringen af kommunalreformen" til arbejdsgruppen.

Det skal ligeledes bemærkes, at psykiatriudvalget ikke peger på specifikke løsningsforslag i forhold til de identificerede problemer. Psykiatriudvalgets løsningsforslag vil bygge på udvalgets samlede analysearbejde, og specifikke forslag om sammenhæng og koordination i indsatsen for personer med psykiske sygdomme vil indgå i udvalgets endelige afrapportering medio 2013.

Psykiatriudvalget finder, at:

- Den generelle udvikling i psykiatrien med kortere intensive indlæggelser med opfølgning i ambulant regi og fokus på rehabilitering af den enkelte borger i eget nærmiljø øger kravene til regioner og kommuner om samarbejde på området.
- Sundhedsaftalerne og de kommunale rammeaftaler overordnet set sætter en god ramme for samarbejde og koordinering af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Der er imidlertid fortsat udfordringer med at få intentionerne i sundhedsaftalerne implementeret fuldt ud på det udførende niveau, og der er en række udviklingspunkter, der skal arbejdes videre med.
- Der bør arbejdes videre med, hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på en styrkelse af samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.
- Den interne organisering i regioner og kommuner med opdeling i enheder og faglige 'søjler' og manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne' kan udgøre en barriere for en sammenhængende indsats for mennesker med psykisk sygdom.

På den baggrund har Psykiatriudvalget identificeret fire målgrupper og fokusområder med særlige snitfladeproblematikker, jf. boks 1.3.

|  |
|--|
| <b>Boks 1.3.<br/>Snitfladeproblematikker på psykiatrimrådet</b>  |
| <b>Sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Samarbejdet mellem den regionale psykiatri, dvs. stationære og ambulante enheder, og den kommunale sociale indsats fungerer ikke altid tilfredsstillende og borgere/patienter oplever, at forløbene ikke altid er koordineret.</li></ul> |



<sup>1</sup> Psykiatriudvalget består af repræsentanter fra Det Sociale Netværk, SIND, LAP (Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere), Bedre Psykiatri, De Lægevidenskabelige Selskaber, Danske Regioner og KL. Herudover indgår Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Social- og Integrationsministeriet, Ministeriet for Børn og Undervisning, Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen samt fem eksperter med særlig viden om psykiatrimrådet.

- Dette kan resultere i uhensigtsmæssige forløb med hyppige behandlingsbrud, unødige (gen)indlæggelser og ressourcespild.

#### **Samarbejde mellem kommune og børne-ungdomspsykiatri**

- Der henvises stadigt flere børn til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Mange henvisninger afvises i den regionale psykiatri på grund af manglede dokumentation, eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet.
- Bedre samarbejde om henvisninger vil formentlig kunne reducere unødigt ventetid, ressourcespild samt give mere sammenhængende forløb for den enkelte. Herudover er det væsentligt, at børn og unge får den rette støtte og vejledning fra egen læge og ikke mindst fra kommunen, mens de venter på undersøgelse og behandling.
- En kvalificeret kommunal indsats kræver ofte koordinering på tværs af forvaltninger og fagområder i kommunerne.

#### **Samarbejde om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom og misbrug – dobbeltdiagnosticerede**

- Psykiatriudvalget konstaterer flere snitfladeproblematikker relateret til behandlingen af de dobbeltdiagnosticerede, der har en psykisk sygdom og et misbrug. Der peges bl.a. på mangel på samarbejde og kommunikation mellem den regionale psykiatri og kommunale misbrugsenheder.
- Dette kan resultere i uhensigtsmæssige og afbrudte forløb og at patienten/borgeren ikke modtager den relevante behandling.

#### **Samarbejde vedr. beskæftigelsesindsatsen for mennesker med psykisk sygdom**

- Psykiatriudvalget konstaterer snitfladeproblemer i forhold til de kommunale jobcentre og den regionale psykiatri omkring udredning og behandling. Hertil kommer, at ventetid til udredning og behandling kan udgøre en udfordring i forhold til at få sygemeldte hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet.
- Koordinationen mellem praktiserende læge og kommune om indsatsen for sygemeldte er ikke altid velfungerende. Dette kan have betydning for patientens mulighed for at bevare tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Endelig kan den interne organisering i sektorer i kommunerne med en opdeling i faglige 'søjler' og manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne' i kommunen udgøre en barriere for indsatsen.

#### **Sundheds-it**

Velfungerende sundheds-it løsninger er et centralt redskab til at sikre sikker og sammenhængende patientbehandling af høj kvalitet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, bl.a. i relation til en styrket forebyggelsesindsats og behandling og pleje og behandling af store grupper af kroniske patienter.

Vurderingen af den regionale indsats på sundheds-it området peger på, at alle regioner forventer at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdsplader inden udgangen af 2013, men at der ikke foreligger systematiske effektmål og dokumentation for i hvilket omfang it-systemerne anvendes på tværs af sygehusene og alle relevante afdelinger. Der er dermed ikke gennemsigtighed i, hvor langt regionerne er nået i forhold til at få it-understøttede kliniske arbejdspladser udbredt og ibrugtaget hos relevante klinikere.

Vurderingen af det nuværende samarbejde på tværs af regionerne og mellem regioner, kommuner og stat peger på, at der i de nuværende samarbejdsstrukturer er potentiale for yderligere udbredelse og anvendelse af de eksisterende it-løsninger, der kan understøtte mere effektiv opgaveløsning og sammenhængende patientforløb. Det gælder særligt kommunernes indsats for at få digitaliseret den beskedsbaserede kommunikation i sundhedsvæsenet og udbredelsen og brugen af det Fælles Medicinkort.

Regionerne har etableret RSI som en ramme for tættere fælles regionalt samarbejde og koordination, men der vurderes fremadrettet at være potentiale for mere systematisk og forpligtende fællesregionalt fokus på initiativer, der skal sikre anvendelsen af sygehusenes it-systemer. Det er samtidig vurderingen, at der er potentiale i øget fremdrift i arbejdet med at sikre konvergens mod fælles regionale it-løsninger.

Dernæst peger analysen på, at der på statsligt niveau ikke i tilstrækkeligt omfang er leveret på politisk aftalte mål for arbejdet med statens registre mv. Dette vurderes bl.a. at have baggrund i den hidtidige statslige organisering på sundheds-it området. Tilsvarende er det fortsat en udfordring at få de nationale it-infrastrukturprojekter til at udfylde den rolle, som de er tiltænkt, som følge af forsinkelser i projekterne.

Endelig peger evalueringen på, at den nationale bestyrelse kun delvist opfylder den beskrivelse, som fremgår af sundheds-it aftalen, bl.a. fordi bestyrelsen ikke i tilstrækkeligt omfang har formået at udfylde rollen som omdrejningspunkt for den overordnede koordinering af sundheds-it området i Danmark.

#### **Boks 1.4.**

##### **Snitfladeproblematikker på sundheds-it området**

###### **Regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser**

- Hver region forventer at have konsoliderede kliniske it-arbejdspladser inden udgangen af 2013, men der er betydelige forskelle i systemernes funktionalitet og dermed også graden af it-understøttelse af klinikernes daglige arbejde. Samtidig er det sundhedsfaglige indhold i et vist omfang systemspecifikt. Det betyder, at arbejdet med sundhedsfaglige definitioner ofte foregår lokalt og dermed ikke koordineret.

###### **Anvendelsen af it-løsninger i regionerne**

- Der er betydelige regionale forskelle i den måde, som it-systemerne anvendes på og dermed hvor effektivt systemerne understøtter arbejdsgange og patientbehandlingen på sygehuset. Dette indikerer, at der på tværs af regioner er potentiale for bedre patientbehandling ved at sikre bedre og mere ensartet brug.
- Vanskeligheden ved at indsamle data for anvendelsen af it-systemerne i regionerne har illustreret, at regionerne kun i begrænset omfang arbejder systematisk med at monitorere og sætte mål for anvendelsen af it-systemerne.

###### **It-understøttelsen af sammenhængende patientforløb**

- Der er fortsat et betydeligt potentiale i at forbedre it-understøttelse af sammenhængende patientforløb ved at styrke udbredelse og ibrugtagning af de løsninger, der allerede findes i sundhedsvæsenet, og som i varierende omfang er udbredt på tværs af kommuner, regioner og statslige myndigheder.
- Udbredelsen af Det Fælles Medicinkort er forsinket i forhold til de politisk aftalte målsætninger. Dette vurderes bl.a. at skyldes utilstrækkeligt tværsæktorielt samarbejde og koordination om

udbredelse og manglende ensartethed i de arbejdsgange, der ligger til grund for anvendelsen af Fælles Medicinkort. Hertil kommer, at Fælles Medicinkort skal implementeres i et betydeligt antal it-systemer af forskellige leverandører til forskellige kunder.

#### **Regionernes samarbejde på sundheds-it området**

- Regionerne har i regi af RSI etableret organisatoriske rammer, der bidrager til tættere tværregionalt samarbejde på sundheds-it området end hidtil, men der ikke ses at være igangsat fællesregionale initiativer, der bidrager til den faktiske anvendelse af it-løsningerne i regionerne.
- Det er samtidig vurderingen, at der ikke er sikret den nødvendige fremdrift i arbejdet med at sikre konvergens mod fællesregionale it-løsninger. Dermed har regionerne ikke i tilstrækkeligt grad udnyttet potentialet ved mere samordnet indkøb, udvikling og drift, herunder ikke mindst i relation til konsolidering af den kliniske it-arbejdsplads.

#### **Den statslige indsats på sundheds-it området**

- Den hidtidige organisering af opgaverne i ministeriet har været en barriere for at sikre en hensigtsmæssig løsning af opgaver vedr. drift og videreudvikling af de nationale sundhedsregistre og it-løsninger, som benyttes af sundhedsvæsenets øvrige parter af disse.
- Staten kun delvist har været i stand til at realisere de mål og milepæle vedr. de statslige sundhedsregistre, der blev aftalt som led i sundheds-it aftalen.
- Det er fortsat udfordringer at få de nationale it-infrastrukturprojekter til at udfylde den rolle, som de er tiltænkt, bl.a. som følge af forsinkelser i projekternes fremdrift.

#### **Det fællesoffentlige samarbejde på sundheds-it området**

- Den nationale bestyrelse for sundheds-it har ikke i tilstrækkeligt omfang fungeret som omdrejningspunkt for den overordnede koordinering af sundheds-it området i Danmark. Heri indgår at der ikke har været etableret den nødvendige gennemsigtighed vedr. realiseringen af de aftalte mål for sundheds-it udviklingen frem mod 2013.
- Der har ikke været et forum for drøftelse af konkrete problemstillinger vedr. drift, vedligehold og videreudvikling af fællesoffentlige it-løsninger, herunder it-infrastruktur.

#### **Sundhedsaftalerne**

For at understøtte samarbejdet på tværs af sektorer og sikre sammenhængende patientforløb blev det med sundhedsloven gjort lovpligtigt for regionsråd og kommunalbestyrelser at etablere Sundhedskoordinationsudvalg og indgå sundhedsaftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalerne er i dag den overordnede politiske ramme for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet.

Sundhedsstyrelsen har i 2011 gennemført en evaluering af sundhedsaftalerne, som viser, at sundhedsaftalerne generelt er et velegnet redskab til at sikre dialog og samarbejde mellem kommuner og regioner. Evalueringen viser ligeledes, at der har været en positiv udvikling i samarbejdet og i indholdet i de konkrete aftaler fra de første sundhedsaftaler til de nuværende sundhedsaftaler.

Det påpeges dog også, at sundhedsaftalerne i deres nuværende form og tilrettelæggelse har en række svagheder, bl.a. at den nuværende ordning ikke i tilstrækkeligt omfang forpligter parterne, herunder sik-

rer det nuværende aftalesystem for almen praksis ikke tilstrækkeligt effektivt, at de praktiserende læger inden for overenskomstens økonomisk gældende rammer følger sundhedsaftalerne.

Det er samtidig en generel udfordring at sikre den nødvendige implementering af aftalerne, herunder i højere grad at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos de medarbejdere i de udførende led, som har kontakten med borgerne med henblik på at sikre, at aftalerne får den tilsigtede effekt. Der vurderes også fortsat at være behov for at styrke opfølgningsdelen med henblik på at sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalerne virker som tilsigtet, samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af indsatsen og samarbejdet mellem aftaleparterne.

De nuværende sundhedsaftaler indeholder seks obligatoriske indsatsområder, som generelt har meget forskellig karakter. Samtidig sker der en løbende udvikling af sundhedsvæsenet og af patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet. Det er derfor arbejdsgruppens vurdering, at der er behov for at revurdere de obligatoriske indsatsområder.

#### **Boks 1.5.**

##### **Generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler**

###### **Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis**

- Det nuværende aftalesystem sikrer ikke tilstrækkeligt effektivt, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen.
- Der ses i både kommuner, regioner og almen praksis udfordringer ift. at implementere forløbsprogrammer for kroniske patienter op til det aftalte ambitionsniveau.

###### **Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation**

- Der findes i dag 98 sundhedsaftaler, som er indgået med afsæt i en regional grundaftale udarbejdet af Sundhedskoordinationsudvalget. Det betyder, at der kan være variation i sundhedsaftalerne i indenfor den enkelte region, hvilket kan vanskeliggøre samarbejdet og betyde for stor uensartethed i tilbuddene.

###### **Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med godkendelse af sundhedsaftalerne**

- Sundhedsstyrelsen fokuserer i sin godkendelse på, om sundhedsaftalerne opfylder bekendtgørelsens obligatoriske krav eller ej. Nogle kommuner og regioner har efterspurgt en individuel tilbagemelding på de enkelte sundhedsaftaler i forbindelse med godkendelsen.

###### **Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne**

- Der er fortsat udfordringer i forhold til at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos medarbejderne i de udførende led.

###### **Mål, indikatorer og opfølgning**

- Der er fortsat behov for at styrke opfølgningen på sundhedsaftalerne med henblik på at sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalerne virker som tilsigtet samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af indsatsen og samarbejdet mellem aftaleparterne.

###### **Sundhedsaftalernes indhold – obligatoriske indsatsområder**

- De nuværende sundhedsaftaler indeholder seks obligatoriske indsatsområder, som generelt har

meget forskellig karakter. Samtidig sker en løbende udvikling af sundhedsvæsenet og af patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet.

- Sundhedsaftalerne anvendes ikke i tilstrækkeligt omfang til at sikre lokale forpligtelser mellem regioner og kommuner i forhold til udbredelse og implementering af sundheds-it.

### **1.2.2. Anbefalinger til hovedudvalget**

Med afsæt i de respektive delanalyser har arbejdsgruppen en række anbefalinger til at minimere snitfladeproblematikkerne på sundhedsområdet og dermed sikre øget kvalitet og bedre sammenhæng i forløbene for patienterne. Arbejdsgruppen har både en række generelle konklusioner og overordnede anbefalinger til at minimere snitfladeproblematikkerne, jf. afsnit 1.2.2.1. Derudover har arbejdsgruppen en række mere specifikke anbefalinger målrettet de enkelte fokusområder – patientrettet forebyggelse, genoptræning, sundheds-it samt sundhedsaftalerne. De specifikke anbefalinger sammenfattes i afsnit 1.2.2.2. En række af de specifikke anbefalinger tager afsæt i de generelle anbefalinger og udfolder disse nærmere

#### **1.2.2.1. Arbejdsgruppens generelle konklusioner og overordnede anbefalinger til hovedudvalget**

Det er arbejdsgruppens overordnede vurdering, at det danske sundhedsvæsen på mange måder er vel-fungerende og inde i en positiv udvikling.

Der er lagt planer for en ny sygehusstruktur, der understøtter samling af den specialiserede behandling og den akutte behandling. Der er generelt korte ventetider til behandling, og der er arbejdes løbende med at styrke kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet, herunder er der afsat 80 mio. kr. til udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer.

Samtidig vil regeringen styrke psykiatrien og har som overordnet målsætning en ligestilling af psykiske og fysiske sygdomme. Regeringen vil indføre en ny ret for patienterne i form af en udredningsret på 30 dage, når patienten er henvist til udredning i sygehusregi, samt differentiere retten til udvidet frit sygehusvalg, hvilket vil give sygehusene større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af behandlingen og skabe bedre rum til at prioritere de mest alvorligt syge først.

Kommunerne har siden kommunalreformen udbygget indsatsen på sundhedsområdet, og der sker en løbende udvikling af samarbejdet mellem regioner og kommuner i forhold til indsatsen på kronikerområdet og i forhold til den stigende gruppe af ældre medicinske patienter, bl.a. i regi af sundhedsaftalerne.

Sundhedsvæsenet står imidlertid overfor en række generelle udfordringer i form af den demografiske udvikling, ændret sygdomsbillede, ny medicin og behandlingsmetoder m.v., som indebærer en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse. Den grundlæggende udfordring på sundhedsområdet er således at styre udgiftsudviklingen samtidig med, at der sker en udvikling i retning af fortsat øget kvalitet og bedre sammenhæng i forløbene for patienterne.

Samtidig er der en række udfordringer i sundhedsvæsenet med, at patienter krydser myndighedsgrænser, hvilket kræver koordinering for, at patienten kan opleve sammenhæng i hele patientforløbet.

Med to overordnede myndigheder på sundhedsområdet vil der altid være behov for samarbejde mellem myndigheder og dermed snitfladeproblematikker, der skal håndteres. Fremtidens sundhedsvæsen med flere ældre, et stigende antal borgere med kroniske lidelser, der har behov for sammenhængende indsats på tværs af social- ældre-, og sundhedsområdet, øget samling og specialisering og kortere ind-



læggelser understreger kun kravet om at sikre sammenhæng og kontinuitet i patientforløbene. Det gælder både internt på det enkelte sygehus og på tværs af sygehuse, praksissektor og kommuner samt internt i kommunerne.

Samarbejdet om indsatsen i forhold til det stigende antal kroniske patienter er generelt en af de største udfordringer i sundhedsvæsenet. Der er tale om en kompleks og heterogen gruppe med mange forskellige og sammensatte behov, hvorfor organiseringen af indsatsen overfor de kroniske patienter ikke kan omsættes til en generel formel for, hvem der gør hvad.

### **Øget og mere forpligtende samarbejde på tværs af myndigheder**

Med henvisning til at sundhedsvæsenet løbende udvikler sig, samt at der fremadrettet vil være et stigende antal patienter, der har brug for indsatser på tværs af sektorgrænser, er det arbejdsgruppens overordnede konklusion, at snitfladeproblematikkerne på sundhedsområdet ikke generelt løses ved flytning af myndighedsansvar. Det er ligeledes vigtigt at fastholde sundhedsloven som en rammelov, der ikke eksplicit fastlægger de detaljerede ydelser på sundhedsområdet. Der kan dog på enkelte områder være behov for at skærpe regionernes kompetencer og præcisere arbejdsfordelingen mellem regioner og kommuner. Det gælder fx på genoptræningsområdet.

Arbejdsgruppen vurderer samtidig, at løsningerne på snitfladeproblematikkerne primært skal findes gennem et øget og mere forpligtende samarbejde, nye samarbejdsmodeller og gennem klarere retningslinjer og vejledninger for, hvem der gør hvad i de konkrete patientforløb. Bl.a. anbefales det, at det fremtidige samarbejde mellem kommuner og regioner baserer sig på 5 sundhedsaftaler – frem for de nuværende 98.

Samarbejde og koordination i indsatsen skal ligeledes bidrage til at sikre kendskab til hinandens tilbud, bl.a. med henblik på at sikre borgerne det rette tilbud og forebygge, at der opbygges parallelle tilbud, der kan indebære, at de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet ikke anvendes hensigtsmæssigt.

### **Anbefaling 1**

#### **Øget og mere forpligtende samarbejde på tværs af sektorer**

Arbejdsgruppen anbefaler overordnet:

- At snitfladeproblematikkerne på sundhedsområdet ikke generelt løses ved flytning af myndighedsansvar.
- At der etableres et øget og mere forpligtende tværsektorielt samarbejde, der understøtter udvikling, kvalitet og skaber rammer for velfungerede og sammenhængende patientforløb.
- At dette bl.a. skal ske gennem nye samarbejdsmodeller og en styrkelse af sundhedsaftalerne, så disse baserer sig på 5 sundhedsaftaler – én i hver region – og tager afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner, på de obligatoriske indsatsområder.

Afsættet for sundhedsvæsenets tilrettelæggelse og det tværsektorielle samarbejde bør i højere grad være patientens behov, og sundhedsvæsenets indsats bør struktureres og tilrettelægges herefter.

### **Større fleksibilitet i forhold til at trække på de sundhedsfaglige kompetencer på tværs af sektorer**

Det er vigtigt, at den overordnede organisatoriske ramme i sundhedsvæsenet er fleksibel i den forstand, at den skal kunne tage højde for dels patientgruppers forskellige behov, dels at sundhedsvæsenet løbende udvikler sig. Fx giver den teknologiske udvikling i form af eksempelvis telemedicin nye muligheder for organisering af patientforløb, herunder for at understøtte øget egenbehandling i hjemmet.

I den forbindelse anbefaler arbejdsgruppen, at der sikres større fleksibilitet i forhold til at bruge hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet. Den specialiserede viden, der findes i bl.a. sygehusregi, skal i højere grad bringes i spil i forhold til indsatsen i kommuner og almen praksis. Det vil forventeligt også bidrage til at holde patienterne ude af sygehuse – og dermed understøtte LEON-princippet – hvis kommunerne efter aftale med regionen mere systematisk får målrettet adgang til at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at kommunerne mere systematisk får mulighed for at inddrage og rådføre sig med de sundhedsfaglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi, samt at dette aftales mellem kommuner og regioner i sundhedsaftalerne.

Det anbefales ligeledes, at den nuværende regionale rådgivningsforpligtelse i medfør af sundhedslovens § 119 systematiseres og målrettes, idet der siden kommunalreformen er sket en stor udvikling i regioner og kommuners samarbejde samt i kommunernes behov for rådgivning. Dette foreslås ligeledes aftalt mellem kommuner og regioner i sundhedsaftalerne.

#### **Anbefaling 2**

##### **Større fleksibilitet i forhold til at trække på de sundhedsfaglige kompetencer på tværs af sektorer**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, herunder at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regionen får mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel opgavevaretagelse.
- At regionernes rådgivningsforpligtelse systematiseres og målrettes kommunernes behov for rådgivning, samt at kommunerne i højere grad gør brug af den viden, der stilles til rådighed. Dette foreslås aftalt mellem regioner og kommuner i sundhedsaftalerne.

#### **Øgede styringsmuligheder for myndighederne i forhold til almen praksis**

Regionerne har ifølge sundhedsloven ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder almen praksis.

Det er arbejdsgruppens overordnede vurdering, at det indenfor det nuværende aftalesystem ikke i tilstrækkelig grad er lykkedes at få de praktiserende læger til på forpligtende vis at indgå i det integrerede sundhedsvæsen, som sammenhængende patientforløb forudsætter.

Dette understøttes af Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren, hvorfor der er behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styringsmuligheder. Bl.a. er der behov for at forbedre regionernes muligheder for at definere de

ydelse, som almen praksis skal levere, herunder det konkrete indhold og kvaliteten i ydelserne samt at kontrollere og følge op på de ydelser, der leveres.

Øget regional styring af almen praksis er også en forudsætning for, at regionen kan realisere den samlede sundhedsplanlægning inden for de givne økonomiske rammer.

Med økonomiaftalen for 2013 mellem regeringen og regionerne er parterne blevet enige om at arbejde for, at regionerne skal have øgede styringsmuligheder. Da rammerne for aktiviteten i almen praksis efter den gældende ordning udgøres af overenskomsten om almen praksis, har den offentlige part (RLTN) rejst denne styringsdagsorden i forbindelse med forhandlinger om fornyelse af overenskomsten, som forventes påbegyndt i efteråret 2012 med henblik på, at en ny aftale kan træde i kraft den 1. april 2013.

Arbejdsgruppen støtter dette og ser en bedre styring af almen praksis som forudsætningen for at integrere og styrke almen praksis' rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen.

### **Anbefaling 3**

#### **Øgede styringsmuligheder for myndighederne i forhold til almen praksis**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionerne får øget styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det skal i højere grad være muligt for regionen at definere de opgaver, som almen praksis skal løse i et sammenhængende sundhedsvæsen og efterfølgende kontrollere og sanktionere, hvis en praksis ikke efterlever dette.

### **Styrket dokumentationsindsats**

Sundhedsområdet er generelt et af de bedst dokumenterede velfærdsområder, hvilket bl.a. skyldes en lang tradition for at dokumentere indsatsen som led i en evidensbaseret tilgang. Dokumentation af sundhedsindsatser er et centralt middel til at sikre viden om, hvad der virker, og dermed opnå højere kvalitet og bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet.

Der er imidlertid arbejdsgruppens vurdering, at der fortsat er behov for at forbedre dokumentationsindsatsen på en række områder, herunder forebyggelsesområdet, hvor der i dag generelt mangler viden om, hvad der virker. Særligt er der behov for, at kommuner og almen praksis arbejder mere systematisk med at dokumentere kvaliteten og evaluere effekten af indsatserne på sundhedsområdet.

### **Anbefaling 4**

#### **Styrket dokumentationsindsats**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der fortsat arbejdes på at styrke dokumentationsindsatsen på sundhedsområdet – særligt er der behov for, at kommuner og almen praksis arbejder mere systematisk med at registrere, dokumentere og evaluere effekten af indsatserne på sundhedsområdet.

### **Bedre it-understøttelse og øget brug af telemedicin**

Velfungerende it-systemer er et centralt redskab til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, herunder sygehusenes samarbejde med øvrige parter i sundhedsvæsenet.

net. Klarhed om arbejdsopgaver og adgang til relevante data på tværs af sektorer bidrager til at styrke kommunikation og koordinering mellem de parter, der er involveret i behandling, pleje og genoptræning af en patient.

Det er samtidig vigtigt, at telemedicinske løsninger med dokumenteret effekt og en positiv business case udbredes.

#### **Anbefaling 5**

##### **Bedre it-understøttelse og øget brug af telemedicin**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At it-understøttelse af sammenhængende patientforløb løftes, og at telemedicinske løsninger med dokumenteret effekt udbredes som led i at sikre et sammenhængende og omkostningseffektivt sundhedsvæsen med patienten i centrum.

#### **1.2.2.2. Arbejdsgruppens specifikke anbefalinger på de enkelte fokusområder**

I det følgende præsenteres arbejdsgruppens specifikke anbefalinger på de enkelte fokusområder samt sundhedsaftalerne. Flere af de specifikke anbefalinger tager afsæt i de generelle anbefalinger og udfolder disse nærmere. Af hensyn til overskueligheden gengives og sammenfattes anbefalingerne på de enkelte fokusområder i bokse i afslutningen af hvert afsnit.

##### **Patientrettet forebyggelse**

Det er arbejdsgruppens overordnede vurdering, at samarbejdet om den patientrettede forebyggelse generelt fungerer godt mange steder. Men der kan stadig identificeres en række udfordringer, bl.a. med henblik på at sikre, at patientforløbene for borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter er tilstrækkeligt sammenhængende og omkostningseffektive.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at løsningen på snitfladeproblematikkerne i forhold til den patientrettede forebyggelse generelt ikke er en overordnet flytning af myndighedsansvar. Derimod er det nødvendigt at styrke samarbejdet mellem sygehuse, almen praksis og kommuner yderligere, bl.a. i regi af sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og gennem nye organisatoriske samarbejdsmodeller.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der etableres et mere forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner gennem en styrkelse af sundhedsaftalerne, herunder ved fremadrettet at arbejde med 5 sundhedsaftaler – én i hver region – som særligt har fokus på patientrettet forebyggelse og samarbejdet om personer med kronisk sygdom. Arbejdsgruppen finder også, at der behov for at styrke implementeringen af forløbsprogrammer for kroniske patienter i regi af sundhedsaftalerne, herunder for at styrke dokumentationen og monitoreringen af implementeringsindsatsen.

Arbejdsgruppen anbefaler ligeledes, at der i regioner og kommuner arbejdes med videreudvikling af organisatoriske modeller, der kan understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Udarbejdelse af organisatoriske modeller kan fx tage afsæt i konkrete business case modeller, frikommuneforsøgene samt integrated care modeller.

Arbejdsgruppens generelle anbefaling om at sikre større fleksibilitet i forhold til efter aftale at trække på de sundhedsfaglige kompetencer på tværs af sektorer og målrette og systematisere regionernes rådgivningsforpligtelse er også vigtige elementer i forhold til at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel

bel opgavevaretagelse i forhold til den patientrettede forebyggelse, jf. ovenstående anbefaling 2. Formålet er bl.a. at sikre, at en stigende del af patientens behandling og pleje kan foregå med udgangspunkt i patientens eget hjem.

Endelig har arbejdsgruppen en række anbefalinger til at sikre bedre anvendelse af IT samt øget gennemsigthed og bedre dokumentation af indsatsen på forebyggelsesområdet.

Nedenstående boks sammenfatter arbejdsgruppen anbefalinger til fremadrettet at styrke den patientrettede forebyggelse, så der sikres sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb.

#### **Boks 1.6.**

#### **Oversigt over arbejdsgruppens anbefalinger i forhold til den patientrettede forebyggelse**

##### **Nye samarbejdsmodeller og justering af samarbejdsmodeller**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der sker en styrkelse af sundhedsaftalerne, så disse baserer sig på 5 sundhedsaftaler – én i hver region – og tager afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner, på de obligatoriske indsatsområder – med særligt fokus på patientrettet forebyggelse og samarbejdet om personer med kronisk sygdom.
- At der sikres det fornødne rum til at gøre aftalerne tilstrækkeligt fleksible i forhold til kommunernes forskellighed, herunder at de konkrete målsætninger kan variere fra kommune til kommune.
- At udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammerne er en del af sundhedsaftalerne, herunder at opfølgning og monitorering sker som led heri.
- At regionerne får øgede styringsmuligheder i forhold til almen praksis.

##### **Styrket faglighed**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionernes rådgivningsforpligtelse systematiseres og målrettes kommunernes behov for rådgivning, samt at kommunerne i højere grad gør brug af den viden, der stilles til rådighed. Dette foreslås aftalt mellem regioner og kommuner i sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsens vejledning om regionernes forebyggelsesopgaver skal på den baggrund revideres.
- At der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, herunder at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regionen får mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel opgavevaretagelse.

##### **Bedre organisering og ressourceanvendelse**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At information om sygehusenes og kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud gøres tilgængelig for alle aktører i sundhedsvæsenet med henblik på at sikre borgerne det rette tilbud og undgå etablering af parallelle tilbud.
- At staten, kommuner og regioner i fællesskab dokumenterer kliniske og økonomiske effekter ved patientrettede forebyggelsestiltag, der bl.a. understøtter sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

- At der i kommuner og regioner arbejdes videre med organisatoriske modeller, der bl.a. understøtter sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Udarbejdelsen af organisatoriske modeller kan fx tage afsæt i konkrete business case modeller, frikommuneforsøgene samt integrated care modeller.

### **Bedre anvendelse af IT**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At it-understøttelse af sammenhængende patientforløb løftes, og at telemedicinske løsninger med dokumenteret effekt udbredes som led i at sikre et sammenhængende og omkostningseffektivt sundhedsvæsen med patienten i centrum.

### **Øget gennemsigtighed og bedre dokumentation**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At registreringer og dokumentation vedrørende den patientrettede forebyggelsesindsats i regioner og kommuner sker på en systematisk og lettilgængelig måde, der giver grundlag for en målretning af indsatsen, herunder bedre belysning af aktivitet og kvalitet i fx hjemmesygeplejen.
- At regioner og kommuner – i regi af sundhedsaftalerne – i samarbejde opstiller målsætninger med tilhørende indikatorer for den patientrettede forebyggelse i regioner, kommuner og almen praksis, som fx nedbringelse af genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser.
- At staten i samarbejde med kommuner og regioner forbedrer brugervenligheden i eSundhed og KØS, så disse kan anvendes som ledelsesinformationsværktøj med veludviklede indikatorer, fokusområder og udtrækningsmuligheder.
- At der i eSundhed og KØS skabes bedre grundlag for analyser af sundhed på tværs, herunder inddrages data fra ældre- og beskæftigelsesområdet for at give bedre mulighed for opfølgning på indsatser for bestemte grupper mv.

### **Genoptræning efter udskrivning fra sygehuse**

Arbejdsgruppen finder, at der på en række områder er behov for at styrke indsatsen på genoptræningsområdet. Det gælder særligt i forhold til personer med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser, herunder på hjerneskadeområdet.

Arbejdsgruppen anbefaler således, at regionerne får en skærpet myndighedskompetence i forhold til den begrænsede gruppe af personer med de mest omfattende og komplekse funktionsnedsættelser. Denne gruppe kan omfatte personer med komplekse hjerneskader og et bredt og komplekst genoptræningsbehov, men også inden for enkelte andre diagnosegrupper kan der være personer med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser. Arbejdsgruppen vurderer i den forbindelse, at regionernes skærpede myndighedskompetence i praksis vil omfatte en meget lille del af det samlede antal af borgere, som hvert år udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan på baggrund af et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Regionernes skærpede kompetence indebærer, at sygehusene i genoptræningsplanerne skal beskrive mål for indsatsen, inddrage flere fagligheder i beskrivelsen af patientens genoptræningsbehov samt angive et tidspunkt for, hvornår genoptræningen bør iværksættes i kommunen.

Formålet er at styrke kommunikationen mellem sygehuse og kommuner, så det sikres, at genoptræningsplanernes formidling af faglig information om patientens samlede genoptrænings- og rehabiliteringsbehov bliver et bedre redskab for kommunernes visitation til den indsats, der på tværs af lovgivning er relevant for den enkelte patient.

Arbejdsgruppen vurderes ligeledes, at der er behov for at styrke den kommunale udredning og visitation af patienter med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, idet udredningen for borgere med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov forudsætter særlige kompetencer, specialviden og tværfaglighed.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor en styrket tværfaglig kommunal udredning – evt. med afsæt i Voksenudredningsmetoden på det sociale område. Arbejdsgruppen anbefaler ligeledes, at der udarbejdes visitationskriterier for kommunernes indsats på hjerneskadeområdet, der kan understøtte kommunernes visitation af borgere til tilbud med den nødvendige sundheds- og socialfaglige bredde og specialisering til at varetage indsatsen.

For mindre patientgrupper med sjældne eller komplekse fysiske genoptræningsbehov kan det være vanskeligt for 98 kommuner at opnå og vedligeholde de fornødne specialiserede faglige kompetencer.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor øget tværkommunalt samarbejde om almen ambulans genoptræning efter sundhedslovens § 140, samt at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner udvikler vejledende sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats på hjerneskadeområdet i forhold til personer med komplekse og omfattende funktionsnedsættelser. Sundhedsfaglige kvalitetskriterier skal understøtte kommunernes brug af tilbud, som besidder den nødvendige faglige bredde og specialisering til at varetage indsatsen.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at en nærmere behandling af problemstillingen i forhold til at sikre den nødvendige faglige bæredygtighed i de specialiserede tilbud behandles i underarbejdsgruppen for evaluering af kommunalreformen på socialområdet samt af de specialiserede undervisningstilbud. Af kommissoriet for denne arbejdsgruppe fremgår det, at evalueringen bl.a. skal rette fokus på understøttelse af den specialiserede indsats.

Arbejdsgruppen har ligeledes drøftet den nuværende finansieringsmodel på genoptræningsområdet. Finansieringsmodellen indebærer, at regionerne kan henvise patienter til kommunal genoptræning uden samtidig at have et finansieringsansvar. Det kan i det lys overvejes, hvorvidt en skærpet regional kompetence skal suppleres af et regionalt medfinansieringsansvar i forhold til patienter med omfattende og komplekse genoptræningsbehov.

Nedenstående boks sammenfatter arbejdsgruppens anbefalinger på genoptræningsområdet.

#### **Boks 1.7.**

#### **Oversigt over arbejdsgruppens anbefalinger på genoptræningsområdet**

##### **Styrkelse af sygehusenes udarbejdelse af genoptræningsplaner**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At kommunikationen mellem sygehus og kommune om patienter med enkle og ukomplicerede genoptræningsbehov forenkles, så der kan anvendes færre administrative ressourcer på disse pa-

tienter.

- At Sundhedsstyrelsen udvikler et værktøj til sygehusene til stratificering af patienter med enkle henholdsvis komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.
- At sygehuse og kommuner i særlig grad prioriterer samarbejde og kommunikation, der vedrører patienter med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser og med et deraf følgende behov for almen eller specialiseret ambulans genoptræning.
- At sygehusenes kompetence i forhold til at udarbejde genoptræningsplaner, jf. sundhedslovens § 84, skærpes i forhold til gruppen af patienter med de mest omfattende og komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. Regionen får en skærpet kompetence i forhold til at:
  - beskrive den funktionsevne, patienten kan forvente af genoptræningen
  - beskrive det samlede genoptræningsbehov for patienter med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser, så der er den nødvendige faglige bredde i beskrivelsen af genoptræningsbehovet. Det indebærer, at flere faggrupper skal inddrages, og at der ved behov skal foretages den nødvendige faglige udredning.
  - angive et tidspunkt for, hvornår patienter med behov for alment ambulans genoptræning bør opstartes af kommunen med henblik på iværksættelse af genoptræningen.
- At kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne på træningsområdet løbende følger og drøfter udviklingen i antallet af mere omfattende genoptræningsplaner til patienter med komplekse genoptræningsbehov, herunder at den løbende udgiftsudvikling følges.

#### **Styrket kommunal udredning og visitation af patienter med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- En styrket tværfaglig kommunal udredning. Arbejdsgruppen vurderer, at Voksenudredningsmetoden på det sociale område vil kunne udgøre en faglig ramme for en tværfaglig kommunal udredning, samt at dette værktøj i så fald vil skulle videreudvikles af Social- og Integrationsministeriet i samarbejde med relevante parter.
- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen, KL og Danske Regioner udarbejder vejledende visitationskriterier, der kan understøtte kommunernes visitation af borgeren til tilbud med den nødvendige sundheds- og socialfaglige bredde og specialisering til at varetage indsatsen.
- At de kommunale erfaringer med en kommunal(e) koordinatorfunktion(er) i komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsforløb udbredes.

#### **Styrket monitorering af indsatsen på genoptræningsområdet**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- En styrket monitorering af genoptræningsområdet.

#### **Bæredygtighed, faglighed og gennemsigtighed i de specialiserede rehabiliteringsindsatser**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- Øget tværkommunalt samarbejde om almen ambulans genoptræning iflg. sundhedslovens § 140 med henblik på at sikre en forsvarlig løsning af opgaver, som kræver en større patientvolumen, end den enkelte kommune har.
- At det tværkommunale samarbejde i fornødent omfang understøttes af og forankres i sundhedsaftalerne på områder, hvor der også er samarbejde med regionen.



- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner udvikler sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats på hjerneskadeområdet, som skal understøtte, at kommunerne gør brug af tilbud, som besidder den nødvendige faglige bredde og specialisering til at varetage indsatsen. Faglige kvalitetskriterier understøtter i øvrigt større gennemsligtighed på området.
- En øget grad af gennemsligtighed i pris og ydelser bl.a. på baggrund af de vejledende kvalitetskriterier for de specialiserede tilbud på fx hjerneskadeområdet, jf. Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer. Det kan ske ved at udvide den landsdækkende oversigt (Tilbudsportalen) over tilbud efter den sociale lovgivning til også at omfatte tilbud efter anden lovgivning.

### Sundheds-it

Det er den generelle vurdering, at der med arbejdsdelingen på området, jf. sundheds-it aftalen i den regionale økonomiaftale for 2011, er lagt de rigtige spor til at sikre videre fremdrift i udrulning og ibrugtagning af it-løsninger i det danske sundhedsvæsen.

Det er samtidig vurderingen, at mere systematiske effektmål og dokumentation af og opfølgning på den faktiske anvendelse af it-systemerne på sygehusene vil kunne styrke gennemsligtigheden på området, bl.a. ved at gøre det muligt at foretage mere præcise vurdering af, hvor langt regionerne er nået i forhold til at få it-understøttede kliniske arbejdspladser udbredt og ibrugtaget hos alle relevante klinikere. Der vurderes samtidig behov for en accelereret indsats for at udfase manuelle arbejdsgange, og fastsættelsen af ambitiøse regionale målsætninger for fuld ibrugtagning af effektive konsoliderede it-arbejdspladser.

I relation til udbredelsen af tværsektorielle it-løsninger vurderes der potentiale for en styrket indsats, idet de konkrete eksempler på tværgående løsninger herunder i regi af RSI i praksis er begrænsede. Samtidig anbefales en mere systematisk opfølgning på udbredelse og anvendelse og mere forpligtende aftaler mellem parterne på området, fx i regi af sundhedsaftalerne, med henblik på at øge implementeringshastigheden og bidrage til imødegå udfordringer omkring gensidige afhængigheder.

Der peges endvidere på, at der er potentiale for større fokus og samarbejde mellem regionerne om benchmarking af anvendelse og effekt fremadrettet og systematiske vurderinger af, om de forudsatte gevinster, som fuld anvendelse af systemerne potentielt medfører, bliver indhøstet, herunder understøttelse af patientbehandlingen, klinikernes daglige arbejdsgange, driftsudgifter til sundheds-it mv. i regionerne.

Det anbefales samtidig, at indsatsen for at få Fælles Medicinkort udrullet og ibrugtaget opprioriteres i alle sektorer, herunder særligt i almen praksis og i kommunerne. Det anbefales i den forbindelse, at der på regionsniveau aftales samarbejdsmodeller med henblik på at sikre ensartet og koordineret implementering, fx ved at der opstilles krav til teknisk udbredelse og brug af systemerne, fx afstemning i Fælles Medicinkort og drøftelse heraf i forbindelse med udskrivningskonferencer eller lignende.

Dernæst peger analysen på, at der flytningen af National Sundheds-it til Statens Seruminstitut er skabt styrkede forudsætninger for mere professionel drift af de registre og it-løsninger, som anvendes i det øvrige sundhedsvæsen og optimering af indsamlingen af oplysninger og skabelsen af én kanal til sikring af dækkende, pålidelig og aktuel information om sundhed.

Det er samtidig vurderingen, at der for de fælles offentlige it-infrastrukturprojekter National Serviceplatform og for Nationalt Patientindeks er igangsatt initiativer, der skal sikre projekternes fulde realisering i

samarbejde med sundhedsvæsenets øvrige parter, herunder med aftalen om etableringen af en finansierings- og styringsmodel for fælles offentlige it-løsninger infrastruktur på sundhedsområdet.

Endelig anbefales det, at arbejdet med at tydeliggøre rolle og opgaver for den nationale bestyrelse for sundheds-it indgår arbejdet med den nye digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet med henblik på at sikre, at bestyrelsen bliver det nationale omdrejningspunkt for en koordineret it-udvikling på tværs af kommuner, regioner og statslige myndigheder, jf. også sundheds-it-aftalen fra 2010.

Nedenstående boks sammenfatter arbejdsgruppens anbefalinger vedr. sundheds-it.

#### **Boks 1.8.**

##### **Oversigt over arbejdsgruppens anbefalinger vedr. udviklingen på sundheds-IT området**

##### **Regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionernes arbejde med at etablere og ibrugtage sammenhængende kliniske it-arbejdspladser accelereres og at der sikres en systematisk opfølgning på at manuelle arbejdsgange udfases, bl.a. ved at (gamle) konkurrerende it-løsninger lukkes og ved at papirbaserede arbejdsgange og brugen af telefaks og brevpost afskaffes.

##### **Anvendelsen af it-løsninger i regionerne**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionerne i 1. kvartal 2013 fastsætter indikatorer og målsætninger for brugen af relevante it-systemer i den daglige opgaveløsning på sygehusene. Indikatorerne og målsætningerne skal give et dækkende billede af it-understøttelsen af centrale arbejdsgange med henblik på at sikre øget gennemsigtighed og ensartet brug af it-løsninger på tværs af regionerne og skabe sikkerhed for, at de politisk aftalte mål om etablering og ibrugtagning af sammenhængende kliniske it-arbejdspladser inden udgangen af 2013 realiseres.

##### **It-understøttelsen af sammenhængende patientforløb**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regioner, kommuner og praktiserende læger og speciallæger sikrer, at den beskedbaserede kommunikation digitaliseres og at arbejdet med at afskaffe manuelle papirgange accelereres. I den forbindelse anbefales det, at der indgås mere forpligtende aftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis om ibrugtagning af alle relevante elektroniske beskeder, fx i regi af sundhedsaftalerne, jf. kapitel 9.
- At indsatsen i almen praksis og i kommuner for at få Fælles Medicinkort fuldt teknisk udrullet og ibrugtaget opprioriteres, herunder at der i 2013 på regionsniveau etableres samarbejdsmodeller mellem alle parter med henblik på at sikre ensartet og koordineret implementering.
- At der snarest fastsættes en forpligtende dato for fuld udrulning og ibrugtagning af Fælles Medicinkort i kommunerne, så forsinkelser i forhold til politisk aftalte målsætninger reduceres mest muligt. Det anbefales samtidig, at regioner og kommuner aftaler standardiserede koncepter for kommunal implementering af Fælles Medicinkort og sikrer en løbende og systematisk opfølgning

i den nationale bestyrelse for sundheds-it.

#### **Regionernes samarbejde på sundheds-it området**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionernes arbejde med at indkøbe, udvikle og drive fælles regionale it-løsninger styrkes, for eksempel i forbindelse med en den kommende fællesregionale digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet.
- At regionerne i højere grad samarbejder om fastsættelsen af sundhedsfaglige indhold i sygehuse-nes it-systemer, fx med afsæt i kliniske retningslinjer, med henblik på at sikre ensartet patientbehandling i og på tværs af regionerne og med henblik på at styrke kommunikationen af fulde patientoplysninger på tværs af regioner og sygehuse.
- At regionerne sætter øget fokus på benchmarking af anvendelse og effekt fremadrettet og dermed foretager systematiske vurderinger af, om de forudsatte gevinster, som fuld anvendelse af systemerne potentielt medfører, bliver indhøstet, herunder understøttelse af patientbehandlingen, klinikernes daglige arbejdsgange, driftsudgifter til sundheds-it mv. i regionerne.
- At der i det kommende arbejde med en digitaliseringsreform af velfærdsområderne udarbejdes anskaffelsesmodeller, der inden for de gældende udbudsregler kan fungere som praktiske og anvendelige redskaber til udbredelse af fælles it-løsninger.

#### **Den statslige indsats på sundheds-it området**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At NSI styrker arbejdet med at etablere et professionelt driftsmiljø med særligt fokus på de it-systemer, der benyttes i det øvrige sundhedsvæsen.
- At NSIs arbejde med at etablere en fælles offentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet styrkes, herunder arbejdet med National Serviceplatform, med henblik på at styrke grundlaget for it-understøttelse af tværsektorielle patientforløb og struktureret udveksling af patientoplysninger. At NSIs arbejde med at etablere en fælles indberetningsmodel til de statslige sundhedsregistre videreføres i tæt dialog med sundhedsvæsenets øvrige parter og indgår i arbejdet med senest i 1. kvartal 2013 at udvikle en datastrategi for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses koncern.

#### **Det fællesoffentlige samarbejde på sundheds-it området**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At den nationale bestyrelse for sundheds-it styrkes, herunder at bestyrelsens koordinerede rolle og tværgående opgaver tydeliggøres i forbindelse med arbejdet med den nye digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet med henblik på at sikre, at koordineringen af sundheds-it udviklingen i højere grad forankres på nationalt niveau jf. sundheds-it aftalen fra 2010.
- At der i 1. halvår 2013 etableres en fælles offentlig ramme for effektiv styring og opfølgning, herunder etablering af baseline for den samlede fremdrift i udviklingen på sundheds-it området.
- at finansierings- og styringsmodellen for fælles offentlig sundheds-it, der træder i kraft den 1. januar 2013, udbredes og præciseres frem mod indgåelsen af økonomiaftalerne for 2014.

### **Sundhedsaftaler**

Som det fremgår af ovenstående fremhæves en styrkelse af sundhedsaftalerne i flere af delanalyserne som et forslag til fremadrettet at reducere snitfladeproblematikkerne på sundhedsområdet og sikre mere sammenhængende patientforløb.

Samtidig ændrer patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet sig løbende bl.a. i takt med ny teknologi og nye behandlingsmuligheder. Der er derfor arbejdsgruppens vurdering, at der er behov for at videreudvikle sundhedsaftalerne, så de i højere grad kan understøtte det tværsektorielle samarbejde og bidrage til at sikre sammenhængende patientforløb.

Med henblik på at sikre større ensartethed i det tværsektorielle samarbejde anbefaler arbejdsgruppen, at der fremadrettet bliver tale om 5 sundhedsaftaler frem for 98 - én i hver region – som tager afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner, på en række obligatoriske indsatsområder. Hvis der er for stor variation i sundhedsaftalerne indenfor den enkelte region kan det vanskeliggøre samarbejdet på tværs af sektorer – fx for et sygehus, der samarbejder med flere omkringliggende kommuner, eller omvendt for en kommune, der samarbejder med flere sygehuse.

Arbejdsgruppen vurderer ligeledes, at der er behov for at revurdere sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der forud for, at der skal arbejdes nye sundhedsaftaler, fastsættes nye obligatoriske indsatsområder, bl.a. med henblik på at sikre, at sundhedsaftalerne i højere grad understøtter håndteringen af den stigende kronikerudfordring og den patientrettede forebyggelse. Det anbefales ligeledes, at sundhedsaftalerne i videre udstrækning anvendes til at sikre et mere forpligtende it-samarbejde mellem kommuner og regioner.

Herudover har arbejdsgruppen en række anbefalinger til at styrke implementeringsdelen og sikre en mere systematisk opfølgning på aftalerne, herunder at kommuner og regioner forpligtes til at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet og de enkelte obligatoriske indsatsområder og til løbende at følge op på disse.

Nedenstående boks sammenfatter arbejdsgruppens anbefalinger i forhold til fremadrettet at styrke sundhedsaftalerne som samarbejdsværktøj.

#### **Boks 1.9.**

#### **Oversigt over arbejdsgruppens anbefalinger til at styrke sundhedsaftalerne**

##### **5 sundhedsaftaler – én i hver region**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der sker en styrkelse af sundhedsaftalerne, så disse baserer sig på 5 sundhedsaftaler – én i hver region – og tager afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner, på de obligatoriske indsatsområder.
- At der sikres det fornødne rum til at gøre aftalerne tilstrækkeligt fleksible i forhold til kommunernes forskellighed, herunder at de konkrete målsætninger kan variere fra kommune til kommune.

**Fastsættelse af de obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der forud for, at der skal udarbejdes nye sundhedsaftaler, sker en revurdering af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye indsatsområder, bl.a. med henblik på at sikre, at sundhedsaftalerne i højere grad understøtter håndteringen af den stigende kronikerudfordring og den patientrettede forebyggelse.
- At sundhedsaftalerne i videre udstrækning anvendes til at sikre lokale forpligtelser mellem regioner og kommuner i forhold til udbredelse og implementering af sundheds-it, samt at der i højere grad arbejdes med deadlines for udbredelse af nye it-systemer.

#### **Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med sundhedsaftalerne udbygges**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At Sundhedsstyrelsen giver en mere individualiseret og målrettet tilbagemelding på de 5 sundhedsaftaler (grundaftaler) – fx i forhold til fokusområder for det fremadrettede samarbejde – med henblik på at understøtte en løbende udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

#### **Øget styringsmuligheder for myndighederne i forhold til almen praksis**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionerne får øgede styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det skal i højere grad være muligt for regionen at definere de opgaver, som almen praksis skal løse i et sammenhængende sundhedsvæsen og efterfølgende kontrollere og sanktionere, hvis en praksis ikke efterlever dette.

#### **Styrket implementering af sundhedsaftalerne**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler bør indgå, at sundhedsaftalen skal indeholde en plan for implementering, samt at det i Sundhedsstyrelsens vejledning præciseres, hvad aftaleteksten vedr. implementering kan omfatte.

#### **Styrket dokumentation og systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der udvikles dækkende, nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, som løbende monitoreres, og hvor data offentliggøres årligt. Formålet er at monitorere effekten af sundhedsaftalerne samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af samarbejdet mellem aftaleparterne og udbredelse af best practice.
- At regioner og kommuner forpligtes til som del af sundhedsaftalen at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet og de enkelte indsatsområder, bl.a. med udgangspunkt i de nationale indikatorer, og til løbende at følge op på disse, herunder regelmæssigt afrapportere til Sundhedskoordinationsudvalget om fremdriften. Målsætningerne aftales lokalt og kan variere fra kommune til kommune med henblik på at tage højde for lokale forskelle.
- At Sundhedskoordinationsudvalget som led i den systematiske opfølgning på sundhedsaftalerne en

gang årligt gennemgår sundhedsaftalen og vurderer behovet for at revidere sundhedsaftalens indhold.

### **Kommunal medfinansiering**

Der har i arbejdsgruppen været en overordnet drøftelse af den kommunale medfinansiering af regionernes sundhedsydelser, herunder af modellens virkning, jf. bilag 1. Den 1. januar 2012 trådte en ny model for kommunal medfinansiering i kraft. Arbejdsgruppen har noteret, at virkningen af den kommunale medfinansiering belyses i regi af udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet.

### **Arbejdsgruppens anbefaling vedr. kommunal medfinansiering**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At den nuværende model for kommunal medfinansiering analyseres i regi af udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet.

### **1.2.3. Øvrige temaer**

I forbindelse med arbejdsgruppens arbejde har Danske Regioner desuden fremsendt en række bidrag vedr. bl.a. misbrugsområdet og spiseforstyrrelser samt en række øvrige områder på det specialiserede socialområde. Det er aftalt, at disse temaer håndteres i underudvalget for evaluering af kommunal reformen på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet.

Det er ligeledes aftalt, at problemstillingen i forhold til misbrugere, der samtidig har en psykisk lidelse (dobbeltdiagnosticerede, som udgør ca. 1/3 af alle misbrugere) vil blive håndteret i Psykiatriudvalget.

## 2. Kommissorium for evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet

Arbejdsgruppen fik følgende kommissorium:

”På sundhedsområdet betød kommunalreformen etablering af fem regionale enheder med en større faglig bæredygtighed og med et mere entydigt fokus på sundhedsopgaven. De nye regioner og den fremtidige sygehusstruktur giver grundlaget for høj kvalitet i sygehusbehandlingen.

Regionerne har ansvaret for sygehusvæsenet, herunder den behandlende psykiatri samt praksissektoren, mens de kommunale områder bl.a. omfatter den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme og genoptræning efter udskrivning. Ansvaret for den patientrettede forebyggelse er delt mellem kommuner og regioner.

Kommunalreformen og den deraffølgende opgavefordeling mellem sygehusene, praktiserende læger og kommunerne nødvendiggør et samarbejde mellem parterne. For at understøtte dette er der etableret et lovpligtigt samarbejde mellem kommuner og regioner i form af obligatoriske, regionale sundhedsaftaler.

Inden for alle fem regioner og tilhørende kommuner er der fastlagt en struktur, der skal understøtte samarbejdet, og der er udarbejdet konkrete samarbejdsaftaler. Fokus for evalueringen er at afdække mulige snitfladeproblematikker på tværs af kommune- og regionsgrænser ift. bl.a. forebyggelse, genoptræning og det psykiatriske område.

En hovedudfordring på sundhedsområdet er at sikre et omkostningseffektivt sundhedsvæsen, der kan levere sundhedsydelser af høj kvalitet. Samtidig er det vigtigt at sikre sammenhængende patientforløb, herunder særligt håndteringen af medicinske patienter, kronikere og psykiatriske patienter. Det skal bl.a. ses i lyset af behovet for at håndtere en stor gruppe af borgere, hvis helbredsproblem kræver behandling, pleje mv., men som ikke nødvendigvis kræver behandling på sygehus.

I lyset af de udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor, er det centralt med fokus på, at potentiale ved omkostningseffektivitet og sammenhæng realiseres. Frigjorte ressourcer skal styrke den patientnære indsats.

### Fokusområder

Evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet tager udgangspunkt i en række fokusområder, hvor patienter krydser sektor- eller myndighedsgrænser.

- *Snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner ift. til den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats.* Mange patienter er i gentagen kontakt med sygehusvæsenet, samtidig med at de modtager kommunale forebyggelses- og plejetilbud o.l., og sådanne overgange kan betyde problemer for patienten. Det skal vurderes, om opgaven med at skabe sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb for bl.a. kroniske og ældre patienter løses hensigtsmæssigt, herunder om de nuværende samarbejds konstruktioner understøtter patientforløbene i tilstrækkeligt omfang. De reguleringsmæssige rammer herfor og sundhedsaftalernes funktion inddrages. I sammenhæng hermed vurderes samarbejdet med praksissektoren.

Udvalget skal bl.a. basere sig på resultater fra udvalget vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse, som indgik i aftale om kommunernes økonomi for 2012.

- *Genoptræning efter udskrivning fra sygehus*, herunder særligt om organiseringen og de nuværende incitamenter fungerer tilfredsstillende med henblik på at sikre en effektiv opgaveløsning samlet set.
- *Snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner på det psykiatriske område*. Sammenhæng i indsatsen for patienter, hvis forløb går på tværs af den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri er centralt for kvaliteten af behandlingen og omkostningseffektiviteten.

Emnet analyseres i det udvalg, som regeringen nedsætter om indsatsen for personer med psykiske sygdomme.

- *Tværregional sammenhæng og kapacitetsanvendelse*. Der foretages en vurdering af rammerne for at sikre god kapacitetsanvendelse og udbredelsen af ny teknologi i sundhedsvæsenet på tværs af regionsgrænser. Det er centralt, at der på tværs af regionsgrænser sikres en rigtig arbejdsdeling og kapacitetsanvendelse samt udbredelse og standardisering af ny teknologi, herunder vurderes det nuværende samarbejde på sundheds-it-området.

Udvalget skal bl.a. basere sig på resultater fra udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet.

Det forudsættes, at forslag til justeringer fra arbejdsgruppen holdes inden for de eksisterende økonomiske rammer.

### **Organisering og tidsplan**

Evalueringen udarbejdes af en arbejdsgruppe bestående af:

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand)
- Social- og Integrationsministeriet
- Økonomi- og Indenrigsministeriet
- Finansministeriet
- Skatteministeriet
- KL
- Danske Regioner

Evalueringen færdiggøres senest 1. oktober 2012, så den kan indgå i den samlede afrapportering fra udvalget vedr. evaluering af kommunalreformen.”

### **Oversigt over deltagere i arbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet**

I arbejdsgruppen har deltaget:

- Afdelingschef Svend Særkjær, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand)
- Kontorchef Jakob Krogh, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse



- Kontorchef Rasmus Lønborg, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Kontorchef Helle Schnedler, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Kontorchef Nanna Skovgaard, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Afdelingschef Niels Jørgen Mau Pedersen, Økonomi- og Indenrigsministeriet
- Chefkonsulent Mona Boel Østergaard, Økonomi- og Indenrigsministeriet
- Souschef Britt Bergstedt, Social- og Integrationsministeriet
- Chefkonsulent Bjørn West, Social- og Integrationsministeriet
- Kontorchef Niels Würgler Hansen, Finansministeriet
- Specialkonsulent Henrik Kjærgaard, Finansministeriet
- Fuldmægtig Pernille Tougaard, Finansministeriet
- Kontorchef Hans From, Skatteministeriet
- Fuldmægtig Thomas Peter Wendel, Skatteministeriet
- Afdelingschef Erling Friis Poulsen, KL
- Kontorchef Christian Harsløff, KL
- Direktør Lone Christiansen, Danske Regioner
- Kontorchef Janet Samuel Danske Regioner

Sekretariatsfunktionen er varetaget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse under inddragelse af relevante ministerier. Sekretariatet har været ledet af chefkonsulent Hanne Agerbak, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (frem til 15. august 2012) og chefkonsulent Lene Brøndum Jensen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (efter 15. august 2012).

### 3. Arbejdsgruppens tilgang og metode

#### **Snitflader til andre udvalg og beskrivelse af igangsatte analyser og allerede eksisterende materiale, som evalueringen bygger på**

På sundhedsområdet er der allerede igangsat en række udvalgsarbejder. Bl.a. udvalget vedrørende potentiale for forbedret kommunal forebyggelse, udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet og regeringens psykiatriudvalg.

Specifikt i forhold til psykiatriudvalget er det aftalt, at psykiatriudvalget afrapporterer til arbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet. Psykiatriudvalget kommer i denne afrapportering ikke med specifikke løsningsforslag i forhold til de identificerede problemer, men med nogle overordnede betragtninger i forhold til spørgsmålet om evt. flytning af opgaver mellem myndigheder.

Herudover har arbejdsgruppen vedrørende evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet igangsat en række analyser på de enkelte fokusområder:

Nedenfor er oplistet, de analyser, som evalueringen baserer sig på:

- *Vedrørende fokusområde 1: Snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner ift. den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats.* I regi af udvalget vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse er følgende analyser gennemført:
  - Generel kvantitativ analyse af kommunale forskelle i det somatiske sundhedsforbrug, herunder for udvalgte patientgrupper (ældre medicinske patienter, kronikere og nyfødte).
  - Kvalitativ analyse med fokus på potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt. Delbidrag hertil udført af COWI, der med udgangspunkt i 10 udvalgte kommuner bl.a. har belyst forskelle i indsats samt opgavefordeling og samarbejde mellem kommuner og regioner.

Der arbejdes videre med:

- De generelle konklusioner og fremadrettede anbefalinger for den kommunale forebyggelses- og dokumentationsindsats m.v.
- *Vedrørende fokusområde 2: Snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner i forhold til genoptræning.* I regi af arbejdsgruppen for forenkling af genoptræningsplaner er udarbejdet forslag til forenklinger af genoptræningsplanen, der kan understøtte udveksling af bedre og mere relevante informationer mellem sygehuse og kommuner samt understøtte en mere hensigtsmæssig udnyttelse af de sundhedsfaglige ressourcer på sygehusene. Arbejdsgruppen for forenkling af genoptræningsplaner blev nedsat som opfølgning på økonomiaftalen for 2012 mellem den daværende regering og Danske Regioner.

Herudover er udarbejdet:

- Analyse af inden for hvilke områder, der særligt vurderes at være udfordringer i den kommunale opgaveløsning.

- Analyse af regionale forskelle i praksis for henvisning til hhv. almen og specialiseret genoptræning.
- *Vedrørende fokusområde 3: Snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner på det psykiatriske område.* Det fremgår af kommissoriet for evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet, at emnet analyseres i det udvalg, som regeringen har nedsat om indsatsen for personer med psykiske sygdomme, jf. ovenstående.
- *Vedrørende fokusområde 4: Tværregional sammenhæng og kapacitetsanvendelse.* Der er udarbejdet en konsulentanalyse vedr. status på sundheds-it. Analysen bidrager til det samlede grundlag for vurderingen af fremdriften i realiseringen af de regionale og statslige mål og milepæle, der blev aftalt i forbindelse med ØA11 med fokus på ibrugtagning af lokale it-systemer og it-understøttelse af tværsektorielle patientforløb. Analysen er desuden input til arbejdet med ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet, der forventes aftalt som led i forhandlingerne om økonomiaftalerne for 2014. Analysen er afsluttet primo oktober 2012.

Analysen giver samtidig en midtvejsstatus på arbejdet med at udmønte mål og milepæle fastsat i sundheds-it aftalen mellem regeringen og regionerne fra juni 2010, jf. aftalen om regionernes økonomi for 2011. Analysens fokus er dermed placeret på regionernes indsats og snitflader til kommuner og almen praksis, statens understøttelse heraf samt det fælles offentlige samarbejde på området. Den fælles kommunale indsats og indsatsen internt i kommuner og hos praktiserende læger og speciallæger ligger dermed uden for denne analyse.

I forhold til kapacitetsanvendelsen skal bemærkes, at der er igangsat en analyse i udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet, der belyser mulighederne for at sikre en bedre kapacitetsanvendelse. Derfor belyses dette tema ikke i evalueringen.

### **Arbejdsproces**

Der har siden arbejdsgruppens nedsættelse været afholdt i alt 9 møder (den 23. marts, den 16. april, 9. maj, 29. maj, 18. juni 2012, 27. august 2012, 24. september 2012, 9. oktober 2012 og 24. oktober 2012).

Herudover har der i forlængelse af 2 af møderne været afholdt "gå-hjem-møder" med deltagelse af relevante interessenter på området om henholdsvis genoptræning og den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

I "gå-hjem-mødet" om genoptræning den 29. maj 2012 deltog:

- Danske Fysioterapeuter
- Danske Handicaporganisationer
- Danske Patienter
- Ergoterapeutforeningen
- Lægeforeningen
- Ældresagen.

"Gå-hjem-mødet" den 18. juni 2012 om patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats havde deltagelse af:

- Dansk Sygeplejeråd
- Danske Fysioterapeuter
- Danske Handicaporganisationer
- Danske Patienter
- FOA
- Jordemoderforeningen
- Lægeforeningen
- Ældresagen

Formålet med "gå-hjem-møderne" har været at inddrage organisationernes erfaringer og viden, herunder at få organisationernes bud på de væsentligste udfordringer på området samt forslag til løsningsmodeller med henblik på at sikre en bred afdækning af problemstillingerne.

Der henvises til afrapporteringens bilag 2 for yderligere materiale vedr. de to "gå-hjem-møder".

Endelig har arbejdsgruppen på sundhedsområdet deltaget i den fælles høring på sundhedsområdet arrangeret af hovedudvalget den 20. april 2012 om evt. udfordringer i lyset af kommunalreformen og forslag til løsningsmodeller på disse udfordringer. I denne høring deltog:

- Danske Patienter
- Det Sociale Netværk
- Lægeforeningen
- Sundhedskartellet
- Ældresagen

De synspunkter og forslag, der blev præsenteret på disse møder og høringer, har indgået i arbejdsgruppens arbejde.

#### **Arbejdsgruppens tilgang i forhold til problemidentifikation og løsningsforslag**

Med henblik på at sikre en systematisk tilgang til delanalyserne har arbejdsgruppen vedtaget en overordnet problembeskrivelse, som analysen af de enkelte fokusområder har taget udgangspunkt i. For de forskellige problemstillinger er følgende punkter derfor søgt adresseret:

- *Overordnet beskrivelse:* Hvori består problemet/problemfeltet?
- *Overgange/snitflader:* Hvor i patientforløbet opstår problemet? (fx i overgangen ml. sygehus/almen praksis eller mellem almen praksis og kommune)
- *Hvem oplever problemet?* (fx patient, ansatte, myndigheder)
- *Væsentlighedskriterium:* Hvad er omfanget af problemet? (kvantificere fx antal patienter der berøres og økonomi forbundet hermed)
- *Konsekvenser:* Hvordan opleves problemet, og hvad er konsekvenserne?
- *Årsag:* Hvad skyldes problemet?

Tilsvarende har arbejdsgruppen i forhold til analysen af løsningsforslag forholdt sig til forskellige typer af løsninger. I analyserne af løsningsforslag indgår således følgende mulige elementer:

- Flytning af opgaver mellem myndigheder
- Præcisering af ansvar og opgaver
- Nye samarbejdsmodeller og justering af samarbejdsmodeller (fx sundhedsaftaler)

- Organisering og ressourceanvendelse
- Styrket faglighed (kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer m.v.)
- Bedre anvendelse af IT
- Øget gennemsigtighed og dokumentation

Arbejdsgruppen præsenterer både en række generelle og overordnede anbefalinger til at minimere snitfladeproblemer på sundhedsområdet, herunder vedr. eksempelvis sundhedsaftaler, samt mere specifikke anbefalinger målrettet de enkelte fokusområder – patientrettet forebyggelse, genoptræning og sundheds-it.

## 4. Beskrivelse af opgaveområde og hovedtræk i udviklingen siden kommunalreformens ikrafttræden

Kommunalreformen indebar en række ændringer på sundhedsområdet. Dette afsnit indeholder en kort beskrivelse af disse ændringer, herunder en oversigt over opgavefordelingen på sundhedsområdet efter kommunalreformen (afsnit 4.1.).

Derudover indeholder afsnittet en kort beskrivelse af de overordnede udfordringer, der eksisterer på sundhedsområdet (afsnit 4.2.1) samt hvilke overordnede hensyn, der er bærende på området (afsnit 4.2.2).

Endelig indeholder afsnittet en beskrivelse af udviklingen på sundhedsområdet siden kommunalreformen, herunder udviklingen i udgiftsfordelingen (afsnit 4.3.1), udviklingen i antallet af ansatte (afsnit 4.3.2) samt en beskrivelse af sundhedsvæsenets generelle udvikling (afsnit 4.3.3.).

### 4.1. Hvilke ændringer indebar kommunalreformen på sundhedsområdet

Kommunalreformen betød en omstrukturering og en ny opgavefordeling i sundhedsvæsenet. Der blev etableret fem regionale enheder med en større faglig bæredygtighed og med et mere entydigt fokus på sundhedsområdet. Regionerne har ansvaret for sygehusvæsenet, herunder den behandlende psykiatri, samt praksissektoren.

Derudover varetager regioner og kommuner i fællesskab den patientrettede forebyggelse.

Kommunalreformen indebar også en styrket rolle for kommunerne på sundhedsområdet. En række opgaver, herunder genoptræning efter udskrivning fra sygehus, borgerrettet forebyggelse, misbrugsbehandling og socialpsykiatri, blev således flyttet fra de tidligere amter til de nye og større kommuner. På genoptræningsområdet fik kommunerne myndighedsansvaret for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Selve driftsansvaret er imidlertid delt mellem kommuner og regioner. Kommunerne har til opgave at udføre den almindelige ambulante genoptræning, mens regionerne har til opgave at udføre den specialiserede ambulante genoptræning.

Formålet var generelt at understøtte en udvikling, hvor den specialiserede sygdomsbehandling samles på færre og mere bæredygtige enheder. Og hvor sundhedsopgaverne vedr. forebyggelse og sundhedsfremme, genoptræning, opfølgning og pleje især løses i det primære sundhedsvæsen, dvs. i kommunerne, i sammenhæng med de velfærdsopgaver, som kommunerne med kommunalreformen generelt fik et mere samlet ansvar for, samt i praksissektoren.

Nedenstående oversigt viser opgavefordelingen på sundhedsområdet efter kommunalreformen.

**Boks 4.1.****Opgavefordelingen på sundhedsområdet efter kommunalformen**

| <b>Staten</b>  | <b>Regionerne</b>   | <b>Kommunerne</b>  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lovgivningsmæssige rammer</li> <li>• Specialeplanlægning</li> <li>• Øvrig sundhedsfaglig vejledning og regulering, fx dataformidling</li> <li>• Regulering på medicinområdet og apotekersektoren</li> <li>• De økonomiske rammer</li> </ul> | <p>Sygehusvæsen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatisk behandling</li> <li>• Psykiatrisk behandling</li> <li>• Sygehusmedicin</li> <li>• Præhospital indsats</li> <li>• Specialiseret genoptræning (kommunalt myndighedsansvar)</li> <li>• Patientrettet forebyggelse (delt med kommunerne)</li> <li>• Rådgivning ift. kommunernes forebyggelsesindsats</li> <li>• Forskning og uddannelse</li> </ul> <p>Praksisområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktiserende læger</li> <li>• Praktiserende speciallæger</li> <li>• Andre privatpraktiserende sundhedspersoner</li> <li>• Sygesikringsmedicin</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genoptræning efter indlæggelse</li> <li>• Borgerrettet forebyggelse</li> <li>• Patientrettet forebyggelse (delt med regionerne)</li> <li>• Misbrugsbehandling</li> <li>• Hjemmesygepleje</li> <li>• Sundhedspleje</li> <li>• Socialpsykiatri</li> <li>• Børnetandpleje og omsorgstandpleje</li> </ul> |

Som en del af det ændrede finansieringssystem blev der samtidig indført kommunal medfinansiering af regionernes sundhedsydelser. Formålet var at give kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats. Den 1. januar 2012 trådte en ny model for kommunal medfinansiering i kraft. I den nye model er grundbidraget afskaffet, sådan er kommunernes medfinansiering er fuldt ud aktivitetsbaseret. Der henvises til bilag 1 for en nærmere beskrivelse og vurdering heraf.

For at styrke samarbejdet på tværs blev det som en del af sundhedsloven fastlagt, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskordinationsudvalg. Det blev samtidig fastlagt, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen i hver valgperiode skal indgå aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet, såkaldte sundhedsaftaler, som skal indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

Med det formål at styrke kvaliteten, effektivitet og den faglige udvikling i sundhedsvæsenet blev også de centrale sundhedsmyndigheder og specialeplanlægningen styrket med kommunalreformen. Sundhedsstyrelsen fik som en del af sundhedsloven øgede beføjelser i forhold til specialeplanlægningen, herunder til at fastsætte krav og godkende placeringen af de regionale og de højt specialiserede funktioner på regionale og private sygehuse.

## **4.2. Sundhedsvæsenets udfordringer og overordnede hensyn på sundhedsområdet**

### **4.2.1. Udfordringer på sundhedsområdet**

Sundhedsvæsenet står overfor en række generelle udfordringer i form af den demografiske udvikling, ændret sygdomsbillede, ny medicin og behandlingsmetoder m.v., som indebærer en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser. Dette skal ses i sammenhæng med den generelle makroøkonomiske

situation og de fremadrettede snævre grænser for væksten i den offentlige sektor. Styring af sundhedsvæsenets udgifter er derfor en af velfærds-samfundets største udfordringer.

Den medicinsk-teknologiske udvikling betyder, at antallet af sygdomme, der kan behandles, øges, samt at der i dag kan behandles personer, som ikke tidligere kunne behandles. Tilsvarende bliver ny patenteret medicin bedre og mere effektiv, men ofte til en højere pris end den medicin, der allerede er på markedet. Den medicinsk-teknologiske udvikling indebærer derfor en løbende udfordring i forhold til at sikre en effektiv prioritering og implementering af nye behandlingsmuligheder.

Den demografiske udvikling med flere ældre og det stigende antal patienter med en eller flere kroniske lidelser er ligeledes en grundlæggende udfordring på sundhedsområdet. Som følge af den demografiske udvikling forventes andelen af befolkningen, som er 65 år eller derover, at stige fra 17 pct. i 2012 til 21 pct. i 2020 og til mere end 24 pct. i 2030.

Omkring 1 mio. danskere eller knap en fjerdedel af den voksne danske befolkning lider af en eller flere af fire udvalgte kroniske sygdomme (diabetes, knogleskørhed og leddegigt, hjertekarsygdomme og kroniske lungesygdomme)<sup>2</sup>. Omkring 25 pct. af alle personer med kronisk sygdom har to eller flere samtidige kroniske sygdomme.

Kroniske og ældre medicinske patienter er de patientgrupper, der trækker langt mest på de regionale sundhedsudgifter. Samlet set udgør sundhedsudgifter til personer med kronisk sygdom omkring 31 mia. kr., hvilket svarer til næsten halvdelen af de samlede sundhedsudgifter til den voksne befolkning.

Det stigende antal ældre og det stigende antal patienter med kroniske lidelser vil derfor i sig selv indebære en iboende opdrift i sundhedsudgifterne, der skal tages højde for i organiseringen af sundhedsvæsenet. Udviklingen indebærer samtidig et stigende krav om koordination på tværs af sektorgrænser, da patienter med kroniske lidelser og ældre medicinske patienter er de patientgrupper, der oftest håndteres på tværs af myndighedsgrænser og har brug for indsatser i både sygehusvæsen, almen praksis og kommunalt regi.

Den grundlæggende udfordring på sundhedsområdet er således at styre udgiftsudviklingen samtidig med, at der sker en fortsat udvikling i retning af fortsat øget kvalitet og bedre sammenhæng i forløbene for patienterne.

#### **4.2.2. Overordnede hensyn på sundhedsområdet**

I Strukturkommissionens betænkning, som lå til grund for kommunalreformen, indgik følgende overordnede hensyn og kriterier i vurderingen af de forskellige modeller for indretningen af den offentlige sektor:

- Borgernes indflydelse og demokratisk kontrol
- Borgernes stilling som bruger
- Effektivitet og faglig bæredygtighed
- Koordinering og styring, herunder klarhed i ansvarsfordelingen.

---

<sup>2</sup> Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen desuden inkluderer personer med udvalgte kroniske psykiske sygdomme i deres opgørelse af antallet af personer med kronisk sygdom (Monitorering af kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2011). Inkluderes psykiske sygdomme lider ca. 1.3 mio. personer af en kronisk sygdom pr. ultimo 2010.



Det er et grundlæggende hensyn på sundhedsområdet, at der skal være høj kvalitet, faglighed og sammenhæng i tilbuddene. Tilsvarende tilstræbes høj grad af ensartethed i tilbuddene.

Dette stiller krav om faglig bæredygtighed i opgaveløsningen, dvs. det rette patientgrundlag skal være til stede for at sikre det nødvendige grundlag for at kunne tilbyde de rette faglige kompetencer. Behovene for specialisering på sundhedsområdet betyder, at kravene til faglig bæredygtighed alt andet lige er større på sundhedsområdet end på de øvrige velfærdsområder. Dette var også rationale bag oprettelsen af de fem regioner med sundhedsområdet som deres primære ansvarsområde.

Kravene til faglig bæredygtighed og faglig ensartethed stiger som udgangspunkt med specialiseringsniveau. Højt specialiseret behandling foregår på få enheder, der understøtter den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling m.v., jf. specialeplanlægningen. Det indebærer ligeledes, at opgaver, der ikke kræver højt specialiseret indsats, løses på et mindre specialiseret niveau.

Der er både i kommuner og regioner bred opbakning til, at faglig evidens og overordnede retningslinjer for patientforløb bør være et overordnet hensyn i organiseringen af sundhedsvæsenet<sup>3</sup>.

Det indebærer, at når der er evidens for, at bestemte måder at løse opgaver på giver den bedste effekt, bør der ske en bred implementering og standardisering af ydelserne på tværs af landet.

Det er et grundlæggende princip i sundhedsvæsenet, at sundhedstilbud altid skal gennemføres på det Laveste Effektive Omsorgs Niveau (LEON-princippet). Sundhedstilbuddene skal således udføres på det niveau, som betyder, at vi får mest mulig sundhed for pengene. Det er derfor vigtigt, at finansierings- og incitamentsstrukturen i sundhedsvæsenet understøtter en omkostningseffektiv ressourceanvendelse, herunder at opgaverne løses på det mest omkostningseffektive niveau.

Regeringen har nedsat et udvalg for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet, der skal analysere strukturerne og incitamenterne i sundhedsvæsenet. Udvalget har bl.a. til opgave at vurdere behovet for at justere incitamentsstrukturen, så den i øget omfang understøtter sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb. Udvalget afrapporterer i foråret 2013.

Patientinddragelse er et andet grundlæggende princip for indsatsen på sundhedsområdet. I det omfang det er muligt, bør man som patient tage aktivt del i sin egen sundhed og behandling. Behandling skal derfor i stigende grad anvende og understøtte patienternes egne ressourcer. Hermed kan den enkelte patients evne til egenomsorg eller mestring styrkes med henblik på at gøre patienterne så selvhjulpne som muligt.

Det er samtidig vigtigt, at der er lighed i pleje og behandling for alle borgere.

Arbejdsgruppen vil i sine vurderinger og anbefalinger inddrage disse overordnede hensyn.

---

<sup>3</sup> Jf. bl.a. de to sundhedspolitiske udspil - Det nære sundhedsvæsen, KL 2012, og Det hele sundhedsvæsen – regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen, Danske Regioner 2012

### 4.3. Udviklingen på sundhedsområdet siden kommunalreformen

I dette afsnit beskrives den generelle udvikling på sundhedsområdet siden kommunalreformen.

#### 4.3.1. Udgiftsfordelingen på sundhedsområdet

I 2007 udgjorde det samlede offentlige forbrug på sundhedsområdet ca. 132 mia. kr., fordelt på ca. 100 mia. kr. i regionerne, 31 mia. kr. i kommunerne og ca. 1,5 mia. kr. i staten. Denne fordeling er omtrentlig fastholdt i perioden frem til 2011. I 2011 udgjorde det regionale forbrug således 105 mia. kr., det kommunale forbrug ca. 33 mia. kr. og det statslige forbrug på sundhedsområdet knapt 1,5 mia. kr., jf. tabel 4.1. Det skal bemærkes, at det kommunale forbrug også omfatter personlig pleje.

**Tabel 4.1.**

#### Offentligt forbrug på sundhedsområdet fordelt på sektorer. (12-pl)

|  | 2007         | 2008         | 2009         | 2010         | 2011         |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Stat   | 1,2          | 1,1          | 1,2          | 1,5          | 1,3          |
| Region (Amt)                                   | 100,5        | 103,8        | 107,7        | 106,5        | 105,6        |
| Kommune  | 30,6         | 31,1         | 32,8         | 33,2         | 32,9         |
| <b>Total</b>                                   | <b>132,3</b> | <b>135,9</b> | <b>141,7</b> | <b>141,1</b> | <b>139,8</b> |
| <b>Regioner</b>                                | <b>2007</b>  | <b>2008</b>  | <b>2009</b>  | <b>2010</b>  | <b>2011</b>  |
| Medicinske produkter, apparater og udstyr      | 9,0          | 8,7          | 8,3          | 7,8          | 7,2          |
| Ambulant behandling                            | 14,1         | 14,5         | 14,5         | 14,5         | 14,7         |
| Hospitals tjenester                            | 74,5         | 77,8         | 82,1         | 81,6         | 81,1         |
| Forskning og udvikling inden for sundhedsvæsen | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0          |
| Sundhedsvæsen mv.                              | 2,9          | 2,7          | 2,8          | 2,6          | 2,6          |
| <b>I alt</b>                                   | <b>100,5</b> | <b>103,8</b> | <b>107,7</b> | <b>106,5</b> | <b>105,6</b> |
| <b>Kommuner</b>                                |              |              |              |              |              |
| Medicinske produkter, apparater og udstyr      | 0,8          | 0,8          | 0,8          | 0,9          | 0,9          |
| Ambulant behandling                            | 7,9          | 8,0          | 9,0          | 9,1          | 9,2          |
| Hospitals tjenester                            | 21,8         | 22,0         | 22,7         | 23,0         | 22,6         |
| Forskning og udvikling inden for sundhedsvæsen | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0          |
| Sundhedsvæsen mv.                              | 0,2          | 0,2          | 0,2          | 0,2          | 0,2          |
| <b>I alt</b>                                   | <b>30,6</b>  | <b>31,1</b>  | <b>32,8</b>  | <b>33,2</b>  | <b>32,9</b>  |

Kilde: Danmarks Statistik

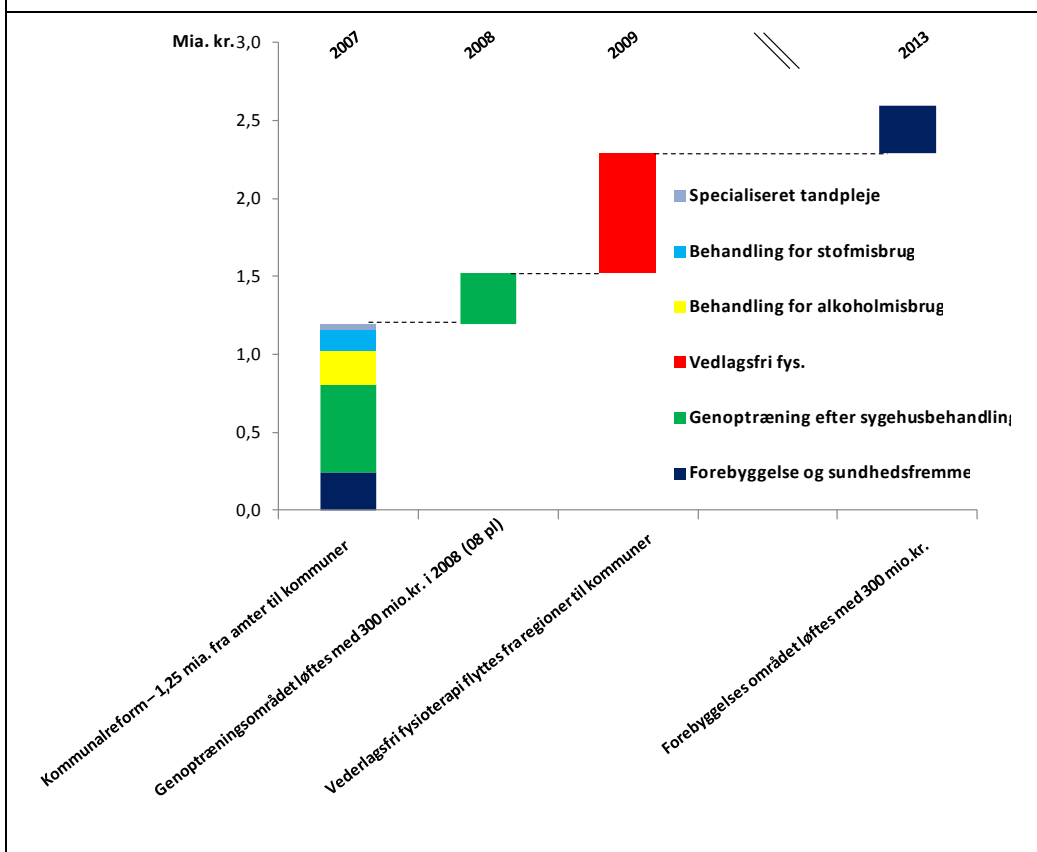
Anm: Ambulant behandling og hospitals tjenester i den kommunale sektor omfatter bl.a. ældrepleje, hjemmesygepleje, tandpleje, samt de sundhedsopgaver som kommunerne fik i forbindelse med kommunalreformen. Afgrænsningen af sundhedsopgaver svarer til Danmarks Statistiks afgrænsning af sundhedsområdet og dermed i overensstemmelse med internationale statistikkonventioner.

Kommunerne fik med kommunalreformen en større rolle på sundhedsområdet, jf. ovenstående.

Samlet overtog kommunerne opgaver svarende til ca. 1,2 mia. kr. (12-pl) hvor genoptræningsområdet udgjorde den største andel på knapt 600 mio. kr. Hertil kommer den kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelser. Kommunernes samlede udgifter til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen udgjorde i 2010 ca. 11,1 mia. kr. eller godt 2.000 kr. pr. indbygger<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Kilde: eSundhed.

Figur 4.1. Udvikling i de tidligere amtslige sundhedsopgaver 2007-2013



I årene fra 2007 til 2013 er der sket en betydelig udbygning af de opgaver som kommunerne overtog fra amterne.

Tabel 4.2.

**Oversigt over løft og ændringer i kommunale "ny" sundhedsopgaver 2007-2013**

|  | Serviceløft | Opgaveændring |
|--|-------------|---------------|
| Løft af genoptræningen i 2008                  | 327 mio.kr. |               |
| Opgaveflytning af vedlagsfrie fysioterapi 2009 |             | 800 mio.kr.   |
| Løft af forebyggelsesområdet i 2013            | 300 mio.kr. |               |
| I alt i perioden 2007-2013                     | 637 mio.kr. | 800 mio.kr.   |

Samlet betyder det, at kommunerne i 2013 varetager tidligere amtslige (regionale) opgaver for et beløb på 2,6 mia. kr., hvilket er 1,4 mia. kr. mere end i 2007. Det skyldes dels opgaveændring, idet den vederlagsfrie fysioterapi i 2009 blev overflyttet fra regionerne til kommunerne, dels serviceløft på bl.a. genoptræningsområdet, jf. figur 4.1. og tabel 4.2.

**Udviklingen i antallet af færdigbehandlede patienter**

I henhold til Sundhedslovens § 238 opkræver bopælsregionen af bopælskommunen betaling pr. senge-dag for sygehusbehandling efter sundhedslovens afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra komm u-

nen. Siden 2007 har regionerne haft pligt til at opkræve en dagstakst for færdigbehandlede patienter. Problematikken vedrørende de færdigbehandlede patienter handler om, at nogle borgere ikke er i stand til at klare sig selv i eget hjem, når sygehuset har afsluttet behandling. I disse tilfælde er det den enkelte borgers bopælskommune, der har til opgave at træde til og sikre, at borgeren kan udskrives fra sygehuset. Indtil det sker, må borgeren forblive indlagt på sygehuset. I langt de fleste tilfælde drejer det sig om ældre medicinske patienter eller personer med psykisk sygdom, som er for svækkede og medtagede til at klare sig selv. Nedenstående tabel viser, at der siden 2008 generelt har været et fald i antallet af færdigbehandlede patienter indlagt på sygehus.

**Tabel 4.3.**  
**Gennemsnitligt antal færdigbehandlede i perioden 2007-2011, fordelt på somatik og psykiatri**

|                  |      | 2007         | 2008         | 2009         | 2010         | 2011         |
|------------------|------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Somatik</b>   | Alle | 190,0        | 262,5        | 160,0        | 122,3        | 106,4        |
|                  | 65+  | 163,3        | 223,9        | 129,1        | 101,3        | 85,5         |
| <b>Psykiatri</b> | Alle | 145,4        | 144,5        | 141,1        | 109,7        | 81,3         |
|                  | 65+  | 28,0         | 33,0         | 22,7         | 15,7         | 9,3          |
| <b>I alt</b>     |      | <b>335,4</b> | <b>407,0</b> | <b>301,1</b> | <b>232,0</b> | <b>187,7</b> |

Kilde: Anm: Gennemsnittet er beregnet, som det samlede antal sengedage blandt færdigbehandlede patienter divideret med 365 dage. Kilde: SSI

#### 4.3.2. Udviklingen i antallet af ansatte i sundhedsvæsenet

Nedenstående tabel viser antallet af ansatte i sundhedsvæsenet. Samlet set har der været en stigning i antallet af sundhedspersonale ansat i kommuner, regioner og stat i perioden 2001-2010. Antallet af læger er steget med godt 2.000 ansatte, og denne stigning har primært fundet sted i regionerne. Antallet af sygeplejersker er over perioden forholdsvis stabil, dog med et mindre fald i kommunerne og en mindre stigning i regionerne. Den største stigning ses i antallet af andet sundhedsfagligt personale, der er steget med knap 15.000 personer, hvoraf den største stigning blandt disse findes i kommunerne.

**Tabel 4.4.**  
**Udviklingen i antallet af ansatte i sundhedsvæsenet**

| Hele landet , antal             | 2001           | 2003           | 2005           | 2007           | 2008           | 2009           | 2010           |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Læger                           | 10.101         | 10.589         | 10.793         | 11.636         | 11.655         | 12.100         | 12.163         |
| Sygeplejersker                  | 46.196         | 45.995         | 45.227         | 45.645         | 44.796         | 45.797         | 46.558         |
| Andet sundhedsfagligt personale | 90.880         | 93.784         | 94.225         | 97.804         | 98.110         | 102.526        | 104.044        |
| Andet                           | 5.566          | 6.035          | 6.438          | 6.907          | 6.997          | 7.223          | 7.709          |
| <b>I alt</b>                    | <b>152.743</b> | <b>156.402</b> | <b>156.684</b> | <b>161.992</b> | <b>161.558</b> | <b>167.646</b> | <b>170.475</b> |
| Kommuner                        | 2001           | 2003           | 2005           | 2007           | 2008           | 2009           | 2010           |
| Læger                           | 213            | 228            | 245            | 256            | 244            | 211            | 214            |
| Sygeplejersker                  | 13.446         | 12.759         | 12.758         | 12.314         | 12.041         | 12.465         | 12.367         |
| Andet sundhedsfagligt personale | 62.366         | 64.285         | 66.155         | 69.238         | 73.371         | 76.101         | 77.530         |
| Andet                           | 1.246          | 1.281          | 1.458          | 1.476          | 1.831          | 1.870          | 2.024          |
| <b>I alt</b>                    | <b>77.270</b>  | <b>78.554</b>  | <b>80.615</b>  | <b>83.285</b>  | <b>87.487</b>  | <b>90.646</b>  | <b>92.134</b>  |
| Regioner/Amter                  | 2001           | 2003           | 2005           | 2007           | 2008           | 2009           | 2010           |
| Læger                           | 9.850          | 10.330         | 10.521         | 11.353         | 11.378         | 11.860         | 11.917         |
| Sygeplejersker                  | 32.588         | 33.115         | 32.405         | 33.275         | 32.709         | 33.286         | 34.141         |
| Andet sundhedsfagligt personale | 28.381         | 29.398         | 27.992         | 28.492         | 24.647         | 26.341         | 26.422         |
| Andet                           | 4.294          | 4.735          | 4.952          | 5.402          | 5.133          | 5.335          | 5.657          |
| <b>I alt</b>                    | <b>75.112</b>  | <b>77.578</b>  | <b>75.869</b>  | <b>78.522</b>  | <b>73.868</b>  | <b>76.822</b>  | <b>78.137</b>  |
| Stat                            | 2001           | 2003           | 2005           | 2007           | 2008           | 2009           | 2010           |
| Læger                           | 38             | 30             | 28             | 27             | 33             | 29             | 33             |
| Sygeplejersker                  | 163            | 121            | 65             | 56             | 46             | 46             | 51             |
| Andet sundhedsfagligt personale | 134            | 101            | 79             | 73             | 91             | 84             | 92             |
| Andet                           | 26             | 19             | 28             | 29             | 33             | 18             | 28             |
| <b>I alt</b>                    | <b>361</b>     | <b>270</b>     | <b>199</b>     | <b>185</b>     | <b>203</b>     | <b>178</b>     | <b>204</b>     |

Anm: Andet sundhedsfagligt personale inkluderer sundhedsfagligt personale med lange videregående uddannelser (fx tandlæger og farmaceuter), sundhedsfagligt personale med mellemlange videregående uddannelser (fx fodterapeuter og og farmakonomet) samt

---

sundhedsfagligt personale med korte videregående uddannelser (fx plejehjemsassistenter og social- og sundhedsassistenter). Det bemærkes, at en del af det sundhedsfaglige personale i kommunerne er hjemmepleje mv., der udfører opgaver i henhold til serviceloven. Kilde: Danmarks Statistik, samt egne beregninger

### **4.3.3. Sundhedsvæsenets generelle udvikling siden kommunalreformen**

I forlængelse af kommunalreformen gennemføres i disse år en gennemgribende omlægning af det danske sundhedsvæsen.

Den specialiserede behandling og den akutte behandling samles på færre enheder, og der etableres nye fælles akutmodtagelser. Som led i denne proces bevæger vi os fra en sygehusstruktur med i størrelsesordenen 40 skadestuer til en struktur med 21 akutsygehuse, når den nye sygehusstruktur er fuldt implementeret, jf. figur 4.2. En omstilling, som understøttes af en samlet investering i nye sygehusbygninger på mere end 40 mia. kr.

Der sker ligeledes en fortsat udvikling af bl.a. den præhospitale indsats, de kommunale forebyggelsestilbud og det tværsektorielle samarbejde, ligesom der løbende arbejdes med at styrke kvalitetsindsatsen i sundhedsvæsenet.

Dette afsnit indeholder en kort beskrivelse af sundhedsvæsenets generelle udvikling siden kommunalreformen.

#### **4.3.3.1. Specialeplanlægning**

Med sundhedsloven fik Sundhedsstyrelsen øgede beføjelser i forhold til specialeplanlægningen, hvilket har sat rammerne for den hidtil største omlægning og samling af den specialiserede behandling på sygehuse i Danmark.

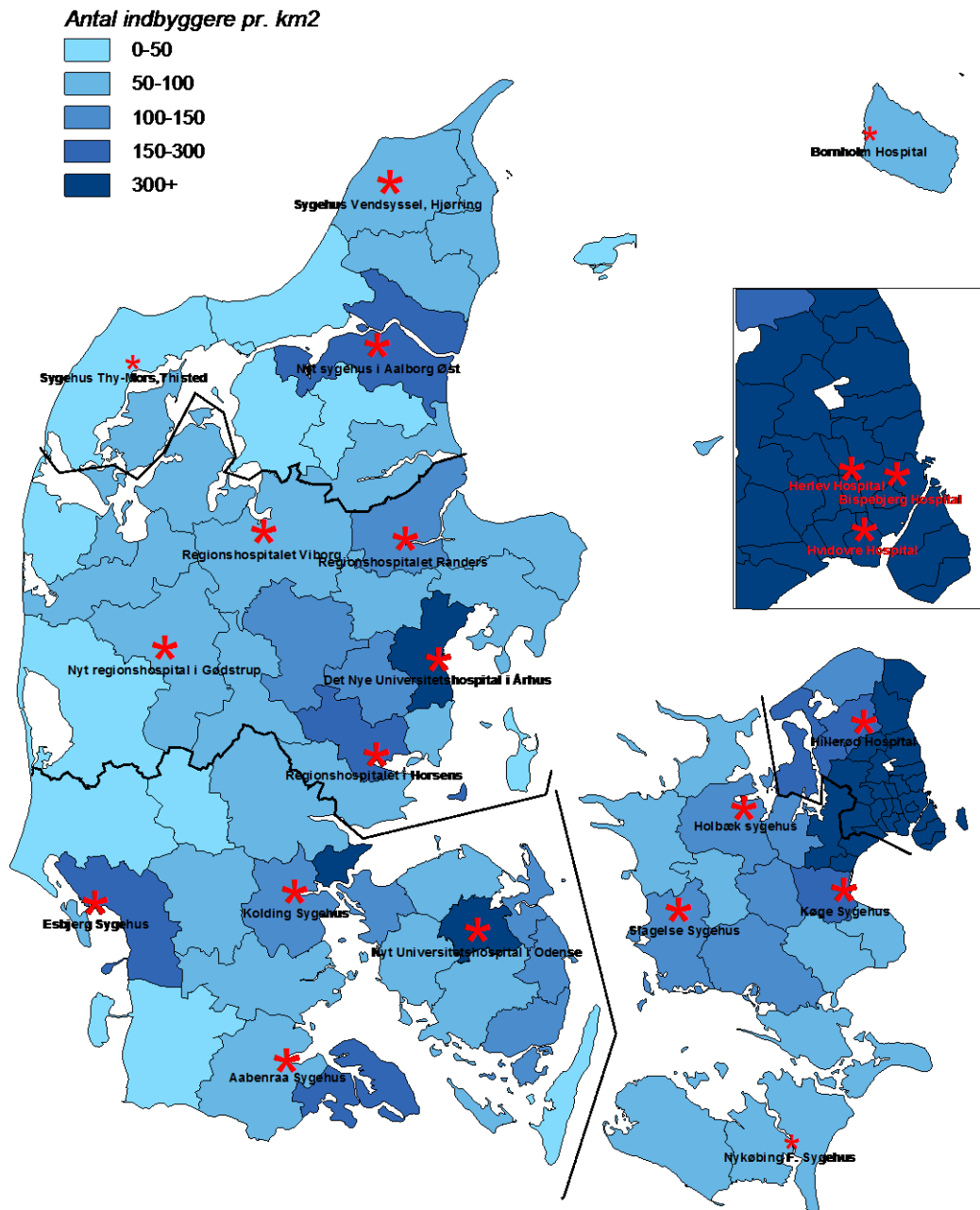
Fra 2007 til 2010 har Sundhedsstyrelsen gennemført en omfattende specialeplanlægning, hvor Sundhedsstyrelsen har gennemgået de forskellige specialer for at opstille kravene til specialfunktioner i det pågældende speciale. På baggrund af ansøgninger fra regionerne og private sygehuse/klinikker har Sundhedsstyrelsen fastsat, hvilke sygehuse i landet, der kan varetage specialfunktioner.

Sundhedsstyrelsens nye specialeplan trådte i kraft 1. januar 2011 og betyder, at specialfunktioner herefter kun kan varetages på sygehuse, der er godkendt hertil af Sundhedsstyrelsen. Den specialiserede behandling udgør ca. 10 pct. af den samlede sygehusbehandling.

I henhold til sundhedsloven skal regionsrådet og vedkommende private sygehuse årligt afgive en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de fastsatte krav på afdelinger med regions- eller højt specialiserede funktioner.

Mulighederne for diagnostik og behandling udvikler sig løbende, og det gør organiseringen af sundhedsvæsenet også. Sundhedsstyrelsen planlægger derfor at revidere specialevejledningerne hvert tredje år. Eventuelle nødvendige justeringer gennemføres dog løbende.

Figur 4.2. De fremtidige akutsygehuse



#### **4.3.3.2. Etablering af fælles akutmodtagelser**

Som led i den nye sygehusstruktur etablerer regionerne i disse år nye fælles akutmodtagelser. Hensigten er at højne kvaliteten i den akutte behandling, herunder sikre at de akutte patienter mødes med de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer og specialiseret udstyr.

Som del af økonomiaftalen for 2013 er regeringen og Danske Regioner desuden enige om frem mod foråret 2014 gradvist at indføre visiteret adgang til landets fælles akutmodtagelser.

De fælles akutmodtagelser skal modtage alle akutsyge patienter. Hovedparten af patienterne vil blive afsluttet i akutmodtagelsen uden egentlig indlæggelse efter triage, udredning og evt. behandling. Patienterne kan dog også tilbydes en kort indlæggelse på selve akutmodtagelsen eller kan overføres til en sengeafdeling, ambulantly behandling eller anden form for opfølgning på sygehuset eller i almen praksis, hvis det er nødvendigt.

Implementeringen af de fælles akutmodtagelser indebærer, at den diagnostiske og behandlingsmæssige "tyngde" for de akutte patienter flyttes fra de klassiske specialeopdelte afdelinger til den akutte afdeling/modtagelse, samt at patienter i stigende grad bliver behandlet og diagnosticeret uden indlæggelse.

Der er derfor tale om en ny organisatorisk enhed, der skal samarbejde og dele viden med kommunerne om patienterne ved udskrivelse. Det gælder i særlig grad for patienter, der er visiteret til kommunal hjælp i form af hjemmehjælp/hjemmesygepleje og i forhold til behov for genoptræning, opfølgning, ny medicin mv.

Det er samtidig vigtigt, at kommuner og almen praksis er gearret til at håndtere, at flere kun kortvarigt er i kontakt med sygehuset, og at patienter ikke bliver indlagt eller bliver meget hurtigt udskrevet, herunder kan der være behov for lokale tilbud til at håndtere de borgere, som tidligere ville blive indlagt.

#### **4.3.3.3. Styrkelse af den præhospital indsats**

En fremtidig struktur med 21 akutsygehuse stiller nye krav til den præhospital indsats. Regionerne har derfor udbygget den præhospital indsats og deres akutberedskab over de seneste år, således at det er tilpasset den konkrete sygehusstruktur og de geografiske, afstandsmæssige og befolkningsmæssige forhold i de enkelte dele af landet. Der er ligeledes igangsat to forsøgsordninger med akutlægehelikoptere. Regionerne har også etableret egne AMK<sup>5</sup>-vagtcentraler med sundhedsfagligt personale og indført sundhedsfaglig visitation og rådgivning i forbindelse med opkald til 112.

Herudover er der fra statslig side i flere omgange afsat midler til at styrke akutområdet. Bl.a. vil der i forbindelse med finanslovforhandlingerne i efteråret 2012 blive taget stilling en eventuel varig helikopterordning i Danmark.

#### **4.3.3.4. Etablering af diagnostiske enheder**

I alle regioner er der taget forskellige organisatoriske tiltag til at understøtte hurtig diagnostik i samarbejde med almen praksis. Flere steder er indsatsen organiseret i såkaldte diagnostiske enheder. Fælles for tiltagene er, at udredningen af patienter med uklare symptomer sker i tværfaglige teams, som samler diagnostik på tværs af forskellige lægelige specialer. Det betyder, at patienterne kan få hurtige og

---

<sup>5</sup> Akut Medicinsk Koordination.

sammenhængende ambulante udredningsforløb uden indlæggelse, og at lægerne har let adgang til hinandens råd på tværs af specialer. Enhederne er tilrettelagt som ambulante eller daghospitals tilbud.

Der er særligt fokus på behovet for hurtig udredning af patienter med uafklarede og komplicerede symptomer og tilstande, hvor der kan være mistanke om alvorlig sygdom. Med indførelsen af retten til hurtig udredning vil de diagnostiske enheder også rette sig mod den store gruppe af ikke-akutte/elektive patienter.

De diagnostiske enheder betyder, at patienter, der før ville blive indlagt til diagnosticering eller komme i flere forskellige ambulatorier, kan blive behandlet samme sted. Det har bl.a. betydning for samarbejdet med kommunerne for de patienter, der også indgår i det kommunale plejeregion.

#### **4.3.3.5. Udbygning af de nære sundhedstilbud**

Siden kommunalreformens ikrafttræden er der sket en løbende udvikling og styrkelse af de nære sundhedstilbud. De nære sundhedstilbud omfatter kommunale og regionale sundhedstilbud, herunder praksis-sektoren, som findes i patientens nære omgivelser eller i patientens eget hjem.

Kommunerne har udarbejdet sundhedspolitikker for indsatsen på sundhedsområdet og løbende udbygget indsatsen, jf. figur 4.2. Senest er der med økonomiaftalen for 2013 afsat 300 mio. kr. årligt til kommunernes arbejde med forebyggelse og hverdagsrehabilitering for ældre samt kommunernes indsats over for mennesker med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen har også igangsat udviklingen af forebyggelsespakker, som skal hjælpe kommunerne med at prioritere forebyggelsesindsatser, der virker, samt understøtte en mere ensartet kvalitet på tværs af kommunerne.

Der er sket en udbygning på genoptræningsområdet, herunder har der siden kommunalreformen været en markant vækst i såvel antallet af genoptræningsplaner som i antallet af genoptræningsydelse.

Derudover pågår der i kommunerne et løbende udviklingsarbejde med at opkvalificere rehabiliteringsindsatsen – både indenfor de mere traditionelle sundhedsområder, men også i forhold til at koble sundhedstankegangen med andre kommunale ydelser, herunder på arbejdsmarkedsområdet.

Den kommunale hjemmesygepleje ydes til patienter i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet. Udviklingen i sundhedsvæsenet stiller generelt nye krav til den kommunale hjemmesygepleje og indebærer, at hjemmesygeplejen i øget omfang skal løse komplekse sundhedsopgaver i et tæt samspil med sygehuse og almen praksis.

Kommunerne har etableret forskellige typer af akutte plejeindsatser, der skal bidrage til forebygge indlæggelser og genindlæggelser og hjemtage færdigbehandlede patienter – både i form af akutpladser, midlertidige pladser m.v., der leveres på en særlig kommunal enhed, og i form af udkørende teams i patientens eget hjem eller plejebolig. En undersøgelse fra 2010 viser, at 41 % af kommunerne havde etableret akuttilbud, omsorgs-tryghedspladser m.v.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Fremtidens hjemmesygepleje, KL og Sundhedshartellet, 2010.



**Boks 4.3.****Udbredelse af kommunale patientrettede forebyggelsestilbud**

- 96 % af kommunerne har i dag forebyggelsestilbud til KOL-patienter mod 80 % i 2010.
- 85 % har forebyggelsestilbud til borgere med type 2-diabetes mod 68 % i 2010.
- 67 % har forebyggelsestilbud til borgeren med hjerte-kar-sygdom mod 54 % i 2010.
- En mindre del af kommunerne (13-32 %) har også etableret tilbud til borgere med kræft, muskel-skelet-sygdom og lettere psykiske lidelser, og mange har planer om det.
- Knap 62 % af kommunerne har forebyggelsestilbud til både KOL-patienter, diabetespatienter og hjerte-kar-patienter.
- Godt 11.000 borgere, svarende til 123 borgere pr. kommune, har været igennem et tilbud for enten type-2-diabetes, hjerte-kar-sygdom eller KOL.
- I 25 % af kommunerne er der mindre end 44 borgere, der har været igennem et tilbud.

Kilde: Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011, Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, november 2011.

Generelt har kommunerne siden kommunalreformen igangsat en lang række forebyggelsesaktiviteter – både i forhold til den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse, jf. ovenstående boks. Der er ligeledes udarbejdet patientuddannelsesstilbud.

Regionerne har udarbejdet forløbsprogrammer for patienter med kronisk sygdom, som også omfatter indsatsen i kommunerne og almen praksis. Der er i alle regioner udarbejdet forløbsprogrammer for type 2 diabetes, KOL og hjerte-karsygdom, jf. afsnit 5.2.3. For at understøtte dette blev der i 2010 fra statslig side udmøntet over ½ mia. kr. til etablering af tværfaglige og tværsektorielle forløbsprogrammer for kronisk sygdom og til etablering af egenomsorgs- og egenbehandlingsprogrammer.

Der arbejdes løbende på at styrke dokumentationsindsatsen på det kommunale område - fx via centrale datakilder som KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

Regionerne har udarbejdet sundhedsprofiler, som kortlægger befolkningens sundhedstilstand i et lokal-område. Formålet er at udbygge og sikre et fælles grundlag for den kommunale og regionale indsats på sundhedsområdet. Profilerne bruges bl.a. som dialogredskab omkring særlige fokusområder i sundhedsaftalerne, herunder ulighed i sundhed, børn og unge, rygning og kronisk sygdom.

Der er udarbejdet en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, som indeholder en række initiativer til bl.a. at forebygge genindlæggelser og sikre sammenhæng i patientforløbene, herunder er afsat 97,4 mio. kr. til fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter, jf. boks 4.4.

**Boks 4.4.****National handlingsplan for den ældre medicinske patient**

I Aftale om satspuljen for 2012-2015 blev regeringen og satspuljepartierne enige om at afsætte en overordnet ramme på 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient blev offentliggjort i december 2011 og består af 11 konkrete initiativer, der skal bidrage til at forebygge genindlæggelser, sikre sammenhæng i patientforløbet og en systematisk medicinafstemning:

1. Styrkelse af rational farmakoterapi i regionerne (lægemiddelenhed) – 15 mio. kr.
2. Supplerende elektronisk beslutningsstøtte til det fælles medicinkort – 12 mio. kr.
3. Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning – 45 mio. kr.
4. Lægers overblik over lokale subakutte/akutte kommunale tilbud
5. Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud – 20 mio. kr.
6. Idékatalog om subakutte/akutte tilbud - 0,5 mio. kr.
7. Værktøjer til identifikation af nedsat funktionsniveau, underernæring og sygdomstegn i kommuner og almen praksis – 3,5 mio. kr.
8. Forebyggelse af tryksår - 2,1 mio. kr.
9. Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter - 97,4 mio. kr.
10. Afklaring af individuelle forløbsplaner - 0,4 mio. kr.
11. Analyse af de medicinske afdelinger - 2,5 mio. kr.

I foråret 2012 er udarbejdet en fælles udmøntningsplan for de konkrete initiativer i handlingsplanen i et samarbejde med mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen og National Sundheds-it (NSI), der er de centrale aktører i handlingsplanens 11 initiativer. I udmøntningsplanen fastlægges milepæle og konkrete målsætninger for de enkelte initiativer, som parterne er forpligtede til at overholde.

Regionerne har udviklet en række modeller for behandling og samarbejde i patientens eget hjem. Behandlingen i eget hjem kan foregå som behandling via udgående teams fra sygehuset, fx i form af de såkaldte følge-hjem-ordninger, hvor sygehuspersonale følger patienten hjem efter indlæggelse eller aflægger et besøg i hjemmet kort tid efter udskrivelsen, eller ved at praktiserende læge eller kommunen varetager behandling og pleje i patientens eget hjem med eksempelvis rådgivning eller back-up fra sygehuset. I hele landet er således indgået aftaler mellem region, almen praksis og kommune om opfølgende hjemmebesøg, hvor den praktiserende læge og den kommunale hjemmesygepleje sammen besøger patienter, der har været indlagt, og følger op samt koordinerer den relevante behandling og pleje. Der udvikles også i stigende grad telemedicinske ordninger, som bidrager til at understøtte, at almen praksis og hjemmesygeplejen kan varetage behandling og pleje i patientens eget hjem med rådgivning eller back-up fra sygehuset, jf. afsnit 4.3.3.6.

Mange steder i landet er desuden etableret lokale sundhedshuse, sundheds- og akuthuse eller moderne lægehuse, som samler en række kommunale og regionale sundhedstilbud, herunder almen praksis, under samme tag i en ny organisatorisk ramme. Formålet er sikre bedre sammenhæng for patienterne, mere effektive patientforløb og et bedre fagligt samarbejde på tværs af sektorer, tilbud og faggrupper. Fx giver lokaliseringen af kommunale og regionale aktiviteter sammen med almen praksis nye perspektiver i forhold til at udnytte hinandens ekspertise samt deles om fælles ressourcer.

Nedenstående kort viser placeringen af sygehuse, regionale akutklinikker, jordemoderkonsultationer samt allerede eksisterende og planlagte sundheds- og akuthuse.

Almen praksis spiller en vigtig rolle, som borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet. Der er de senere år taget en række tiltag for at styrke samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

I alle regioner er der ansat praksiskonsulenter, som understøtter samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne. Praksiskonsulenten er typisk en praktiserende læge, der nogle timer om måneden er tilknyttet en hospitalsafdeling. Derudover findes der i dag praksiskonsulenter i ¾ af kommunerne<sup>7</sup>, som primært har til opgave at facilitere samarbejde og være brobygger mellem kommuner og praktiserende læger.

Den seneste overenskomst mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn omfattede eksempelvis en kommunal pakke med følgende hovedelementer:

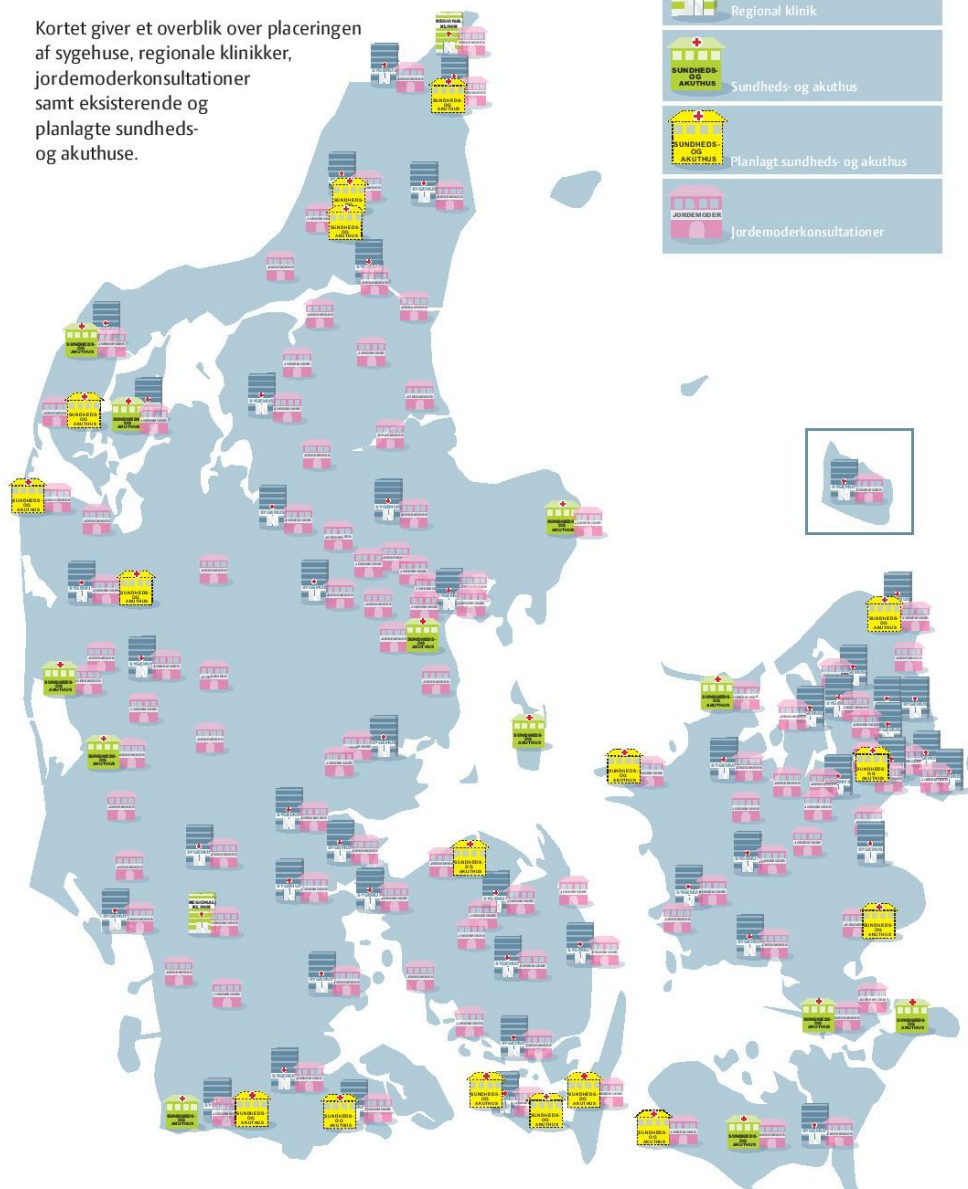
- Rammeaftaler for styrket it-understøttelse
- Obligatoriske kommunal-lægelige udvalg, som nu er i alle kommuner
- Udmøntningsaftaler, der forpligter den enkelte læge vedr. samarbejde og arbejdsdeling.

---

<sup>7</sup> Kortlægning af den kommunale praksiskonsulentordning, KL og PLO, december 2011.

## Det nye danmarkskort

Kortet giver et overblik over placeringen af sygehuse, regionale klinikker, jordemoderkonsultationer samt eksisterende og planlagte sundheds- og akuthuse.



Kilde: Samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem kommuner og regioner, Danske Regioner 2012

#### 4.3.3.6. Sundheds-it og telemedicin

Regeringen og Danske Regioner indgik i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2011 en særskilt aftale vedr. sundheds-it.

Aftalen har til formål at sikre en klarere og mere forpligtende kurs for sundheds-it udviklingen med fokus på at understøtte det kliniske arbejde, driften af sygehuse og parternes styringsopgaver. I aftalen er den overordnede ansvars- og arbejdsfordeling mellem parterne på området fastlagt, og der er fastsat en række forpligtende mål og milepæle for udviklingen på området frem mod udgangen af 2013, herunder for regionernes arbejde med at etablere sammenhængende elektroniske patientjournaler og for de statslige registre.

Milepælene realiseres indenfor rammerne af en ny organisering med øget tværregionalt og statsligt samarbejde. Organiseringsændringerne har bl.a. medført, at IT-opgaverne i styrelserne under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er samordnet i en tværgående koncernorganisering i regi af National Sundheds-it, mens regionerne har etableret Regionernes Sundheds-IT organisation (RSI), som danner ramme om et tæt og forpligtende samarbejde mellem regionerne på relevante områder.

Der sker en løbende teknologisk udvikling på sundhedsområdet, bl.a. i forhold til telemedicin. Både i regioner og kommuner sættes der på at udbrede telemedicinske løsninger, herunder hjemmemonitorering i stor skala, og på at anvende telemedicin som led i behandlings- eller plejetilbuddene.

Anvendelse af telemedicinske løsninger betyder, at besøg på sygehusafdelinger, i ambulatorier og hos egen læge kan erstattes af behandling, pleje og monitorering i hjemmet. Telemedicinske løsninger kan bl.a. anvendes til de store kroniske sygdomme som hjerte-kar-sygdom, diabetes og KOL. På den baggrund åbner behandling ved hjælp af telemedicin nye muligheder for at inddrage og engagere patienten i eget behandlingsforløb og for at skabe sammenhængende forløb. Udviklingen betyder samtidig, at der kan være behov for at etablere nye samarbejdsstrukturer omkring den telemedicinske behandling.

Med afsæt i økonomiaftalerne for 2013 er der udarbejdet en handlingsplan for udbredelse af telemedicinske løsninger, hvortil der er afsat 80 mio. kr., jf. boks 4.5.

#### **Boks 4.5.**

##### **National handlingsplan for udbredelse af telemedicin**

Regeringen, KL og Danske Regioner offentliggjorde i august 2012 en national handlingsplan for udbredelse af telemedicin. Planen har til formål at modne telemedicinske løsninger med stærkere evalueringer og at udbrede konkrete telemedicinske løsninger i større skala.

Med handlingsplanen, som indgår i årets økonomiaftaler med kommuner og regioner, igangsættes dermed de hidtil største telemedicinske indsatser i Danmark, bl.a.:

- *Landsdækkende udbredelse af telemedicinsk sårvurdering.* Kommuner og regioner går nu i gang med at omlægge indsatsen for patienter med ofte meget smertefulde sår, bl.a. knyttet til diabetes. Med projektet får hjemmesygeplejersken mulighed for at tage et billede af såret og sende det direkte til sårlægen på sygehuset, der kan vurdere, om såret er i bedring eller har brug for hurtig behandling. Dermed slipper patienten for transport og unødige rutinekontroller samtidig med, at behandlingstiden afkortes med ca. 30 pct. Metoden indebærer sparede udgifter på i alt ca. 300 mio. kr. årligt.

- *Telemedicin i fuld drift.* I Nordjylland skal ca. 1440 patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) over de næste to år behandles telemedicinsk. Region Nordjylland, 11 nordjyske kommuner og alle praktiserende læger indfører for første gang i Danmark hjemmemonitorering i den daglige drift i hele regionen. Erfaringerne danner grundlag for vurdering af, om initiativet bør gøres landsdækkende.
- *Klinisk integreret hjemmemonitorering.* 2.000 borgere i Region Hovedstaden og Region Midtjylland deltager i Danmarks hidtil største tværsektorielle projekt om hjemmemonitorering, der løber fra 2012-14. Ved hjælp af telemedicin vil patienter med KOL, diabetes eller inflammatoriske tarmsygdomme og gravide med og uden komplikationer blive monitoreret i eget hjem.
- *Telemedicin i psykiatrien.* Indledende afprøvning i mindre skala, bl.a. baseret på erfaringer fra Sverige og Storbritannien med telepsykiatriske metoder.

Samtidig sættes der fart på arbejdet med at fastsætte it-standarder på området, så de nye telemedicinske løsninger kan hænge sammen med eksisterende it-systemer på sygehuse, i kommunerne og hos de praktiserende læger.

#### 4.3.3.7. Udvikling af det tværsektorielle samarbejde

Der er udviklet en række redskaber, som anvendes til at sikre sammenhæng og samarbejde omkring både patientforløb generelt og den enkelte patients behandlingsforløb. Redskaberne kan kategoriseres i forhold til tre niveauer:

- Systemniveau (overordnet politisk og aftalebaseret niveau)
- Institutionelt niveau (lokale samarbejdsfora organiseret omkring det enkelte hospitals optageområde)
- Individniveau (redskaber til koordination omkring den enkelte borger).

Til alle niveauer findes desuden understøttende faglige og IT-baserede redskaber, der medvirker til tværsektoriel kommunikation. Boks 4.6. viser en oversigt over de eksisterende redskaber.

| <b>Boks 4.6.</b>   |  |  |
|--|--|--|
| <b>Eksisterende redskaber til at sikre sammenhæng og samarbejde på tværs</b> |  |  |
|  | <b>Primære redskaber</b>   | <b>Understøttende redskaber</b>  |
| <b>Systemniveau</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsaftaler</li> <li>• Sundhedskoordinationsudvalg</li> <li>• Regionale samarbejdsudvalg</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aftaler om indlæggelses- og udskrivningsforløb</li> <li>• Opgaveoverdragelsesaftaler</li> <li>• Forløbsprogrammer</li> <li>• Pakkeforløb</li> <li>• Forløbsbeskrivelser/<br/>snitfladekataloger/casekataloger mv.</li> <li>• Kliniske og faglige retningslinjer</li> <li>• Den danske kvalitetsmodel</li> <li>• Det fælles medicinkort</li> <li>• Sundhed.dk</li> </ul> |
| <b>Institutionelt niveau</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samordningsudvalg</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praksisinformation/visinfo</li> </ul>   |

|                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
|                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praksiskonsulenter</li> <li>• Fælles kompetenceudvikling</li> <li>• Lokale samarbejdsmodeller/ integrated care</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epikriser</li> </ul>                         |
| <b>Individ niveau</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forløbskoordinatorfunktioner</li> <li>• Kommunalt forankret forløbs-koordinering</li> <li>• Opfølgende hjemmebesøg</li> <li>• Telemedicinske løsninger</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• It-værktøjer</li> <li>• Epikriser</li> </ul> |

De obligatoriske sundhedsaftaler udgør i dag den overordnede ramme for regionernes og kommunernes samarbejde på sundhedsområdet. Sundhedsaftalerne er en politisk aftale, som skal indgås mellem regionsrådet og hver kommunalbestyrelse i regionen én gang i hver valgperiode med det formål at bidrage til sammenhæng og koordinering af indsatsen i de forløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommunerne, jf. nedenstående boks.

#### **Boks 4.7.**

##### **Sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner**

Sundhedsaftalernes formål er at bidrage til sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommune. Målet er, at den enkelte patient modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Sundhedsaftalerne skal som minimum omfatte følgende seks obligatoriske:

- Indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Træningsområdet
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser
- Opfølgning på utilsigtede hændelser.

Men det er samtidig muligt for regioner og kommuner at indgå frivillige aftaler vedr. andre indsatsområder. Fx i forhold til demens, ulighed i sundhed, samarbejde om alvorligt syge og døende og sundheds-IT.

Den del af sundhedsaftalerne, som vedrører de obligatoriske indsatsområder, skal i henhold til sundhedsloven godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen godkendte i marts 2011 de 98 sundhedsaftaler for perioden 2011-2014.

Regioner og kommuner har siden indførelsen af sundhedsaftalerne lagt et stort arbejde i aftalerne, og indenfor alle fem regioner og tilhørende kommuner er etableret en omfattende struktur, der understøtter samarbejdet. Det er også vurderingen, at der generelt er sket en positiv udvikling fra de første sundhedsaftaler i 2007/2008 til 2. generationsaftalerne, som dækker perioden 2011-2014. Der er bl.a. udarbejdet samarbejdsaftaler, forløbsprogrammer og aftaler om E-kommunikation, fælles informationsportaler m.m.

Der henvises til kapitel 9 for en nærmere beskrivelse og vurdering af sundhedsaftalerne som samarbejdsværktøj.

#### 4.3.3.8. Kvalitetsudvikling

Der arbejdes løbende på styrke kvalitetsindsatsen i sundhedsvæsenet, bl.a. gennem Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), patientsikkerhedsarbejdet, retningslinjer, kliniske kvalitetsdatabaser, forløbsprogrammer m.v.

*Den Danske Kvalitetsmodel* er et nationalt og tværgående system, der skal sikre og videreudvikle kvaliteten i hele det danske sundhedsvæsen. Modellen er specielt udviklet til det danske sundhedsvæsen. Formålet er, at den som et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingsystem skal medvirke til en systematisk og kontinuerlig forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet, ensartet høj kvalitet i alle sundhedsydelser, sammenhæng i patientforløb og gennemsigtighed og synliggørelse af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

DDKM er en akkrediteringsmodel, som de deltagende institutioner skal godkendes efter. Visionen er, at DDKM skal omfatte alle offentligt finansierede sundhedsydelser. Status er, at:

- Første version af DDKM for sygehuse blev overdraget i august 2009, og alle omfattede danske sygehuse vil være gennem første tre-årige akkrediteringscyklus ved udgangen af 2012.
- DDKM for apoteker blev overdraget til apotekerne i december 2008. Apotekerne begynder på en ny akkrediterings-cyklus primo 2013.
- Første version af DDKM for det præhospitale område blev overdraget i februar 2011, og de første præhospitale beredskaber gennemgik surveyi sommeren 2012.
- De første kommuner, som har valgt at arbejde med DDKM for det kommunale sundhedsvæsen, skal gennem surveyi efteråret 2012.
- DDKM for praktiserende læger er ved at blive pilottestet, og DDKM for praktiserende speciallæger er under udvikling.

I forhold til det kommunale område skal bemærkes, at det fremgår af aftalen om kommunernes økonomi for 2010, at kvalitetsarbejde i den kommunale sektor primært skal ske efter den kommunale kvalitetsmodel.

Et andet væsentligt kvalitetsinitiativ er arbejdet med at højne patientsikkerheden, herunder *indrapporteringen af utilsigtede hændelser*. Rapporteringerne samles i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), som hører under Patientombuddet. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder. Rapporteringssystemet er ikke-sanktionerende.

De første utilsigtede hændelser blev rapporteret af sygehusvæsenet til DPSD i 2004. Der er siden da sket meget med både antallet af rapporter og rapporteringsmulighederne. 1. september 2010 blev patientsikkerhedsordningen udvidet til ud over sygehusvæsenet også at omfatte praksis sektoren, den kommunale sundhedssektor, apotekerne og det præhospitale område. 1. september 2011 blev patientsikkerhedsordningen udvidet på ny, så patienter og pårørende også kan rapportere en utilsigtet hændelse. Udvidelserne giver mulighed for, at der sker en systematisk læring af utilsigtede hændelser, der rapporteres indenfor alle sundhedsvæsenets sektorer, samt hændelser set fra et patientperspektiv.



De rapporterede utilsigtede hændelser bliver analyseret lokalt, regionalt og nationalt med henblik på at identificere problemområder og forbedringspotentialer i forhold til patientsikkerheden.

Endvidere kan indførelsen af *nationale kliniske retningslinjer* fremhæves som et centralt nyt kvalitetsinitiativ. Der er afsat 80 mio. kr. på finansloven for 2012 i perioden 2012-2015 til udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Der udarbejdes ca. 5 kliniske retningslinjer i 2012 og yderligere ca. 15 kliniske retningslinjer i hvert af de følgende år 2013-15. De nationale kliniske retningslinjer vil være systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der beskriver diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper – baseret på evidens for virkningen og bedste praksis. Fokuserede nationale kliniske retningslinjer, som er målrettet det daglige kliniske arbejde, forventes at blive et vigtigt redskab til at sikre ensartet høj kvalitet i udredning og behandling på tværs af regioner og sygehuse. De kliniske retningslinjer skal samtidig bidrage til en løbende prioritering på sundhedsområdet og en effektiv ressourceudnyttelse ved at understøtte gode patientforløb og effektive arbejdsgange.

#### **4.4. Sammenfattende vurdering af udviklingen på sundhedsområdet**

Det er arbejdsgruppens overordnede vurdering, at det danske sundhedsvæsen på mange måder er vel-fungerende og inde i en positiv udvikling. Der er lagt planer for en ny sygehusstruktur, der understøtter samling af den specialiserede behandling og den akutte behandling. Den faglige kvalitet forbedres løbende, og der er lagt op til et styrket arbejde med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, herunder er der afsat 80 mio. kr. til udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Der er garantier for livstruende sygdomme, udarbejdet pakkeforløb på kræft- og hjerteområdet og generelt korte ventetider til behandling.

Samtidig vil regeringen styrke psykiatrien og har som overordnet målsætning en ligestilling af psykiske og fysiske sygdomme. Der er nedsat et bredt sammenpsykiatriudvalg, som skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for mennesker med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Regeringen vil også indføre en ny patientret i form af en udredningsret på 30 dage, når patienten er henvist til udredning i sygehusregi. Samtidig vil regeringen differentiere retten til udvidet frit sygehusvalg, så patienter med mindre alvorlig sygdom kan vente op til 60 dage før retten træder i kraft, mens patienter med alvorlig sygdom kan vente op til 30 dage. Det vil give sygehusene større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af behandlingen og skabe bedre rum for at prioritere de mest alvorligt syge først. Regeringen og Danske Regioner er desuden enige om at afsætte 200 mio. kr. i 2013 til at påbegynde en kapacitetsudbygning i psykiatrien med henblik på at forberede indførelse af udrednings- og behandlingsret i psykiatrien.

Kommunerne har siden kommunalreformen udbygget indsatsen på sundhedsområdet. Der pågår også et stort arbejde med at styrke rehabiliteringsindsatsen og indsatsen på forebyggelsesområdet, og der sker en løbende udvikling af samarbejdet mellem regioner og kommuner i forhold til indsatsen på kronikerområdet og i forhold til den stigende gruppe af ældre medicinske patienter. Regionerne har desuden udbygget de nære sundhedstilbud og samarbejdet med almen praksis og kommunerne om bl.a. udgående teams fra sygehusene og telemedicinske initiativer, ligesom der i disse år etableres en række sundheds- og akuthuse.

Samtidig har der været en relativ opbremsning i sundhedsudgifterne. Med den nye budgetlov er der taget yderligere skridt til at konsolidere udgiftsudviklingen på sundhedsområdet.

Der vil dog fortsat fremadrettet være et grundlæggende pres på sundhedsudgifterne, bl.a. som følge af den demografiske og teknologiske udvikling.

De overordnede udfordringer i sundhedsvæsenet er således inden for relativt snævre rammer for udgiftsvækst at udvikle sundhedsvæsenet i retning af fortsat øget kvalitet, større ensartethed - ikke mindst de nære sundhedstilbud – og bedre sammenhæng i forløbene for patienterne.

## 5. Fokusområde 1 – den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

### 5.1. Indledning og sammenfatning

Det fremgår af kommissoriet for underudvalgsarbejdsgruppen for evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet, at evalueringen tager udgangspunkt i en række fokusområder, hvor patienter krydser sektor- eller myndighedsgrænser. Et af fire fokusområder for evalueringen er ifølge kommissoriet den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats:

*”Snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner i forhold til den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats. Mange patienter er i gentagen kontakt med sygehusvæsenet, samtidig med at de modtager kommunale forebyggelses- og plejetilbud o.l., og sådanne overgange kan betyde problemer for patienten. Det skal vurderes, om opgaven med at skabe sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb for bl.a. kroniske og ældre patienter løses hensigtsmæssigt, herunder om de nuværende samarbejdskonstruktioner understøtter patientforløbene i tilstrækkeligt omfang. De reguleringsmæssige rammer herfor og sundhedsaftalernes funktion inddrages. I sammenhæng hermed vurderes samarbejdet med praksissektoren.”*

Ændringer i befolkningens levkår, levevis og levetid har ført til et ændret sygdomsmønster, og behandlingsmulighederne er løbende forbedret. Det betyder samtidig, at flere mennesker lever længere og flere lever med en eller flere kroniske sygdomme. Borgere som er 65 år eller derover udgør i 2012 17 pct. af befolkningen og denne andel forventes at stige til 21 pct. i 2020 og til mere end 24 pct. i 2030.

Omkring 1 mio. danskere eller knap en fjerdedel af den voksne danske befolkning lider af en eller flere af følgende fire kroniske sygdomme: Diabetes, knogleskørhed og leddegigt, hjerte-kar-sygdomme og kroniske lungesygdomme<sup>8</sup>. Omkring 25 pct. af alle personer med kronisk sygdom har to eller flere samtidige kroniske sygdomme

Samlet set er de gennemsnitlige sundhedsudgifter<sup>9</sup> til borgere med kroniske sygdomme (30.249 kr. pr. person pr. år) mere end to gange højere end for den resterende del af befolkningen (14.725 kr.), mens udgifterne til personer med mere end én kronisk sygdom er endnu højere (44.382 kr.). Sundhedsudgifterne til de ældre medicinske patienter er i gennemsnit mere end tre gange højere (97.413 kr. pr. person pr. år) end udgifterne til den resterende ældre befolkning (29.603 kr. pr. person pr. år).

Væksten i antallet af personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter indebærer et stigende krav om koordination på tværs af sektorgrænser, fordi disse patientgrupper ofte håndteres på tværs af myndighedsgrænser og har brug for indsatser i både sygehusvæsen, almen praksis og kommunalt regi.

---

<sup>8</sup> Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen desuden inkluderer personer med udvalgte kroniske psykiske sygdomme i deres opgørelse af antallet af personer med kronisk sygdom (Monitorering af kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2011). Inkluderes disse psykiske sygdomme lider ca. 1.3 mio. personer med kronisk sygdom pr. ultimo 2010.

<sup>9</sup> De regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling samt udgifter til behandling i praksissektoren (bruttohonorar), eksklusiv psykologhjælp.

En af sundhedsvæsenets største udfordringer er således i højere grad at sikre sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb. Den patientrettede forebyggelsesindsats – der primært er rettet mod personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter – er derfor afgørende i denne sammenhæng. Et centralt element i den patientrettede forebyggelse er, at der tages udgangspunkt i patientens behov og ressourcer. Patienten skal derfor inddrages i behandlingen, som tager udgangspunkt i at anvende og understøtte den enkelte patients ressourcer med henblik på at styrke evnen til at mestre egen sygdom.

#### **Boks 5.1.**

##### **Sundhedsstyrelsens definition af patientrettet forebyggelse<sup>10</sup>**

En indsats, der forebygger, at sygdom udvikler sig yderligere og søger at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer. Den patientrettede forebyggelse tager sigte på at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv, dvs. få kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at udøve en god egenomsorg, fx ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning. Patientrettet forebyggelse omhandler indsatsen rettet mod personer med kronisk sygdom. Det drejer sig særligt om sygdommene aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdom, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og KOL.

Efter kommunalreformen er den patientrettede forebyggelse et delt ansvar mellem regioner og kommuner, hvorfor indsatsen er koblet op på et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem disse myndigheder. Samarbejdet er bl.a. forankret i sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner. Der eksisterer en række samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem regioner og kommuner vedrørende den patientrettede forebyggelse. Som eksempler kan nævnes opfølgende hjemmebesøg, følgehjemordninger og fremskudt visitation. På trods af de mange eksempler på samarbejde mellem regioner og kommuner kan der stadig identificeres en række udfordringer i forbindelse med den patientrettede forebyggelse, bl.a. med henblik på at sikre, at patientforløbene for borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter er tilstrækkelig sammenhængende og omkostningseffektive, jf. boks 5.2 og afsnit 5.4.

En foreløbig status fra udvalgsarbejdet vedrørende potentiale for forbedret kommunal forebyggelse fra juni 2012<sup>11</sup> indikerer, at der er potentiale for en forbedret patientrettet forebyggelsesindsats. Det skal dog ses i relation til de eventuelle omkostninger, der kan være forbundet med at realisere potentialet. Udvalgets analyser viser således en betydelig variation i borgernes forbrug af regionale sundhedsydelser mellem kommuner på tværs af landet såvel som inden for samme region. Forskellen mellem kommunerne med de højeste og laveste medfinansieringsudgifter er godt 30 pct., svarende til en forskel på mere end 500 kr. pr. indbygger, når der er justeret for forskelle i køns- og alderssammensætningen. En del af denne variation skyldes forskelle i borgernes sundhedstilstand, sociale forhold samt udbudsmæssige faktorer. Dertil må variationen også i et vist omfang skyldes forskelle i kommunernes forebyggelses-, pleje- og sundhedsfremmende indsatser, herunder forskelle i samarbejdet med det regionale sygehusvæsen og almen praksis.

<sup>10</sup> Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, Sundhedsstyrelsen 2005

<sup>11</sup> "Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse", KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, juni 2012

Det er arbejdsgruppens overordnede vurdering, at samarbejdet om den patientrettede forebyggelse generelt fungerer godt mange steder, og at der er sket en positiv udvikling i samarbejdet mellem regioner og kommuner i regi af bl.a. sundhedsaftalerne, men der er imidlertid et uudnyttet potentiale for at styrke samarbejdet. Det er i det perspektiv de konkrete problemstillinger i nedenstående boks 5.2 skal ansues.

|   |
|---|
| <p><b>Boks 5.2.</b><br/> <b>Snitfladeproblematikker i forhold til den patientrettede forebyggelse</b></p>   |
| <p><b>Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risiko for overlappende tilbud, fx rygestoptilbud, patientuddannelser mv.</li> <li>• Uensartet organisering på tværs af kommuner og sygehuse kan vanskeliggøre samarbejdet om større tværgående projekter, fx organiseringen af patientuddannelser eller den telemedicinske indsats.</li> <li>• Teknologien stiller nye krav til samarbejdet og den traditionelle arbejdsdeling mellem regioner og kommuner, hvis patienten fx skal kunne blive længere i sit eget hjem.</li> <li>• Uklarhed om hvilke opgaver, der løses af fx almen praksis og kommunen, hvilket indebærer en risiko for, at patienter håndteres på et højere specialiseret niveau end nødvendigt.</li> </ul> |
| <p><b>Manglende forpligtelse af parterne i sundhedsaftaler mv.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regioner og kommuner har ikke været tilstrækkeligt forpligtet af sundhedsaftalerne.</li> <li>• Manglende forpligtelse af almen praksis.</li> </ul>  |
| <p><b>Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionernes rådgivningsforpligtelse udnyttes ikke godt nok, ligesom viden generelt ikke deles i tilstrækkeligt omfang.</li> <li>• Manglende kendskab til hinandens tilbud på tværs af sektorer.</li> <li>• Manglende systematisk registrering og dokumentation af patientrettede forebyggelsesindsatser, fx manglende monitorering af forløbsprogrammerne.</li> <li>• Eksisterende oplysninger om patienterne deles ikke i tilstrækkeligt omfang.</li> </ul>   |
| <p><b>Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommuner og sygehuse har ikke tilstrækkelig fokus på forebyggelige (gen)indlæggelser<sup>12</sup>.</li> <li>• Utilstrækkelig udveksling af relevant information om patienter mellem sektorer før, under og efter indlæggelse.</li> </ul>  |
| <p><b>Uhensigtsmæssige incitamentsstrukturer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende incitament til at løse opgaver i overensstemmelse med LEON-princippet.</li> <li>• Honoreringssystemerne i almen praksis og på sygehusområdet tilskynder ikke tilstrækkeligt fokus på sammenhængende forløb og kvalitet.</li> </ul>  |

<sup>12</sup> "Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser", 2012, udarbejdet af Gribskov Kommune, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at løsningen på snitfladeproblematikkerne generelt ikke er en overordnet flytning af myndighedsansvar.

For at løse ovennævnte udfordringer er det derimod nødvendigt at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner yderligere, så patientforløb for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fremadrettet i højere grad er sammenhængende og omkostningseffektive.

Arbejdsgruppen peger på en række forslag og anbefalinger, der fremadrettet kan styrke den patientrettede forebyggelse, således der sikres sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb, jf. boks 5.3, afsnit 5.5 og kapitel 9 om sundhedsaftaler. Anbefalingerne tager afsæt i følgende løsningsoverskrifter:

- Nye samarbejdsmodeller og justering af samarbejdsmodeller
- Styrket faglighed
- Bedre organisering og ressourceanvendelse
- Bedre anvendelse af IT
- Øget gennemsigtighed og bedre dokumentation

### **Boks 5.3.**

#### **Oversigt over arbejdsgruppens anbefalinger i forhold til den patientrettede forebyggelse**

##### **Nye samarbejdsmodeller og justering af samarbejdsmodeller**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der sker en styrkelse af sundhedsaftalerne, så disse baserer sig på 5 sundhedsaftaler – én i hver region – og tager afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner, på de obligatoriske indsatsområder – med særligt fokus på patientrettet forebyggelse og samarbejdet om personer med kronisk sygdom.
- At der sikres det fornødne rum til at gøre aftalerne tilstrækkeligt fleksible i forhold til kommunernes forskellighed, herunder at de konkrete målsætninger kan variere fra kommune til kommune.
- At udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammerne er en del af sundhedsaftalerne, herunder at opfølgning og monitorering sker som led heri.
- At regionerne får øgede styringsmuligheder i forhold til almen praksis.

##### **Styrket faglighed**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionernes rådgivningsforpligtelse systematiseres og målrettes kommunernes behov for rådgivning, samt at kommunerne i højere grad gør brug af den viden, der stilles til rådighed. Dette foreslås aftalt mellem regioner og kommuner i sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsens vejledning om regionernes forebyggelsesopgaver skal på den baggrund revideres.
- At der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, herunder at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regionen får mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel opgavevaretagelse.

### **Bedre organisering og ressourceanvendelse**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At information om sygehusenes og kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud gøres tilgængelig for alle aktører i sundhedsvæsenet med henblik på at sikre borgerne det rette tilbud og undgå etablering af parallelle tilbud.
- At staten, kommuner og regioner i fællesskab dokumenterer kliniske og økonomiske effekter ved patientrettede forebyggelses tiltag, der bl.a. understøtter sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.
- At der i kommuner og regioner arbejdes videre med organisatoriske modeller, der bl.a. understøtter sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Udarbejdelsen af organisatoriske modeller kan fx tage afsæt i konkrete business case modeller, frikommuneforsøgene samt integrated care modeller.

### **Bedre anvendelse af IT**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At it-understøttelse af sammenhængende patientforløb løftes, og at telemedicinske løsninger med dokumenteret effekt udbredes som led i at sikre et sammenhængende og omkostningseffektivt sundhedsvæsen med patienten i centrum.

### **Øget gennemsigtighed og bedre dokumentation**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At registreringer og dokumentation vedrørende den patientrettede forebyggelsesindsats i regioner og kommuner sker på en systematisk og lettilgængelig måde, der giver grundlag for en målretning af indsatsen, herunder bedre belysning af aktivitet og kvalitet i fx hjemmesygeplejen.
- At regioner og kommuner – i regi af sundhedsaftalerne - i samarbejde opstiller målsætninger med tilhørende indikatorer for den patientrettede forebyggelse i regioner, kommuner og almen praksis, som fx nedbringelse af genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser.
- At staten i samarbejde med kommuner og regioner forbedrer brugervenligheden i eSundhed og KØS, så disse kan anvendes som ledelsesinformationsværktøj med veludviklede indikatorer, fokusområder og udtrækningsmuligheder.
- At der i eSundhed og KØS skabes bedre grundlag for analyser af sundhed på tværs, herunder inddrages data fra ældre- og beskæftigelsesområdet for at give bedre mulighed for opfølgning på indsatser for bestemte grupper mv.

Kapitlet er inddelt i seks afsnit. I afsnit 2 introduceres rammerne for den patientrettede forebyggelse-indsats, hvor der redegøres kort for de regler og begreber, der er relevante for forståelsen af den patientrettede forebyggelse, herunder hvorledes arbejdsdelingen fastlægges og de mere formelle redskaber for samarbejdet. Herefter præsenteres målgruppen for den patientrettede forebyggelse i afsnit 3, herunder målgruppens volumen og træk på sundhedsvæsenet. I afsnit 4 redegøres for snitfladeproblematikker vedrørende patientrettet forebyggelse, mens afsnit 5 præsenteres en række mulige løsningsforslag og anbefalinger.

## 5.2. Rammer for den patientrettede forebyggelsesindsats

Nærværende afsnit redegør for rammerne for den patientrettede forebyggelse, herunder både de væsentligste regler og begreber, udgifter til udvalgte forebyggelses og sundhedsfremme områder samt arbejdsdeling og samarbejde om den patientrettede forebyggelse.

### 5.2.1. Regler og begreber

Den formelle styring og planlægning af sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsatser bygger på centralt fastsatte regler og overenskomster, som angiver kompetencefordelingen mellem stat, regioner og kommuner. Typisk har staten ansvaret for folkeoplysning (fx den generelle oplysning om svangerskabsforebyggelse, AIDS og færdselsikkerhed), tilsyn med forebyggende ordninger (Sundhedsstyrelsens og embedslægens tilsyn med bl.a. sundhedspersonale og institutioner) og påvirknings- og godkendelsesfunktion i relation til overenskomster og aftaler (fx overenskomster med de praktiserende læger og sundhedsaftaler mellem region og kommune).

Med sundhedsloven fra 2007 blev regionernes og kommunernes ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme for første gang eksplicit fastsat i lovgivningen. Det blev fastlagt, at kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, der skal forebygge, at sygdom og ulykker opstår, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse, som skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse eller udskyde komplikationer, er delt mellem regioner og kommuner. Regionerne har desuden en rådgivningsforpligtelse overfor kommuner. Se boks 5.4 vedrørende reglerne i sundhedsloven.

**Tabel 5.1**  
**Ansvarsfordeling på forebyggelsesområdet**

|                     | Patientrettet forebyggelse (1)       | Borgerrettet forebyggelse (2) | Borgerrettet forebyggelse (3) | Hjemmesygepleje (4)   | Kommunal sundhedsstjerne (5)   |
|---------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------|
| §§                  | SuL § 119 og 203-205                 | SuL § 119                     | SeL § 79                      | SuL § 138   | SuL kap 36                     |
| Myndighedsansvar    | Kommuner og regioner                 | Kommuner                      | Kommuner                      | Kommuner  | Kommuner                       |
| Finansieringsansvar | Kommuner og regioner*                | Kommuner                      | Kommuner                      | Kommuner  | Kommuner                       |
| Visitering          | Kommuner, regioner og almen praksis* | Kommuner                      | Kommuner, staten v. lov**     | Almen praksis (21 pct.), sygehuse (43 pct.), kommuner (11 pct.), andre 25 pct.) | Kommuner                       |
| Udfører             | Kommuner, regioner og almen praksis* | Kommuner, private, foreninger | Kommuner, private, foreninger | Kommuner  | Kommuner/privat/alm en praksis |

Anm.: \* Ansvarsfordeling fastlægges i Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer \*\* Det er i henhold til loven lovpligtigt at alle over 75 år skal have tilbudt et forebyggende hjemmebesøg  
Kilde: Sundhedsloven og Serviceloven

Kommunalreformens fokus på den del af sundhedsopgaverne, som ligger før og efter den mere specialiserede sygehusbehandling, havde bl.a. afsæt i den voksende forekomst af livsstils sygdomme og det stigende antal ældre og kronisk syge, og dermed afsæt i behovet for fokus på forebyggelse og sammenhæng og omkostningseffektivitet i indsatsen.



Udover denne overordnede angivelse af myndighedsansvaret i sundhedsloven vedrørende forebyggelsesopgaverne er der fra centralt hold, fx i sundhedsloven, defineret en række specifikke forebyggende ordninger. Disse ordninger omfatter både patientrettede forebyggelsestiltag, som er i fokus for denne evaluering, og borgerrettede forebyggelsestiltag, som falder udenfor evalueringen: Regionerne har ansvar for lægeundersøgelse af børn, vaccination, svangreomsorg, vejledning om svangerskabsforebyggelse og screeninger, eksempelvis mammografiundersøgelser af kvinder mellem 50 og 69 år og screening for livmoderhalskræft. Kommunerne er ansvarlig for de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (sundhedsplejen), børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen og hjemmesygeplejen. Endvidere har den lovgivning, der har et forebyggelses- og sundhedsfremmeindhold indenfor andre ministerområder (fx på det sociale område og undervisningsområdet), rettet sig primært mod kommunernes opgaver og ansvar.

#### **Boks 5.4.**

##### **Regler om forebyggelse**

###### Sundhedslovens § 5 og § 79 vedr. behandling

Bopælsregionen er efter sundhedsloven forpligtet til at tilbyde vederlagsfri sygehusbehandling ved egne sygehuse, ved sygehuse i andre regioner eller ved de i sundhedslovens § 79 nævnte specialsygehuse.

Efter sundhedslovens § 5 omfatter behandling: Undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

###### Sundhedslovens § 119

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis. *Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. *Stk. 3.* Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning "Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3" defineres patientrettet forebyggelse som forebyggelse, der søger at undgå, at sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer. Af vejledningen fremgår, at sygehuse skal integrere forebyggelse i behandlingsforløbene. I relation til patientforløbet bør sygehusets forebyggelsesindsats omfatte bl.a. etablering af relevante, forebyggende tilbud i tilknytning til længerevarende forløb på sygehuse, evt. i samarbejde med kommunen og almen praksis.

Sundhedsstyrelsen har endvidere udgivet en vejledning om den forebyggende indsats i kommunerne, "Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2", hvoraf det fremgår, at kommunen får ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, der finder sted, når patienten ikke er i behandling på sygehuse eller hos den praktiserende læge.

Som en yderligere tilskyndelse til kommunernes indsats på sundhedsområdet generelt og i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme specielt indførtes der med kommunalreformen på sundhedsområdet kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Efter lov om regionernes finansiering betaler kommunerne et bidrag for egne borgeres brug af ydelser i henholdsvis praksissektoren og på sygehuse. I alt finansierer kommunerne ca. 20 pct. af det regionale sundhedsvæsen. Bidragene er indført som økonomisk incitament, der skal tilskynde kommunerne til at etablere indsats, der kan forebygge

egne borgeres behov for sygdomsbehandling, altså indsatser inden for sygepleje, genoptræning og ikke mindst forebyggelse og sundhedsfremme. Jf. bilag 1 for en nærmere beskrivelse og vurdering af den kommunale medfinansiering.

## 5.2.2 Udgifter til udvalgte forebyggelses- og sundhedsfremmeområder

Nedenstående tabel 5.2 opgør udgifterne til forebyggelse på en række specifikke områder. Det skal i den forbindelse bemærkes, at det ikke er muligt at lave en udtømmende opgørelse af de offentlige udgifter til forebyggelse i regionerne og kommunerne.

**Tabel 5.2**

### Udgifter til udvalgte forebyggelses- og sundhedsfremmeområder (2013-PL, mio. kr.)

|   | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Regional forebyggelse i almen praksis (SuL og OK)*                        | 499   | 600   | 673   | 650   | 549   |
| Kommunal hjemmesygepleje SuL § 139  | 2.975 | 2.695 | 2.897 | 2.946 | 2.908 |
| Kommunal sundhedstjeneste (SuL kap. 36)                                   | 927   | 864   | 968   | 984   | 958   |
| Kommunal sundhedsfremme og forebyggelse (SuL § 119 og 203-205)            | 297   | 377   | 468   | 469   | 480   |
| Kommunale forebyggende hjemmebesøg (SeL § 79)                             | 140   | 137   | 161   | 143   | 118   |
| Generelle kommunale tilbud med aktivende og forebyggende sigte (SeL § 79) | 689   | 835   | 832   | 946   | 896   |

Anm.:\* Udgiften består af ydelserne 0106, 0120, 0121, 2304, 2305, § 2 aftaler i dagtid og profylaksisydelser

Kilde: Kommunernes regnskaber og CSC Scandihealth

På det regionale område foregår en del af de specifikke forebyggelsesopgaver i almen praksis i henhold til landsoverenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, som repræsenterer staten, regionerne og kommunerne.

Udgifterne i praksis kan opgøres til 549 mio. kr. i 2011 og omfatter bl.a. udgifter til forebyggelsessamtaler, hjemmebesøg, profylaksis-ydelser og § 2-aftaler mellem regionerne og almen praksis. Derudover foregår der endvidere en ikke ubetydelig forebyggelsesindsats som en integreret del af behandlingsindsatsen i almen praksis. Det er imidlertid ikke muligt at opgøre anvendelsen af ressourcer hertil.

Hertil kommer regionale udgifter til bl.a. igangværende patientuddannelses tilbud, forløbsprogrammer, screeninger for hhv. bryst- og livmoderhalskræft og kvalitets sikring og udvikling samt regionale udgifter til den forebyggelsesindsats, der er en integreret del af behandlingsindsatsen på sygehusene, bl.a. i form af kontrolbesøg. Det har ikke været muligt at opgøre disse udgifter.

På det kommunale område er det muligt at opgøre udgifterne til en række af kommunernes specifikke forebyggelsesopgaver samt de kommunale sundheds og plejeopgaver, der indeholder et væsentligt forebyggelselement. Det overordnede indtryk er at udgifterne er steget siden 2007.

Som det fremgår af tabel 5.2 er en stor del af de kommunale udgifter til forebyggelse centreret om hjemmesygeplejen, hvor udgifter i 2011 blev opgjort til 2,9 mia. kr. I den forbindelse skal det bemærkes, at opgørelsen ikke medtager kommunale udgifter til sygepleje på botilbud, plejehjem og i plejeboliger eller den sygepleje og øvrige forebyggelsesindsats, der foregår i hjemmeplejen, herunder bl.a. gennem delegering til SOSU-assistenten i hjemmeplejen. Opgørelsen medtager endvidere ikke udgifter til,

hjemmesygepleje i de ca. 5 kommuner, hvor hjemmesygeplejen er integreret med hjemmepleje samt sygeplejeudgifter, som kommunerne registrerer på fælles konti (fx sygeplejeartikler fra fælles depoter, fælles personale, biler mv.).

Tabel 5.2 skal ses i lyset af en betydelig stigning i kommunernes sundhedsfaglige personale i denne sammenhæng særligt sygeplejersker og SOSU-assistenten der stiger hhv. 7 og 20 pct. i perioden, jf. tabel 4.4. Samlet set skønnes det således, at udgifterne til kommunernes sygepleje og patientrettede forebyggelse er steget siden 2007.

Herudover skal kommunerne i henhold til Sundhedslovens § 119 skabe rammerne for sund levevis for borgerne og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Der er således primært tale om borgerrettede forebyggelsestiltag. Det fremgår af tabel 5.2, at indsatsen er opprioriteret siden 2007, idet udgifterne er steget betydeligt frem mod 2011, hvor de udgjorde 480 mio. kr.

Tilsvarende er kommunerne i henhold til Sundhedslovens kapitel 36 forpligtet til at tilbyde børn og unge i kommunen gratis sundhedsfremmende og forebyggende sundhedsydelse og rådgivning, herunder bl.a. obligatorisk tilbud om besøg af sundhedsplejerske efter fødsel og to helbredsundersøgelser for alle skolebørn ved en læge eller sundhedsplejerske. Udgifterne efter kapitel 36 kan på den baggrund opgøres til 958 mio. kr. i 2011, hvilket nogenlunde svarer til niveauet i 2007.

Kommunerne skal i henhold til Servicelovens § 79a end videre tilbyde alle borgere over 75 år minimum et årligt forebyggende hjemmebesøg, ligesom kommunerne efter samme paragraf har ret til at iværksætte eller yde generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte for ældre. Begge tilbud udgør umiddelbart borgerrettet forebyggelse. Udgifterne til forebyggende hjemmebesøg var i 2011 118 mio. kr. og er dermed faldet siden 2007. Det skyldes dog formentlig, at kommunerne fra 2010 kan vælge at undtage de borgere, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp fra ordningen. Til gengæld er kommunernes generelle forebyggende tilbud til ældre på dagcentre mv., hvori der også indgår forebyggelsesudgifter opprioriteret, idet udgifterne er steget fra ca. 700 mio. kr. til ca. 900 mio. kr.

Tabel 5.2 indeholder ikke de kommunale udgifter til forebyggende tandpleje, der omfatter tandpleje for 0-18 årige samt omsorgs- og specialtandpleje. Ud fra Forebyggelseskommissionens opgørelsesmetode kan udgifterne hertil skønnes til ca. 600 mio. kr. i 2011, hvilket svarer omtrent til niveauet i 2007<sup>13</sup>. Derudover er det kommunale sundheds- og forebyggelsesområde kendetegnet ved, at en stor del af den forebyggende indsats og dermed også en stor del af de kommunale ressourcer til forebyggelse er integreret i kommunernes almindelige opgaveløsning. Sidstnævnte ressourcer er ikke indeholdt i tabellen som dermed kun udgør et mindre udsnit af de samlede kommunale ressourcer til indsatsen på forebyggelsesområdet.

Afslutningsvist bemærkes, at staten ligeledes oppebærer udgifter til forebyggelse bl.a. i form af satspuljemidler, midler til fremme af motion mv. Forebyggelseskommissionen opgjorde i 2008 de statslige udgifter til knap 2 mia. kr.

---

<sup>13</sup> Opgjort som 30 pct. af den samlede tandplejeudgifter, svarende til forebyggelseskommissionens skøn for den forebyggende andel.

### 5.2.3. Samarbejde

Det følger som nævnt af sundhedsloven, at ansvaret for patientrettet forebyggelse er delt, men det defineres ikke nærmere i loven, hvilke indsatser eller for hvilke målgrupper, ansvaret gælder.

Den konkrete arbejdsdeling vedrørende den patientrettede, forebyggende indsats skal regionsråd og kommunalbestyrelse derfor fastlægge lokalt i sundhedsaftaler med henblik på at sikre koordinering og sammenhæng for de borgere, der som patienter bevæger sig på tværs og/eller er samtidige modtagere af ydelse fra både kommune og region, herunder sygehus og almen praksis. Det fremgår således af sundhedslovens § 204, at ét af de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne er forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse. Jf. i øvrigt boks 4.7 og kapitel 9 for en nærmere beskrivelse af sundhedsaftalerne.

Almen praksis varetager en helt central rolle i den forbindelse. Almen praksis varetager den grundlæggende medicinske forebyggende indsats (eventuelt i samarbejde med sygehusene) og identificerer og motiverer de patienter, der har behov for et forebyggende tilbud. Almen praksis henviser således patienterne efter individuel vurdering til specifikke forebyggende tilbud i form af fx rygstop tilbud, diættejledning, træningstilbud og anden patientuddannelse, som varetages af kommunerne.

### 5.2.4. Forløbsprogrammer

Patienter med kronisk sygdom vil ofte have brug for en indsats fra flere dele af sundhedsvæsenets sektorer. Med henblik på sammenhængende og effektive forløb arbejdes der på kronikerområdet med forløbsprogrammer, der beskriver den samlede tværsektorielle indsats. Programmerne beskriver på et evidensbaseret grundlag hvem, der gør hvad, hvor og hvornår. Forløbsprogrammerne dækker udvalgte patientgrupper.

Den overordnede tilgang er, at konkrete, sygdomsspecifikke forløbsprogrammer udarbejdes lokalt i den enkelte region og kommune med udgangspunkt i det generiske, dvs. ikke-sygdomsspecifikke, forløbsprogram, som Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2008. I 2010 blev der udmøntet over en 1/2 mia. kr. til etablering af tværfaglige og tværsektorielle forløbsprogrammer for kronisk sygdom og til etablering af egenomsorgs- og egenbehandlingsprogrammer. Den største del af midlerne blev udmøntet til regioner og kommuner, idet der blev lagt vægt på, at forløbsprogrammerne i videst mulig omfang skal udvikles og implementeres på baggrund af de konkrete, regionale og lokale forhold i regioner og kommuner. En midtvejsopgørelse viste, at regioner og kommuner i 2011 var godt i gang med at etablere forløbsprogrammer for de kroniske sygdomme, der blev lagt særlig vægt på, ved udmøntningen af midlerne, dvs. diabetes, hjerte-kar-sygdomme, KOL og muskel-skeletsygdomme.

Hovedparten af de danske kommuner tilbyder som led i deres kronikerindsats kurset "Lær at leve med kronisk sygdom". Det er et ikke-diagnosespecifikt kursus, der giver borgere med kroniske lidelser inspiration og værktøjer til at tackle de bekymringer og problemer – bl.a. en forståelse for symptomer og håndtering heraf - som følger med kronisk sygdom og til at få mere kvalitet i hverdagen.

**Boks 5.5.****Forløbsprogrammer**

Forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe. Nogle programmer omfatter derudover indsatser på social-, beskæftigelses- og/eller undervisningsområdet, hvor disse er centrale for den sundhedsfaglige indsats og det samlede forløb. Forløbsprogrammer beskriver implementering og opfølgning på programmet<sup>14</sup>.

Den lokale beslutning om at udarbejde et forløbsprogram bør ifølge Sundhedsstyrelsen bero på en samlet vurdering baseret på række kriterier såsom behovet for en vedvarende og/eller tilbagevendende tværsektoriel indsats fra sygehus, almen praksis og kommune (organisatorisk element) og antallet af patienter i sygdomsgruppen.

Der pågår i øjeblikket en evaluering af kommunernes og regionernes arbejde med at udarbejde og implementere forløbsprogrammerne. Den endelige evaluering forventes at foreligge i første halvår af 2013. Sundhedsstyrelsen har imidlertid udarbejdet en status på udbredelsen af forløbsprogrammer medio 2012, som viser, at regioner og kommuner har udarbejdet og er i gang med at implementere forløbsprogrammer for følgende patientgrupper (sygdomme):

**Tabel 5.3.**  
**Udbredelse af forløbsprogrammer i regionerne**

|                           | Region Hovedstaden | Region Midtjylland | Region Nordjylland | Region Sjælland | Region Syddanmark |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| Diabetes type 2           | X                  | X                  | X                  | X               | X                 |
| KOL                       | X                  | X                  | X                  | X               | X                 |
| Hjerte-kar-sygdom         | X                  | X                  | X                  | X               | X                 |
| Muskel- og skeletsygdomme | X                  |                    | X                  | X               | X                 |
| Demens                    | X                  |                    | X                  |                 | X                 |
| Skizofreni                |                    |                    |                    | X               |                   |

Kilde: Status på forløbsprogrammer i Danmark medio 2012, Notat af 19. september 2012 fra Sundhedsstyrelsen

Forløbsprogrammerne er generelt udarbejdet og påbegyndt implementeret i perioden 2009-12. Dog er enkelte forløbsprogrammer påbegyndt tidligere, og implementeres i flere tempi. I første omgang etableres indsatserne omfattet af forløbsprogrammet, og dernæst arbejdes på at udbrede indsatserne som tilbud til stadig flere patienter. Den trinvis implementering og udbredelse af flere på hinanden følgende forløbsprogrammer betyder, at det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at give ét samlet, præcist billede af forløbsprogrammernes udbredelse i regioner, kommuner og almen praksis. Mest udbredt vurderes at være forløbsprogrammerne for patienter med KOL, diabetes og hjerte-kar-sygdom. Et generelt skøn for disse programmernes vedkommende er, at *indsatserne er etableret* på sygehuse, i kommuner og almen praksis i et omfang af omkring ¾ af det planlagte. Det er ikke muligt at skønne, hvor mange patienter, der samlet set *modtager tilbud* herfra<sup>15</sup>.

<sup>14</sup>Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – Den generiske model, Sundhedsstyrelsen september 2012

<sup>15</sup>Status på forløbsprogrammer i Danmark medio 2012, Notat af 19. september 2012 fra Sundhedsstyrelsen

Generelt har kommunerne siden kommunalreformen igangsat en lang række forebyggelsesaktiviteter – både i forhold til den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse, jf. boks 4.3. Der er ligeledes udarbejdet patientuddannelsesstilbud.

### 5.3. Målgruppen for patientrettet forebyggelse

Den patientrettede forebyggelse er særlig relevant i forhold til personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Nedenfor følger en beskrivelse af de to borger- og patientgrupper, hvorefter der foretages en kvantitativ karakteristik af deres forbrug af sundhedsydelse.

Kronisk sygdom er karakteriseret ved et langvarigt forløb eller konstant tilbagevendende sygdom<sup>16</sup>, mens ældre medicinske patienter typisk er ældre borgere med ringe egenomsorg, funktionsevne og ofte kroniske sygdomme, herunder multisygdom. I denne sammenhæng defineres ældre medicinske patienter som patienter over 65 år, der har været indlagt på en medicinsk afdeling i løbet af det seneste år. Der er således tale om en bred definition, som bl.a. omfatter en del ældre borgere, som bare har haft én enkelt kontakt til en medicinsk afdeling og i øvrigt ikke deler karakteristika med den gruppe af ældre medicinske patienter, som har mere hyppige kontakter.

Kroniske patienter er ikke en homogen gruppe. Patientgruppen strækker sig således fra velregulerede og nydiagnosticerede patienter uden komplikationer, og hvor den kroniske lidelse kun har lidt indvirkning på livskvaliteten og funktionsevnen i hverdagen, over patienter hvis kroniske sygdom er svær, og som derfor hele tiden er i risiko for komplikationer, til patienter med flere kroniske og svære sygdomme, kognitive funktionsnedsættelse (demens fx), svagt netværk og andre sociale problemer. Dermed vil patienterne have forskelligartede behov.

En 18-årig, der netop har fået konstateret type 1-diabetes, har sandsynligvis ikke behov for et kommunalt trænings- og mestringsprogram eller kommunal sygepleje. Efter diagnosticering, igangsættelse af behandling og instruktion i medicin håndtering og monitorering af egen sygdom, vil denne patients behov for kontrol, rådgivning og opfølgning kunne varetages af egen læge.

En 78-årig derimod, der netop – oveni sin tidligere fastslåede KOL og hjerteproblemer – har fået konstateret type 2-diabetes, og som er dårligt gående og får hjælp til medicin håndtering, rengøring og bad, ville sandsynligvis kunne opnå bedre livskvalitet og blive mere selvhjulpne gennem kommunale trænings- og mestringsprogrammer i tilknytning til den kommunale (syge-)pleje samt have behov for løbende kontroller hos egen læge og evt. også for kontrol i et ambulatorium. Med den rette indsats fra praksis sektoren, hjemmesygeplejen og sygehuset kan forværring af sygdom, funktionsnedsættelser og u hensigtsmæssige akutte indlæggelser forebygges for denne patient.

Statens Serum Instituts registerbaserede monitorering af udbredte sygdomsgrupper viser, at knapt 25 pct. af den danske befolkning over 18 år – svarende til godt 1. mio. borgere - har én eller flere kroniske sygdomme i 2010<sup>17</sup>, jf. tabel 5.3. Til sammenligning viser den nationale sundhedsprofil 2010 baseret på

---

<sup>16</sup> Sundhedsvæsenets Begrebsbase, <http://begrebsbasen.sst.dk>.

<sup>17</sup> Opgørelser af antal personer med kronisk sygdom afhænger af den konkrete sygdomsafgrænsning. Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen desuden inkluderer personer med udvalgte kroniske psykiske sygdomme i deres opgørelse af antallet af personer med kronisk sygdom (Monitorering af kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2011). Inkluderer psykiske sygdomme lider ca. 1.3 mio. personer med kronisk sygdom pr. ultimo 2010.

selvrapporteret data, at i alt 33,4 pct. af den voksne befolkning havde en eller flere langvarige sygdomme, langvarige eftervirkning af skade eller handicap<sup>18</sup>.

De mest udbredte kroniske sygdomme er hjerte-karsygdomme, som mere end 650.000 borgere lider af, mens mere end 250.000 borgere har hhv. diabetes eller en kronisk lungesygdom, jf. tabel 5.4.

Personer der - foruden kronisk sygdom - har en psykisk lidelse er særligt sårbare og derfor særligt afhængige af et velfungerende samarbejde mellem kommune, sygehus og almen praksis. Omkring 190.000 personer har både en eller flere kroniske sygdomme og en psykisk lidelse<sup>19</sup>.

Blandt de ældre medicinske patienter har størstedelen (90 pct.) ligeledes en eller flere kroniske sygdomme, jf. tabel 5.4.

**Tabel 5.4.**

**Antal personer med kronisk sygdom, herunder ældre medicinske patienter, år 2010, tusinde personer**

|  | 1.000 personer |
|--|----------------|
| <b>Personer med kroniske sygdomme</b>                    | <b>1.029</b>   |
| Ikke gensidigt udelukkende kategorier af kronisk sygdom: |                |
| - heraf med diabetes                                     | 284            |
| - heraf med hjerte-karsygdomme                           | 656            |
| - heraf med kroniske lungesygdomme                       | 279            |
| - heraf med knogleskørhed og leddegigt                   | 125            |
| <b>Ældre medicinske patienter<sup>20</sup></b>           | <b>103</b>     |
| - heraf personer med kronisk sygdom                      | 91             |

Anm: Den samme person kan have mere end én kronisk sygdom, hvorfra antallet af personer i de enkelte sygdomsgrupper ikke summer til antallet af personer med kronisk sygdom i alt.

Kilde: SSI og egne beregninger

En væsentlig del af de borgere, der lever med kronisk sygdom, har to eller flere sygdomme (multisygdom). Omkring 25 pct. af alle personer med kronisk sygdom har to eller flere samtidige kroniske sygdomme, mens det er tilfældet for godt 33 pct. af personer med kronisk sygdom i alderen 65 år eller derover. Forekomsten af multisygdom er således særligt udbredt blandt den ældre befolkning.

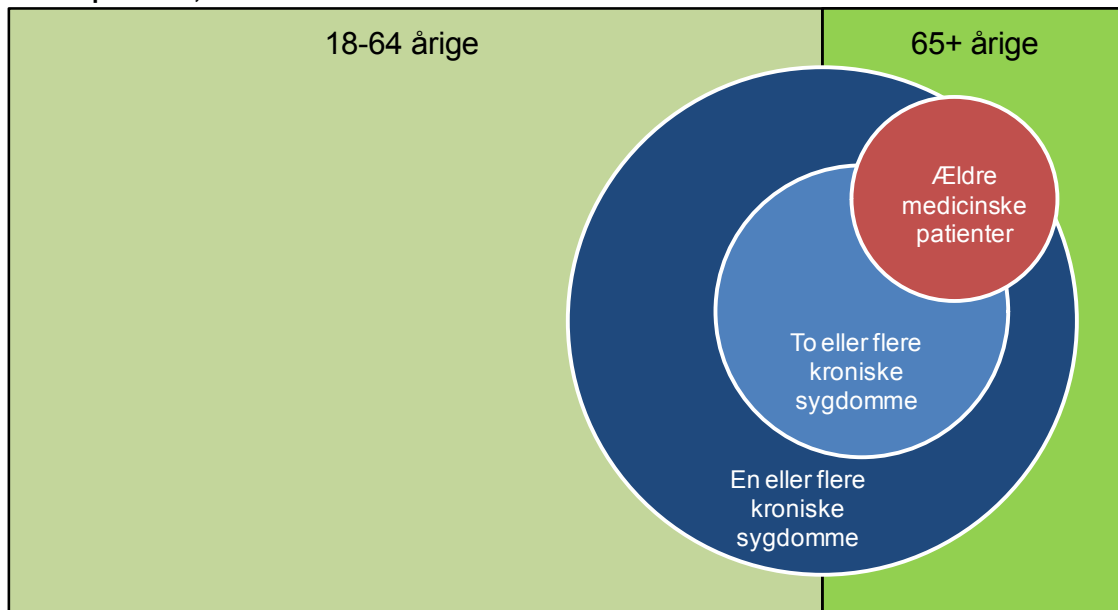
Figur 5.1 neden for illustrerer sammenfaldet mellem personer med kronisk sygdom, multisygdom og ældre medicinske patienter.

<sup>18</sup> Kilde: <http://www.sundhedsprofil2010.dk>

<sup>19</sup> Kilde: Statens Serum Instituts registerbaseret kronikermonitorering.

<sup>20</sup> Defineres som personer over 65 år der har været indlagt på en medicinsk afdeling i løbet af det seneste år.

**Figur 5.1.**  
**Oversigt over sammenfald mellem personer med kronisk sygdom, multisygdom og ældre medicinske patienter, år 2010.**



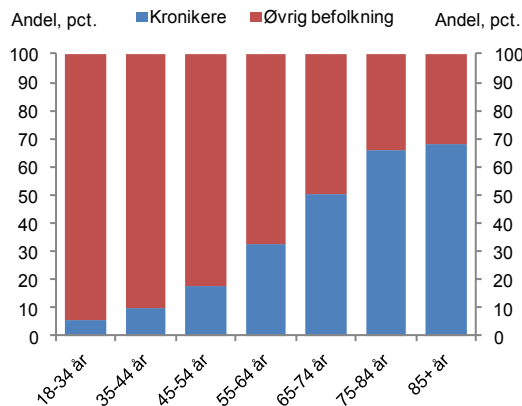
Anm.: Figuren tilstræber at illustrere de udvalgte grupper i det rigtige størrelsesforhold, men ikke fuldstændigt nøjagtigt.

Forekomsten af kronisk sygdom er tiltagende med alderen, jf. figur 5.2. For de yngste aldersgrupper er andelen med kronisk sygdom således under 10 pct., stigende til godt 15 og 30 pct. for henholdsvis de 45-54 årige og de 55-64 årige. Omkring halvdelen af de 65-74 årige lider af en kronisk sygdom, mens omkring 66 pct. af de +75-årige lider af en kronisk sygdom.

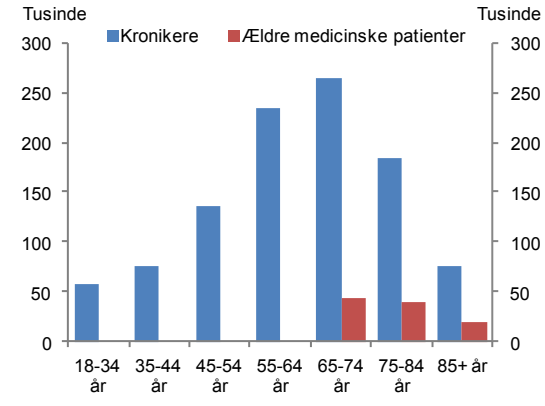
I absolutte termer er der dog tale om et væsentligt antal borgere med kronisk sygdom også blandt de yngre aldersgrupper. Således er der næsten 150.000 personer med kronisk sygdom blandt de 45-54 årige, næsten 250.000 blandt de 55-64 årige, godt 250.000 blandt de 65-74 årige og ca. 180.000 blandt de 75-84 årige, jf. figur 5.3. Der er således en stor spredning i aldersprofilen for personer med kronisk sygdom, hvorfor relevansen af patientrettede forebyggelsesindsatser målrettet personer med kronisk sygdom ikke alene er begrænset til de ældste borgere.

De ældre medicinske patienter er som nævnt i denne sammenhæng definatorisk alle 65 år eller derover. Godt 40 pct. er i aldersgruppen 65-74 år, knapt 40 pct. er mellem 75-84 år, mens 20 pct. er 85 år eller derover, jf. figur 5.3.



**Figur 5.2****Andel personer med kronisk sygdom fordelt på aldersgrupper, år 2010.**

Kilde: SSI og egne beregninger

**Figur 5.3****Antal personer med kronisk sygdom samt ældre medicinske patienter fordelt på aldersgrupper, år 2010.**

Kilde: SSI og egne beregninger

Forbruget af sundhedsydelse blandt borgere med kronisk sygdom er betydeligt højere end for den øvrige befolkning, jf. figur 5.2. De gennemsnitlige regionale sundhedsudgifter<sup>21</sup> til borgere med kroniske sygdomme (30.249 kr. pr. person pr. år) er mere end to gange højere end for den resterende befolkning (14.725 kr.), mens udgifterne til personer med mere end én kronisk sygdom er endnu højere (44.382 kr.).

Det høje forbrug af regionale sundhedsydelser betyder, at personer med kronisk sygdom lægger beslag på en betydelig del af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Samlet set udgør sundhedsudgifter til personer med kronisk sygdom – 25 pct. af den voksne befolkning - omkring 31 mia. kr., hvilket svarer til næsten halvdelen af de samlede sundhedsudgifter til den voksne befolkning, jf. figur 5.2.

**Tabel 5.5.****Regionale sundhedsudgifter til borgere med kronisk sygdom, år 2010.**

|  | Antal tusinde personer (pct. af voksne befolkning) | Regionale sundhedsudgifter |             |                          |
|--|--|----------------------------|-------------|--------------------------|
|  |  | Kr. per person             | Mia. kr.    | Pct. af samlede udgifter |
| <i>Personer på 18 år eller derover</i>       |  |                            |             |                          |
| <b>Hele den voksne befolkning</b>            | <b>4.331 (100,0)</b>                               | <b>14.725</b>              | <b>63,8</b> | <b>100,0</b>             |
| <b>Personer med kroniske sygdomme</b>        | <b>1.029 (23,8)</b>                                | <b>30.249</b>              | <b>31,1</b> | <b>48,8</b>              |
| - heraf med én kronisk sygdom                | 757 (17,5)   | 25.166                     | 19,0        | 29,9                     |
| - heraf med to eller flere kroniske sygdomme | 272 (6,3)  | 44.382                     | 12,1        | 18,9                     |

Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling og udgifter i praksissektoren, eksklusiv psykiologhjælp. Andele er beregnet i forhold til den voksne befolkning (personer på 18 år eller derover). Kilde: SSI og egne beregninger.

Sundhedsforbruget blandt ældre personer er generelt højere end blandt yngre, hvorfor de gennemsnitlige sundhedsudgifter til kronikere på 65 år eller derover (34.026 kr. pr. person pr. år) kun er lidt højere

<sup>21</sup> De regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling samt udgifter til behandling i praksissektoren (bruttohonorar), eksklusiv psykiologhjælp.

end blandt ældre generelt (29.603 kr.). Derimod har de ældre medicinske patienter markant højere sundhedsudgifter (97.413 kr. pr. person pr. år) end den resterende ældre befolkning.

Den høje forekomst af personer med kronisk sygdom blandt den ældre befolkning betyder, at denne patientgruppe optager en væsentlig del af sundhedsvæsenets samlede ressourcer. Sundhedsudgifterne til ældre personer med kronisk sygdom udgør således næsten 18 mia. kr., svarende til omkring 2/3 af sundhedsudgifterne til den ældre befolkning, jf. tabel 5.6.

Godt 11 pct. af befolkningen over 65 år eller omkring 100.000 personer kan karakteriseres som ældre medicinske patienter, hvorimod ældre medicinske patienters samlede træk på sundhedsvæsenet udgør ca. 36 pct. af sundhedsudgifterne til den ældre befolkning svarende til 10 mia. kr., jf. tabel 5.6.

**Tabel 5.6**  
**Regionale sundhedsudgifter til ældre borgere med kronisk sygdom, 2010.**

| <i>Personer på 65 år eller derover</i>       | Antal tusinde personer<br>(pct. af ældre befolkning) | Regionale sundhedsudgifter |             |                                    |
|--|--|----------------------------|-------------|------------------------------------|
|  |  | Kr. per person             | Mia. kr.    | Pct. af samlede udgifter til ældre |
| <b>Hele den ældre befolkning</b>             | <b>919 (100,0)</b>                                   | <b>29.603</b>              | <b>27,2</b> | <b>100,0</b>                       |
| <b>Personer med kroniske sygdomme</b>        | <b>524 (57,0)</b>                                    | <b>34.026</b>              | <b>17,8</b> | <b>65,6</b>                        |
| - heraf med én kronisk sygdom                | 340 (37,0)   | 28.274                     | 9,6         | 35,3                               |
| - heraf med to eller flere kroniske sygdomme | 184 (20,0)   | 44.646                     | 8,2         | 30,2                               |
| <b>Ældre medicinske patienter</b>            | <b>103 (11,2)</b>                                    | <b>97.413</b>              | <b>10,0</b> | <b>36,8</b>                        |

Anm.: Samme person kan optræde i både gruppen af personer med kronisk sygdom og gruppen af ældre medicinske patienter. Regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling og udgifter i praksissektoren. Andele er beregnet i forhold til den ældre befolkning (personer på 65 år eller derover). Kilde: SSI og egne beregninger.

Den patientrettede forebyggelse er således rettet mod en patientgruppe af betydelig størrelse og tynge, hvilket bl.a. afspejles i de regionale udgifter for borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Det er derfor vigtigt, at den patientrettede forebyggelse er karakteriseret ved sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb. Det er både til gavn for patienten og samfundsøkonomien.

### 5.3.1. Kontaktflade mellem kommune og region

For at illustrere vigtigheden af et sammenhængende sundhedsvæsen er det relevant at opgøre omfanget af snitfladepatienter, der er i kontakt med både det regionale sundhedsvæsen og de kommunale sundhedstilbud. Der findes imidlertid ikke data for de kommunale sundhedstilbud, som på landsplan gør det muligt at analysere kontaktfladerne nærmere. Som følge heraf er der indsamlet data fra 10 udvalgte kommuner<sup>22</sup>. På baggrund heraf er det opgjort hvor mange patienter, der både er i kontakt med sygehusvæsenet og som modtager en af følgende kommunale ydelser<sup>23</sup>:

- borgere i plejecenter eller -bolig

<sup>22</sup> De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg

kommuner. Det har ikke været muligt, at indsamle data fra alle landets kommuner.

<sup>23</sup> Ydelserne er klassificeret sådan, at modtagerne kun tælles med i maksimalt én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem, og endelig praktisk hjælp i eget hjem. Kun modtagere af *varig* hjemmehjælp (fsv a. personlig pleje og/eller praktisk hjælp) er medtaget. Endvidere er personer, der i indeværende år kun har modtaget hjemmehjælp i 1 eller 2 måneder ekskluderet.

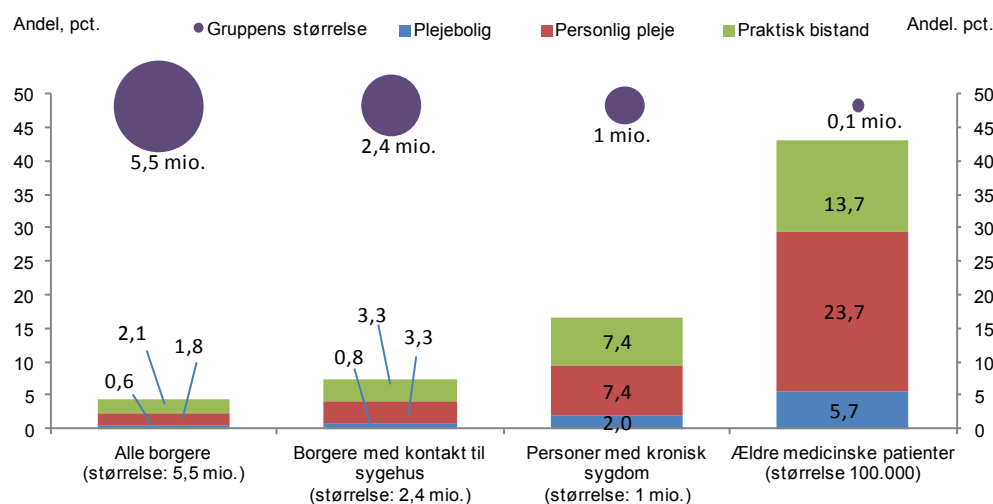
- borgere, der modtager personlig pleje og evt. praktisk hjælp i eget hjem
- borgere, der alene modtager praktisk hjælp i eget hjem

Andre kommunale ydelser kan ligeledes være relevante i relation til den patientrettede forebyggelse – fx borgere der modtager forebyggende tilbud, hjemmesygepleje eller genoptræning. Det har ikke været muligt at inkludere oplysninger om modtagere af hjemmesygepleje mv. i analysen af de 10 kommuner.

På baggrund af KL's Strategiprojekt fra 2010 er det dog estimeret, at omkring 170.000 - 200.000 borgere modtager hjemmesygepleje. Dette tal omfatter både de borgere, der modtager hjemmesygepleje i eget hjem, og de borgere, der modtager hjemmesygepleje på plejecentrene. Det skal bemærkes, at der formodentligt er betydeligt sammenfald med gruppen af borgere, der modtager praktisk hjælp og personlig pleje.

Resultatet af analysen af de 10 kommuner er sammenfattet i figur 5.4, som viser andelen af personer med en af de tre udvalgte kommunale kontaktfælder. Andelen er opgjort for 4 forskellige borger- og patientgrupper: Hele befolkningen, borgere med kontakt til sygehus, personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter.

**Figur 5.4.**  
**Andelen af udvalgte borger- og patientgrupper som modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser, pct.**



Anm.: De lille bobler angiver størrelsen på den borger- og patientgruppe, som andelen er beregnet for. Figuren dækker 10 udvalgte kommuner (Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg kommuner)  
Kilde: SSI og egne beregninger.

Analysen af de ti udvalgte kommuner viser, at omkring 2,4 pct. af borgerne i disse kommuner, fortrinsvist ældre, modtager kommunale ydelser i form af tilbud om plads på plejecenter eller personlig pleje i eget hjem, jf. figur 5.4. På landsplan svarer det skønsmæssigt til omkring 135.000 borgere<sup>24</sup>.

Herudover modtager yderligere 2,1 pct. af borgerne praktisk bistand i eget hjem (ingen personlig pleje), jf. figur 5.4. På landsplan svarer det skønsmæssigt til omkring 115.000 borgere. Netop denne kontakt-

<sup>24</sup> Tallet er estimeret på landsplan på baggrund af andelen fra analysen af 10 kommuner.

flade vurderes dog at have mindre sundhedsfaglig relevans end personlig pleje i eget hjem, men kan have betydning i forhold til den tidlige opsporing og relevant indgriben ved begyndende svækkelse af borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter<sup>25</sup>. Det er netop disse patientgrupper, der er omfattet af de snitfladeproblemtikker, som dette afsnit omhandler. Antallet af borgere der har kontakt med både kommuner og regioner, er underestimeret i disse analyser. Det skyldes bl.a., at det kun er de varige modtagere af personlig pleje, der er omfattet, samt at hjemmesygeplejen ikke indgår.

Omkring 85-90 pct. af borgerne har i løbet af ét år kontakt til almen praksis, og hver borger har i gennemsnit 7 kontakter til almen praksis om året. Omkring 13 pct. af disse kontakter medfører henvisning til det øvrige sundhedsvæsen.<sup>26</sup> Da almen praksis i løbet af et år ser størstedelen af befolkningen, rummer kontakterne også et stort potentiale for tidlig opsporing og forebyggelse af unødvendige indlæggelser.

Omkring 40-50 pct. af en patientpopulation (i almen praksis) er også i kontakt med det øvrige sundhedsvæsen i løbet af ét år. Det svarer til, at omkring 2,4 mio. borgere er i kontakt med sygehusvæsenet i løbet af et år. Af denne gruppe er omtrentligt 4,1 pct. i kontakt med kommunen i form af tilbud om plads på plejecenter eller personlig pleje i eget hjem, mens yderligere 3,3 pct. modtager praktisk hjælp i eget hjem, jf. figur 5.4.

Omkring 1 mio. i den voksne befolkning har en eller flere kroniske sygdomme. Blandt disse borgere med kronisk sygdom, som er den primære målgruppe for patientrettet forebyggelse, modtager knapt 10 pct. kommunale ydelser i form af tilbud om plads på plejecenter eller personlig pleje i eget hjem, jf. figur 5.4. Yderligere 7,4 pct. af kronikergruppen modtager praktisk hjælp i eget hjem.

På landsplan er der omkring 100.000 ældre medicinske patienter<sup>27</sup>, hvoraf mere end 90 pct. endvidere har en eller flere kroniske sygdomme. Blandt de ældre medicinske patienter er næsten 30 pct. i kontakt med kommunen i form af tilbud om plads på plejecenter eller personlig pleje i eget hjem, mens yderligere 14 pct. af de ældre medicinske patienter modtager praktisk hjælp i eget hjem, jf. figur 5.5.

Ovenstående gennemgang har fokuseret på *antallet* af personer, der har en fælles snitflade mellem regioner og kommuner. Udfordringen med snitfladepatienter afhænger imidlertid også af *tyngden* af de patienter, der er i kontakt med både region og kommune.

Analysen af de 10 udvalgte kommuner viser som sagt, at kommunerne igennem deres tilbud om plejebolig og personlig pleje i eget hjem kontakt med omkring 2,4 pct. af befolkningen. Patienttyngden er imidlertid større blandt disse snitfladepatienter end for befolkningen generelt, hvorfor deres træk på det somatiske sygehusvæsen udgør 11,2 pct. af de samlede sundhedsudgifter, jf. tabel 5.7.

Det skyldes, at grupperne af borgere på plejecentre (30.948 kr. pr. person pr. år) og modtagere af personlig pleje i eget hjem (61.503 kr.) begge har et højere sundhedsforbrug end ældre borgere i almindelighed (24.917 kr.), jf. tabel 5.7. Kommunen har via disse indsatser kontakt med omkring 45 pct. af de

---

<sup>25</sup> Det bemærkes, at ca. 33 pct. af den praktiske hjælp i eget hjem leveres af private leverandører (Frit valg i ældreplejen, KREVI, 2011).

<sup>26</sup> Kilde: *Kontakt- og sygdomsmønstret i almen praksis 2008*, Forskningsenheden for almen praksis, Århus Universitet.

<sup>27</sup> Ældre medicinske patienter defineres her som patienter over 65 år, der har været indlagt på en medicinsk afdeling i løbet af det seneste år.

ældre (65+ årige), der indlægges med en forebyggelig diagnose og mere end 40 pct. af de ældre, der genindlægges.<sup>28</sup>

**Tabel 5.7.**  
**Regionalt sundhedsforbrug blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser – 10 udvalgte kommuner**

|   | Gruppens andel af den samlede befolkning, pct. | Gruppens andel af de samlede sundhedsudgifter, pct. | Regionale sundhedsudgifter pr. person i år 2010, kr. |
|---|--|---|--|
| Hele befolkningen   | 100,0  | 100,0   | 11.724 kr.   |
| Indbyggere på 65 år eller derover                                   | 16,8   | 35,7  | 24.917 kr.   |
| Borgere på plejecentre  | 0,6  | 1,5   | 30.948 kr.   |
| Modtagere af personlig pleje (og evt. praktisk hjælp) i eget hjem   | 1,8  | 9,7   | 61.503 kr.   |
| Modtagere af praktisk hjælp i eget hjem (men ingen personlig pleje) | 2,1  | 6,6   | 37.420 kr.   |

Anm.: De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg kommuner. Ydelserne er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem.  
Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse m.fl. (2012): Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse.

Som opsummering har kommunerne igennem deres tilbud om plejebolig og personlig pleje i eget hjem kontakt med omkring 2,4 pct. af befolkningen svarende til skønsmæssigt 135.000 personer på landsplan. Snitfladepatienternes samlede træk på sundhedsvæsenet udgør ca. 11 pct. af sundhedsudgifterne i regionerne. Snitfladepatienterne udgør 4 pct. af patienterne i sygehusvæsenet, 10 pct. af gruppen af personer med kronisk sygdom og ca. 30 pct. af de ældre medicinske patienter. Herudover har kommunerne en sundhedsrelateret kontakt med borgere, der fx modtager forebyggende tilbud, hjemmesygepleje eller genoptræning, hvorfor antallet af snitfladepatienter er underestimeret<sup>29</sup>.

## 5.4 Snitfladeproblematikker i den patientrettede forebyggelse

Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, er gensidigt afhængige af hinandens indsats i forhold til forebyggelse samt behandling og pleje, idet behandlingsforløb for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter ofte er karakteriseret ved længere, tværsæktorielle og ikke-lineære forløb med vekslende behov for tilbud på sygehus, i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen. Dette afsnit præsenterer en række af de udfordringer, der eksisterer i snitfladen mellem det kommunale sundhedsvæsen, sygehus og almen praksis:

- Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud
- Mangelfuld forpligtelse af parterne i sundhedsaftaler mv.
- Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens
- Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation
- U hensigtsmæssig incitamentsstruktur

<sup>28</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse m.fl. (2012): Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse.

<sup>29</sup> Der foreligger ikke entydige opgørelser af, hvor stor en andel af de kontakter, der bliver pålagt medfinansiering, som vedrører borgere, der har været i kontakt med kommunale pleje- og sundhedstilbud. Fx viser en analyse foretaget af Århus kommune at det drejer sig om 2 pct., mens en analyse fra Frederiksberg Kommune viser at det drejer sig om 20 pct.

#### 5.4.1. Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud

Det delte ansvar mellem regioner og kommuner om den patientrettede forebyggelse kan skabe uklarhed og gråzoner i forhold til, hvem der gør hvad. En uklar arbejdsdeling indebærer en risiko for, at der forekommer overlappende tilbud på sygehuse, i almen praksis og i kommuner, og i andre tilfælde, at der ikke bliver givet tilstrækkelige tilbud.

Uklarheden om arbejdsdelingen kan således forårsage, at patienterne oplever et usammenhængende forløb<sup>30</sup>. Dels er der risiko for, at opgaven ikke bliver løst, dels risiko for at flere sektorer varetager samme opgave. Overgangsproblematikken er blandt de emner, som patienter vurderer mindre positivt, når de i forbindelse med Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser er blevet spurgt om deres oplevelser af deres indlæggelsesforløb<sup>31</sup>.

Et eksempel på en central indsats i den patientrettede forebyggelse, hvor der kan opleves udfordringer i forhold til arbejdsdelingen, er patientuddannelsesområdet. I de centrale udmeldinger om indsatsen for mennesker med kroniske sygdom er der peget på, at der bør sikres sygdomsspecifik undervisning, både i forløbet i primærsektoren og i forbindelse med sygehusindlæggelser.

#### Gråzoner mellem kommunale tilbud og sygehuse

Som nævnt i kapitel 4 har udviklingen i sundhedsvæsenet, hvor sygehusbehandlingen samles og specialiseres, betydet, at snitfladerne mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen løbende ændrer sig. I denne udvikling er det vigtigt at have fokus på opgavefordelingen bl.a. for at undgå overlappende tilbud. Der er således behov for at have fokus på at undgå overlappende opgaveløsning og parallelle tilbud, fx også i forhold til opgavefordeling mellem kommunens sygeplejetilbud og sygehuset vedrørende den akutte indsats for ældre medicinske patienter og patientuddannelsesstilbud.

Det er fx en udfordring for sygehusene og almen praksis, at kommunernes tilbud kan være forskellige eller ikke-eksisterende, idet de dermed er tilbøjelige til at opretholde uddannelseselementer, der med fordel kan placeres i kommunerne for at sikre, at alle personer med kronisk sygdom modtager et relevant tilbud. Udfordringen er primært aktuell i mindre kommuner, der ikke har etableret et tilbud, og som måske har svært ved at få etableret tilbuddene<sup>32</sup>.

I regioner og kommuner sættes der på at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering i stor skala, og anvende telemedicin som led i behandlings- eller plejetilbud. Udviklingen betyder, at der kan være behov for at etablere nye samarbejdsstrukturer omkring den telemedicinske behandling mellem sygehus og kommunal hjemmepleje, herunder en præcisering af ansvars- og opgavefordelingen. Udbredelsen af telemedicin stiller således nye krav til samarbejdet på tværs af sektorer. Det ændrer ved snitfladerne i samarbejdet mellem sygehusvæsenet og den kommunale hjemmepleje i den telemedicinske behandling, eksempelvis når behandlings- og plejeopgaven udføres samtidigt. Helt konkret kan der nævnes telemedicinsk sårvurdering, *jf. boks 5.7*.

---

<sup>30</sup> Den kroniske patient – nærbilleder af livet med kronisk sygdom, DSI 2009

<sup>31</sup> Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011

<sup>32</sup> Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen 2009

**Boks 5.7.****Telemedicinsk sårvurdering**

Med den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin er regeringen, KL og Danske Regioner enige om at udrulle telemedicinsk sårvurdering i hele landet.

35-40.000 borgere anslås at have sår på fødder eller ben som følge af enten diabetes eller dårlig venefunktion. Sårene heler langsomt og risikerer at give alvorlige komplikationer, der i værste fald kan føre til amputation. Ét sår kræver ofte mange behandlinger, før det er helet, bl.a. fordi patientens bagvedliggende sygdom ikke forsvinder.

Med telemedicinsk sårvurdering tager den kommunale hjemmesygeplejerske et foto af såret med sin mobiltelefon, der sender det til en webbaseret sårjournal. På sygehuset vil en læge eller en specialiseret sårsygeplejerske se billedet og journalen og skrive tilbage i den, fx med nye anvisninger på behandling eller ny medicin. Borgeren kan også logge på sin egen journal og følge udviklingen i behandlingen – og behøver i øvrigt ikke afbryde sin hverdag for at tage til behandling på sygehuset.

Den nye arbejdsform illustrerer, at hjemmesygeplejersken gennem telemedicin får en ekspert at rådføre sig med – og bliver med tiden selv dygtigere. Med bedre kvalitet i behandlingen heler sårene hurtigere. Det betyder færre besøg af de kommunale sygeplejersker og færre udgifter til transport af skrøbelige borgere til og fra sygehuset. Desuden sparer specialister på sygehusene tid, når de kun skal tilse patienter med de mest komplicerede sår.

**Gråzoner mellem kommunale tilbud og almen praksis**

Snitfladen mellem almen praksis og kommunale sundhedstilbud kan i nogle tilfælde udgøre en gråzone med risiko for udvikling af parallelle tilbud. I takt med at almen praksis i stigende grad anvender praksispersonale, og i takt med at kommunerne opruster på sundhedsområdet, vil der blive opgaver, som fagligt set kan varetages både i kommuner og almen praksis. Det er som udgangspunkt ikke hensigtsmæssigt, at der udvikles parallelle systemer, der dublerer opgaverne.

Arbejdsgruppen vurderer, at der ikke altid er systematik i, hvilke patienter der behandles i almen praksis, og hvilke der håndteres i hjemmesygeplejen. Det indebærer en risiko for, at praksissygeplejersken løser opgaver, der egentligt bør være hjemmesygeplejerskens ansvar og vice versa. Der er således behov for at målrette almen praksis' ressourcer mod den medicinske forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov og indledende motiverende samtale, mens de specifikke forebyggende tiltag i form af fx rygestoptilbud, diætvejledning og anden patientuddannelse varetages af kommunen<sup>33</sup>. Udover forebyggelsesområdet kan der også være andre gråzoner fx sårpleje.

**5.4.2. Mangelfuld forpligtelse af parterne i sundhedsaftaler mv.****Sygehusenes og kommuners mangelfulde forpligtelse i sundhedsaftalerne**

Kommuner og regioner forpligter hinanden gennem sundhedsaftalerne. Evalueringer af sundhedsaftalerne viser imidlertid, at der kan være implementeringsudfordringer og langt fra aftale til praksis, samt at der er områder, hvor aftaleparterne ikke lever op til det aftalte. Der henvises til kapitel 9 for en nærmere beskrivelse og vurdering af sundhedsaftalerne.

<sup>33</sup> Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008

### Manglende forpligtelse af almen praksis

Regionerne har ifølge sundhedsloven ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder almen praksis. De nærmere vilkår for tilbud om vederlagsfri lægehjælp til gruppe-1 sikrede hos alment praktiserende læge er fastlagt i overenskomst om almen praksis, som er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Som det fremgår af boks 5.8 nedenfor er vilkårene for almen praksis i vid udstrækning reguleret i overenskomsten. Den lovgivningsmæssige regulering fra staten fastsætter alene de helt overordnede krav til regionernes myndighedsopgave samt autorisationskrav til lægerne.

| <b>Boks 5.8.<br/>Reguleringsmæssige rammer for praksissektoren</b>  |  |   |
|---|--|---|
| <b>Staten</b>   | <b>Regionen</b>  | <b>Landsdækkende og lokale samarbejdsudvalg (paritet), jf. overenskomst</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Fastsætter lovgivningsmæssige rammer</li><li>• Borgernes retigheder og regionernes forpligtelse til sundhedstjenester</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Myndighedsansvar for praksissektoren</li><li>• Myndighedsansvar for lægevagts og akutberedskab</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Fastlæggelse af praksislægenes opgaver og kvalitetskrav</li><li>• Udarbejdelse af praksisudviklingsplan, herunder rekruttering og fastholdelse</li><li>• Planlægningsforudsætninger for praksisudviklingsplan</li><li>• Lægedækning, antal praksisser og antal patienter pr. læge</li><li>• Patienters muligheder for valg og skift af læge</li><li>• Organisering, ejerskab og vedtægter for praksis</li><li>• Ansættelse af læger i praksis</li><li>• Vilkår for regionsdrevet klinik</li><li>• Vilkår for lægevagt</li><li>• Honorarsystem og honorarstørrelser</li><li>• Økonomistyring /økonomiprotokollat</li><li>• Kontrol og tilsyn</li></ul> |

Kilde: Sundhedsloven og Overenskomst om almen praksis

Opgavefordelingen betyder, at reguleringen er aftalebaseret og bygger på et paritetsprincip, hvor Praktiserende Lægers Organisation og RLTN skal være enige i ændringer af overenskomsten.

Twister om overenskomsten afgøres af de regionale samarbejdsudvalg, der også drøfter praksisudviklingsplan mm. jf. nedenfor. Ved uenighed er det i sidste ende Landssamarbejdsudvalg (LSU) bestående af medlemmer udpeget af RLTN, herunder en kommunal repræsentant og medlemmer udpeget af PLO.

På regionalt niveau er der mulighed for at supplere eller fravige landsoverenskomsten ved såkaldte § 2-aftaler, der indgås mellem regionen og lægernes regionale praksisudvalg. En § 2-aftale kan fx vedrøre forhold for alle praksis i regionen, praksis i én kommune eller en enkelt praksis. Der er ikke i landsoverenskomsten begrænsninger på, hvilke emner en § 2-aftale kan omhandle.



Eftersom regionerne og praksissektoren, som henholdsvis bestiller og leverandør, på en række punkter ikke har sammenfaldende interesser i forhold til reguleringen af praksissektoren, medfører det nuværende system en helt overordnet styringsmæssig udfordring for regionerne i forhold til at imødekomme de fremtidige hovedudfordringer.

Ydelser i almen praksis er således en del af det regionale ansvar, men det nuværende aftalesystem sikrer ikke tilstrækkelig effektivt, at de praktiserende læger inden for overenskomstens økonomisk gældende rammer indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen som sammenhængende forløb og patientrettede forebyggelsesindsatser forudsætter.

Det fremgår af den nuværende overenskomst, at almen praksis er forpligtet til at samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen med udgangspunkt i fx regionale forløbsprogrammer. Endvidere fremgår det, at almen praksis, som en integreret del af det øvrige sundhedsvæsen, indgår i et forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb. Til trods herfor oplever Danske Regioner og KL udfordringer med at skabe sammenhæng mellem almen praksis og det øvrige kommunale og regionale sundhedsvæsen. Dette understøttes af Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Hovedkonklusionen i rigsrevisionens beretning gengives nedenfor i boks 5.9.

#### **Boks 5.9.**

##### **Hovedkonklusion i Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren<sup>34</sup>**

Rigsrevisionen har i undersøgelsen især haft fokus på at vurdere, om Finansministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne sikrer en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. De aftaler, som styringen baserer sig på, er komplekse og forskellige fra område til område. Dette er historisk betinget og er et resultat af forhandlingerne med de enkelte yderes organisationer.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at regionernes indsats for at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren på det seneste er blevet styrket, og at der på flere områder arbejdes med fremrettede initiativer. Der er dog forskel på regionerne, og Rigsrevisionen finder det væsentligt, at regionernes indsats på området fortsat forbedres.

Det er dog også Rigsrevisionens vurdering, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der er således behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styringsmuligheder. Bl.a. er der behov for at forbedre regionernes muligheder for at kontrollere og følge op på de ydelser, der leveres.

Samlet set finder Rigsrevisionen, at Finansministeriet og Sundhedsministeriet i samarbejde med regionerne bør øge indsatsen for at etablere mere hensigtsmæssige rammer, herunder bedre redskaber til styring, kontrol og opfølgning på aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

I kraft af den praktiserende læges særlige generalistkompetencer udfylder almen praksis en funktion som indgang til det øvrige sundhedsvæsen og som tovholder for patienten. Almen praksis kan gennem den hyppige kontakt til borgerne på et tidligt tidspunkt iværksætte en forebyggende indsats for at und-

<sup>34</sup> Beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren, Rigsrevisionen 2012

gå udvikling af sygdomme, der er relateret til livsstil eller forværring af allerede opståede sygdomme, fx ved at henvise til kommunale tilbud. Almen praksis har dermed en nøglefunktion i forhold til at understøtte målet om tidlig opsporing og at undgå unødvendige indlæggelser, herunder genindlæggelser af ældre medicinske patienter.

Det er i den forbindelse en udfordring, at regionen ikke i højere grad har mulighed for at definere de ydelser, som almen praksis skal levere, herunder nærmere krav til indhold, kvalitet m.v. Dertil kommer, at regionerne ikke kan kontrollere og eventuelt sanktionere, hvis en almen praksis ikke leverer de aftalte ydelser.

De praktiserende læger har i nogle tilfælde behov for hjælp til udredning fra det specialiserede niveau. Det kan bl.a. være tilfældet, når almen praksis ikke selv råder over det nødvendige tekniske udstyr, eller når den praktiserende læge ikke har den specialviden eller de specialkompetencer, der er nødvendige. De praktiserende læger har fx behov for let adgang til diagnostiske undersøgelser på sygehus, en tæt dialog omkring henvisninger, kort svartid og forudsigelighed i svartid og let adgang til rådgivning fra specialiseret niveau. Etablering af diagnostiske enheder i regionerne kan bidrage til at sikre dette, jf. afsnit 4.3.3.4.

Almen praksis har også flere snitflader til kommunerne. Samarbejdet sker særligt omkring behandling af patienter, der også er i kontakt med kommunen, fx ældre og borgere med kroniske sygdomme. Samarbejde mellem almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje er centralt i forhold til både tidlig opsporing og behandling og pleje i borgerens eget hjem. Desuden samarbejder almen praksis og kommunerne om det socialmedicinske samarbejde vedr. individuelle sager. Endelig henviser almen praksis til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Det anses for væsentligt, at der etableres et tæt samarbejde imellem den kommunale sundhedssektor, herunder hjemmesygeplejen, personalet på plejecentre m.v., og de praktiserende læger, især i relation til behandlingen af ældre medicinske patienter. Dette kommer særligt tydeligt til udtryk i relation til borgere, som bor i plejecentre og plejehjem, som oftest vil være de svageste borgere. Fra kommunalt hold gives ofte udtryk for, at det kan være svært at komme i kontakt med den enkelte borgers praktiserende læge. Omvendt har de praktiserende læger også ofte svært ved at komme i kontakt med de relevante enheder/personer i kommunen og på sygehusene.

Sundhedskoordinationsudvalgene er nedsat for at understøtte sammenhængende behandlingsforløb. Almen praksis er repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalgene, men sundhedsaftalerne slår ikke direkte igennem overfor almen praksis, men skal udmøntes via overenskomstsyste­met, hvor PLO har vetoret i de besluttende organer.

### **5.4.3. Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens**

#### **Regionernes rådgivningsforpligtelse**

Ifølge Sundhedslovens § 119, stk. 3 skal regionsrådet tilbyde rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter samme paragrafs stk. 1 og 2. Regionens rådgivning af kommunerne vedrører således hele den kommunale forebyggelsesindsats, dvs. både kommunens rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter. Hvordan den enkelte region tilrettelægger sin rådgivning er en lokal beslutning, som afstemmes med de kommunale behov, rammer og prioriteringer. Sygehusene besidder en fagligt specialiseret viden om eksempelvis de kroniske sygdomme, som kan styrke de kommunale rehabiliteringsindsatser, overvågning af kronikerområdet (bl.a. sundhedsprofiler), forskning, kompetenceudvikling og kvalitetsarbejde på området. Den viden er relevant for både i almen praksis og

i kommunerne<sup>35</sup>. Regionernes rådgivning kan således bidrage til at sikre kvalitet samt sammenhængende og smidige overgange mellem region og kommune i forhold til kronikerindsatsen<sup>36</sup>.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at rådgivningsforpligtelsen ikke har været fungeret godt nok hidtil.

#### **Utilstrækkelig dokumentation og videndeling**

Arbejdet med systematisk registrering og dokumentation af aktiviteter har pågået i sygehussektoren i mange år, hvorfor sygehusvæsenet i dag på en række punkter er et veldokumenteret område. Der foreligger ikke samme tradition for registrering og dokumentation i praksissektoren eller i kommunerne<sup>37</sup>, hvilket kan gøre det svært at få overblik over, hvilke ydels er en borger modtager på tværs af sektorerne. Ligeledes hæmmer det videndeling og udbredelse af bedste praksis, hvilket også fremhæves af kommunerne<sup>38</sup>. Der ses desuden udfordringer i monitoreringen af effekten af sundhedsaftalerne, forløbsprogrammer mv., idet der særligt vedrørende den kommunale indsats og indsatsen i almen praksis mangler muligheder for at trække relevante data om dele af indsatserne i patientforløbene. Mangel på data – eller utilstrækkelig adgang til eksisterende data – gør det svært at udvikle og optimere indholdet i sundhedsaftalerne, og der er indikationer på, at implementeringen ikke når ud i alle relevante led eller er tilstrækkeligt koordineret.

Kommuner og regioner er gensidigt afhængige af hinandens indsats i forhold til forebyggelse, behandling og pleje. Det er derfor centralt at have veldokumenterede tilbud og gennemsigtighed i indsatserne på tværs af sektorer. Det er således afgørende, at sygehuse, almen praksis og kommuner er bekendt med såvel sygehusenes som kommunernes tilbud. Dette er imidlertid en udfordring<sup>39</sup>, og der er eksempler på, at medarbejderne på sygehuset og de praktiserende læger utilsigtet informerer patienterne om tilbud, kommunen slet ikke har, eller som patienten ikke har mulighed for at anvende i den konkrete situation og vice versa. Mere specifikt er et godt samspil bl.a. betinget af, at almen praksis har nem adgang til ajourførte oversigter over kommunernes forebyggelsestilbud, der kan henvises til. Erfaringerne fra 18 kommunale sundhedscentre viser desuden, at især manglende viden om centrenes tilbud har betydet, at de praktiserende læger ikke har henvist patienter i det ønskede omfang<sup>40</sup>.

#### **5.4.4. Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation**

Det organisatoriske setup i kommuner og regioner samt kompetencerne hos personalet, skal være gearret til at varetage den patientrettede forebyggelse, herunder tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Det er ikke altid tilfældet, jf. boks 5.10.

Som del af arbejdet i udvalget vedr. patientrettet forebyggelse er der udarbejdet en rapport<sup>41</sup>, der afdækker de kommunale indsatser og samarbejde med sygehuse og almen praksis, der kan forebygge indlæggelser og ambulante kontakter på det somatiske område. Fokus er bl.a. på de ældre medicinske

---

<sup>35</sup> Patientrettet forebyggelse, DSI, 2012

<sup>36</sup> Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3, Sundhedsstyrelsen, 2009

<sup>37</sup> Forebyggelse af indlæggelser, DSI, 2011

<sup>38</sup> Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, COWI, 2012

<sup>39</sup> Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, COWI, 2012

<sup>40</sup> Statens Institut for Folkesundhed, 2008

<sup>41</sup> "Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt", COWI, 2012

patienter og kronisk syge. I rapporten bliver der bl.a. peget på, at følgende indsatser har størst potentiale for at forebygge indlæggelser mv.<sup>42,43</sup>:

- Tæt dialog og samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
- Kompetenceudvikling af frontpersonale
- Akutte/subakutte kommunale tilbud
- Opfølgende hjemmebesøg

Særligt i forhold til tidlig opsporing og handling vurderes dialogen og samarbejdet mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen at være afgørende. Hjemmehjælperne skal have et sted at aflevere de observationer, som de gør hos borgerne, og drøfte relevante handlemuligheder. En rapport fra 10 kommuner og to hospitaler i Region Hovedstaden viser samme tendens, nemlig at det kan være svært for hjemmeplejen at få afleveret relevante observationer hos borgerne, bl.a. tidlig opsporing af sygdom, hvis der organisatorisk er barrierer for samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og hjemmehjælperen<sup>44</sup>, jf. boks 5.10.

I en rapport fra KL peges der ligeledes på, at adskillelsen af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen kan betyde, at det kan være svært at sikre det fornødne samarbejde og den fornødne sparring mellem faggrupperne<sup>45</sup>.

#### **Boks 5.10.**

##### **Udfordringer i forbindelse med forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser<sup>46</sup>**

En analyse baseret på journalaudit af 79 indlæggelsesforløb for patienter, der modtager hjemmepleje-, sygepleje-, eller praktiske ydelser fra kommunerne, med forebyggelige diagnoser viser at;

- Langt størstedelen af indlæggelserne kan forebygges, hvis kommunerne sætter ind på et tidligt tidspunkt, hvor borgerens almentilstand bliver ændret og/eller forværret.
- Patienterne var syge, da de blev indlagt, og der var på indlæggelsestidspunktet ikke noget alternativ til en indlæggelse.
- Social- og sundhedshjælperne i kommunerne havde i langt størstedelen af forløbene tidligt observeret, at borgerens almentilstand var forværret, men der var ingen modtagere af observationerne.
- I de sidste 1-2 uger op til indlæggelsen er kommunerne typisk klar over, at borgeren er indlæggelsestruet, og reagerer ved at sætte ekstra besøg på hos borgeren.
- De ekstra besøg mangler mål og plan for besøgene og har derfor ringe effekt ift. at forebygge en indlæggelse. Kommunerne ender derfor både med udgiften til de ekstra besøg og udgiften til medfinansieringen ved indlæggelsen.
- Hospitalerne tænker ikke i forebyggelse af genindlæggelser, når patienten udskrives.
- Hospitalernes personale har ikke blik for, hvordan de forebyggelige tilstande/sygdomme kan fore-

42 Udvælgelseskriterier Grundlaget for at udvælge disse indsatser har været, at de opfylder mindst tre af følgende fire kriterier: (1)

Der findes en vis dokumentation for effekten af indsatsen i forhold til at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter, (2) de 10 kommuner under ét og (3) mindst to regioner vurderer, at indsatsens potentiale er stort, og (4) indsatsen har en vis volumen.

43 Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, COWI, 2012

44 "Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser", 2012

45 "Udfordringsrapport – fremtidens hjemmesygepleje", KL, 2011

46 "Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser", 2012, udarbejdet af Gribskov Kommune, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital.

bygges

- I 75 % af genindlæggelserne, der blev gennemført journalaudit på, var der tale om en forebyggelig diagnose ved både primærindlæggelsen og genindlæggelsen.
- Mellem 40 % og 60 % blev indlagt udenfor egen læges åbningstid, altså via Vagtlægen.

Samlet viser analyser, at det organisatoriske set up og kompetenceniveauet er en vigtig faktor for, hvordan den patientrettede forebyggelse finder sted, herunder mulighederne for at lave tidlig opsporing i kommunalt regi, særligt i den kommunale hjemmesygepleje og hjemmeplejen.

Som det fremgår af ovenstående kan nogle indlæggelser og genindlæggelser forebygges, hvis der sættes ind på et tidligt tidspunkt i forløbet. Denne viden er særlig relevant, når den kobles med det faktum, at der eksisterer en geografisk variation i antallet af genindlæggelser<sup>47</sup>.

Analysen fra udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse viser en betydelig variation i borgernes forbrug af regionale sundhedsydelser mellem kommuner på tværs af landet såvel som inden for samme region. Forskellen mellem kommunerne med de højeste og laveste medfinansieringsudgifter er godt 30 pct., svarende til en forskel på mere end 500 kr. pr. indbygger, når der er justeret for forskelle i køns- og alderssammensætningen. En del af denne variation skyldes forskelle i borgernes sundhedstilstand, sociale forhold samt udbudsmæssige faktorer. Dertil må variationen også i et vist omfang skyldes forskelle i kommunernes forebyggelses-, pleje- og sundhedsfremmende indsats, herunder forskelle i samarbejdet med det regionale sygehusvæsen og almen praksis.

Forskellen i kommunernes udgifter kan som beregningseksempel illustreres ved, at kommunernes udgifter til medfinansiering isoleret set ville være knap 800 mio. kr. lavere, hvis borgere i alle kommuner med et højere sundhedsforbrug pr. indbygger end kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter – standardiseret for køn og alder – fik nedbragt borgernes sundhedsforbrug (og dermed medfinansieringsudgifter) til dette niveau. En sådan reduktion i det regionale sundhedsforbrug ville alt andet lige beregningsteknisk indebære en reduktion af produktionsværdien i sygehusvæsenet og praksissektoren på samlet set omkring 3,2 mia. kr. Det er dog ikke undersøgt, hvordan og i hvilket omfang kommunale variationer i det regionale forbrug af sundhedsydelser mest hensigtsmæssigt kan reduceres, herunder hvorvidt dette mest hensigtsmæssigt, ud fra en sundhedsfaglig og økonomisk synsvinkel, sker via indsatser i kommunalt eller regionalt regi.

Ovenstående kan være en indikation på, at der er tale om uensartet kvalitet på tværs af regioner og kommuner. Det må antages, at organisering og kompetenceniveau spiller en afgørende rolle i denne henseende, jf. boks 5.9.

#### **Utilstrækkelig kommunikation i overgange mellem sektorer**

Kommunikation er særligt afgørende for at skabe tilstrækkelig kvalitet i overgangene mellem kommune, sygehuse og almen praksis i forhold til at sikre effektiv behandling og pleje af patienterne. Det handler fx om udveksling af information mellem hjemmesygeplejen, hospital og praktiserende læge før og efter indlæggelse. En tidlig og relevant dialog om borgerne skal være med til at styrke samarbejdet mellem sektorerne, der er involveret i patientforløbet, og være med til at sikre, at borgerne kan udskrives så hurtigt og sikkert som muligt samt bidrage til at forebygge genindlæggelser.

---

<sup>47</sup> Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008, Sundhedsstyrelsen 2009

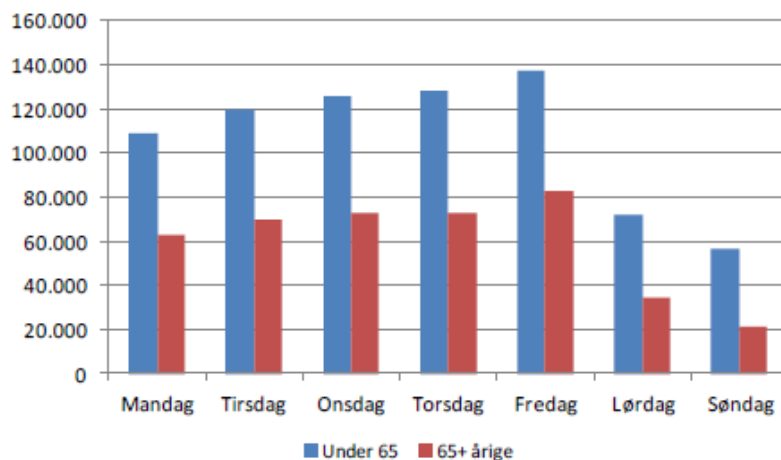
Undersøgelser viser<sup>48</sup>, at hjemmeplejen, plejehjems personale og/eller sygeplejersker fra kommunerne i mange indlæggelsesforløb er med til at indlægge patienter ved at ringe til vagtlægen eller egen læge. I den forbindelse er det vigtigt, alle relevante oplysninger om patienten gives videre til egen læge/vagtlægen, som overdrager dem til sygehusene ved indlæggelse, herunder dokumentation fra omsorgssystemer mv. i kommunerne, information om medicin mv.

Det er imidlertid ikke kun ved indlæggelse, at kommunikationen skal forbedres. En række kommuner påpeger nemlig, at der er behov for en bedre informationsudveksling i forbindelse med udskrivning fra sygehus, herunder mere fyldestgørende udskrivelsesrapporter med særligt information om ændringer i medicinordinationen<sup>49</sup>. En anden undersøgelse fastslår også, at informationsudveksling ved udskrivelse er en kilde til frustration blandt frontmedarbejdere. Her fremhæves bl.a. vigtigheden af at viden vedrørende patientens funktionsniveau og medicin viderefremmes<sup>50</sup>.

Meget kommunikation mellem sektorerne kan i dag foregå elektronisk. Spredte datakilder og manglende adgang til relevante patientdata på tværs af kilder er fortsat en udfordring i sundhedsvæsenet, herunder manglende implementering af relevante MedCom kommunikationsstandarder<sup>51</sup>.

Hertil kommer, at flere patienter udskrives fra sygehusene om fredagen i forhold til andre ugedage.

**Figur 5.5.**  
**Antal udskrivinger for hhv. personer over og under 65 år fordelt efter udskrivningsdag i 2010**



Kilde: Fredagseffekt - en analyse af udskrivningstidspunktets betydning for patientens genindlæggelse, KL, 2012

At patienterne udskrives op til weekenden afføder et yderligere behov for kommunikation mellem sygehus og kommuner. Manglende kommunikation i forbindelse med fredagsudskrivinger kan øge risiko-

<sup>48</sup> "Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser", 2012, udarbejdet af Gribskov Kommune, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital.

<sup>49</sup> Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, COWI, 2012

<sup>50</sup> Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2011-2014 i Region Sjælland, DSI, 2012

<sup>51</sup> Kommunestatistik for juni, juli og august 2012, medcom.dk

en for genindlæggelse, hvis kommunen ikke er orienteret om udskrivelsen og evt. særlige behov eller ændringer i patientens medicin.

Det er således vigtigt, at den relevante information om en patient, når vedkommende bliver udskrevet, tilgår kommunen i de tilfælde, hvor de skal tage over, således at kommunen kan være klar til at modtage borgeren efter udskrivelse. Der kan ligeledes være et behov for udvikling af redskaber, der sikrer, at eksempelvis den specialiserede viden fra sygehusene videregives, og at der reageres relevant på dem i hjemmesygepleje og hjemmeplejen. Ligeledes er det vigtigt, at hjemmesygeplejen bidrager med oplysninger og dokumentation om borgere, der er i behandling i såvel almen praksis som på et sygehus. Behovet for hurtige oplysninger fra kommunerne understreges af, at flere ældre medicinske patienter indlægges akut, og at informationsbehovet på sygehusene derfor opstår indenfor en kort tidsramme – døgnet rundt.

#### **5.4.5. U hensigtsmæssig incitamentsstruktur**

Den demografiske udvikling, et ændret sygdomsbillede, ny medicin og nye behandlingsmetoder mv. indebærer en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser. I en tid med pressede offentlige finanser gør det styring af sundhedsvæsenet til en af velfærdssamfundets største udfordringer. Det er derfor afgørende, at der opnås mest mulig sundhed for pengene. Det stiller krav om de rette incitamentsstrukturer til understøttelse af bl.a. effektive forebyggelsesindsatser og samarbejde herom mellem kommuner og regioner, herunder praksissektoren og sygehusene.

De økonomiske modeller og finansieringssystemer er forskellige i kommunerne og regionerne. Kommunerne er grundlæggende rammestyrer. Regionerne har ligeledes en fast udgiftsramme, mens regionernes finansiering til en vis grad afhænger af, hvor meget aktivitet, regionen leverer. Honorarstrukturen og honorarniveauet for de alment praktiserende læger er fastlagt i overenskomsten. Det nuværende honorarsystem er en kombination af et fast honorar pr. tilmeldt patient i praksis (basis honorering) og en aktivitetsafhængig honorering, hvor lægen honoreres for at have kontakt til sine patienter og for at udføre behandlinger og undersøgelser. Dertil kommer et fast tilskud i form af et praksisomkostningshonorar. Efter ændringen af overenskomsten med virkning fra den 1. april 2011 vurderes det, at basis honoraret vil udgøre ca. 29 pct. af den samlede honorering.

Styrings- og finansieringsmodellerne i praksissektoren og på sygehusene er således centreret omkring aktivitet og understøtter ikke i tilstrækkeligt omfang sammenhæng, tværgående forløb og LEON-princippet. Opbygningen af incitamentsstrukturen kan således i nogle henseender udfordre et omkostningseffektivt samarbejde om den patientrettede forebyggelse. Spørgsmålet om økonomiske incitamenter bliver generelt behandlet i udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet.

Der henvises desuden til bilag 1 for en nærmere beskrivelse og vurdering af den kommunale medfinansiering.

Efter at have beskrevet en række udfordringer i arbejdet med den patientrettede forebyggelse, vil der i det følgende afsnit præsenteres mulige løsningsforslag og anbefalinger til, hvorledes den patientrettede forebyggelsesindsats kan styrkes.

## 5.5 Arbejdsgruppens forslag og anbefalinger til at styrke den patientrettede forebyggelse

Der er igangsat en række tiltag, der bl.a. har til formål at imødegå ovennævnte udfordringer med henblik på at skabe mere sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb for bl.a. personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Bl.a. kan næves Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient fra december 2011, som indeholder en række initiativer, der har til formål at styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløb for denne patientgruppe. Som følge af handlingsplanen skal der bl.a. etableres fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter, opfølgende hjemmebesøg, samt udarbejdes en oversigt over kommunale tilbud på sundhed.dk til brug for sygehuse og almen praksis.

Dette afsnit har til formål at præsentere løsningsforslag til de snitfladeproblematikker, der eksisterer mellem regioner og kommuner vedrørende den patientrettede forebyggelse, jf. afsnit 5.4 og boks 5.2.

### 5.5.1. Nye samarbejdsmodeller og justering af samarbejdsmodeller

Der eksisterer en række formelle samarbejdsmodeller, som fx sundhedsaftalerne, der har til formål at styrke den patientrettede forebyggelse, herunder samarbejdet mellem de forskellige sektorer. De eksisterende samarbejdsmodeller kan med fordel styrkes for at imødekomme en række af de ovennævnte snitfladeproblematikker. Der kan som supplement til de eksisterende samarbejdsmodeller med fordel arbejdes med udformningen af nye samarbejdsmodeller.

#### Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer

Såvel sundhedsaftaler som forløbsprogrammer har til formål at bidrage til sammenhængene patientforløb og en klar arbejdsdeling mellem sektorer. Det er arbejdsgruppens vurdering, at sundhedsaftalerne bør styrkes for i højere grad at forpligte parterne til systematisk at samarbejde om den patientrettede forebyggelse.

#### Anbefaling 5.1

##### Fem sundhedsaftaler - én i hver region

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der sker en styrkelse af sundhedsaftalerne, så disse baserer sig på 5 sundhedsaftaler – én i hver region – og tager afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner, på de obligatoriske indsatsområder – med særligt fokus på patientrettet forebyggelse og samarbejdet om personer med kronisk sygdom.
- At der sikres det fornødne rum til at gøre aftalerne tilstrækkeligt fleksible i forhold til kommunernes forskellighed, herunder at de konkrete målsætninger kan variere fra kommune til kommune.

Der henvises til kapitel 9 for yderligere anbefalinger til at styrke sundhedsaftalerne.

Forløbsprogrammerne for kroniske sygdomme udmøntes som nævnt via sundhedsaftalerne, men der ses i både kommuner, regioner og almen praksis udfordringer i forhold til at implementere forløbspro-



grammerne op til det aftalte ambitionsniveau. Det kan betyde for stor variation i indsatsen overfor kroniske patienter.

Sundhedsstyrelsen har i 2008 udgivet et generisk forløbsprogram, som regioner og kommuner kan tage udgangspunkt i ved udarbejdelsen og implementeringen af sygdomsspecifikke forløbsprogrammer i kommuner og regioner. Sundhedsstyrelsen er i færd med at videreudvikle det generiske forløbsprogram<sup>52</sup>. Den videreudviklede generiske model vil omfatte et bredere sundheds- og forløbsbegreb med større vægt på tidlig opsporing, patientrettet forebyggelse, sårbare patienter, herunder multisyge, samt rehabilitering og palliation. Det afspejles blandt andet ved, at modellen kommer til at indeholde moduler, der supplerer og uddyber centrale temaer med det formål at vejlede og inspirere ved udarbejdelsen og revisionen af forløbsprogrammer.

#### **Anbefaling 5.2**

##### **Forpligtelse til at implementere forløbsprogrammer**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammerne er en del af sundhedsaftalerne, herunder at opfølgning og monitorering sker som led heri.

Systematisk implementering af forløbsprogrammer i regi af sundhedsaftalerne kan understøtte indsatsen af faglig kvalitet på laveste, effektive omsorgsniveau, så sundhedspersoners faglighed anvendes mest hensigtsmæssigt. Gennem brug af øget dokumentation og monitorering af implementeringsindsatser kan forskelle i graden af implementering af forløbsprogrammer i regi af sundhedsaftalerne tydeliggøres. Endvidere kan der opnås større ensartethed i tilbuddene ved at dokumentere indsatsens mål og resultater. Således kan monitoreringsdelen af et forløbsprogram intensiveres gennem øget fokus på kvalitetsaspekter – herunder såvel den kliniske, organisatoriske som den patientoplevede kvalitet.

Redskaber til dokumentation og monitorering kan styrke kommunale og regionale parter incitament til på ledelsesniveau at påtage sig ansvar for at implementere forløbsprogrammerne i yderste led.

#### **Forpligtelse af almen praksis**

Som beskrevet ovenfor under pkt. 5.3.3 er ydelserne i almen praksis en del af det regionale ansvar, men det er inden for rammerne af det nuværende aftalesystem ikke i tilstrækkelig grad lykkedes at få de praktiserende læger til på forpligtende vis at indgå i det integrerede sundhedsvæsen som samme n-hængende forløb og patientrettede forebyggelsesindsatser forudsætter.

Dette understøttes af Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Det er ganske vist Rigsrevisionens vurdering, at regionernes indsats for at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren på det seneste er blevet styrket, og at der på flere områder arbejdes med fremrettede initiativer. Rigsrevisionen konstaterer, at der dog er forskel på regionerne, og Rigsrevisionen finder det væsentligt, at regionernes indsats på området fortsat forbedres.

<sup>52</sup> Den videreudviklede generiske model er sendt i høring den 5. september 2012 med frist den 20. september 2012. Det forventes, at modellen udkommer i sidste kvartal 2012.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren, hvorfor der er behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styringsmuligheder. Bl.a. er der behov for at forbedre regionernes muligheder for at definere de ydelser som almen praksis skal levere, herunder det konkrete indhold og kvaliteten i ydelserne samt at kontrollere og følge op på de ydelser, der leveres.

Øgede regionale styringsmuligheder i forhold til almen praksis skal bidrage til at opnå budgetsikkerhed og begrænse udgiftsstigningen på området. Øget regional styring af almen praksis skal også medvirke til, at regionen kan realisere den samlede sundhedsplanlægning inden for de givne økonomiske rammer. En bedre styring af almen praksis er samtidig forudsætningen for at integrere og styrke almen praksis' rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Da almen praksis som nævnt har en nøglefunktion i det samlede sundhedsvæsen er det vigtigt at regionen har planlægningskompetencen til at sikre tilstrækkelig kapacitet i alle egne af landet, fx i områder med langt til nærmeste sygehus, at der ikke opbygges en overkapacitet i områder, lægerne anser for særligt attraktive, og at tilbuddene er tilgængelige for alle borgere, herunder borgere med behov for særligt handicapvenlige adgangsforhold.

Styringen af almen praksis er som nævnt i øjeblikket meget centreret om ydelser og aktivitet. Regional styring af opgavevaretagelsen i almen praksis handler i høj grad også om kvalitet og indhold. Regionerne har også brug for indholdsmæssig styring, der kan give tilstrækkelig sikkerhed for, at opgaver udføres eller ikke udføres i almen praksis for at realisere sundhedsplanlægningen, eksempelvis forløbsprogrammer eller "pakker" målrettet patienter med særlige sygdomme. Formålet er også at undgå overlappende funktioner (jf. afsnit 5.4.1) og at muliggøre dataudveksling på tværs af sektorer.

Med økonomiaftalen for 2013 mellem regeringen og regionerne er parterne blevet enige om at arbejde for, at regionerne skal have øgede styringsmuligheder. Da rammerne for aktiviteten i almen praksis efter den gældende ordning som ovenfor nævnt udgøres af overenskomsten om almen praksis har den offentlige part (RLTN) rejst denne styringsdagsorden i forbindelse med forhandlinger om fornyelse af overenskomsten, som er påbegyndt i efteråret 2012 med henblik på, at en ny aftale kan træde i kraft den 1. april 2013.

### **Anbefaling 5.3**

#### **Regioner tildeles øgede styringsmulighed i forhold til almen praksis**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionerne får øgede styringsmuligheder i forhold til almen praksis.

### **5.5.2. Styrket faglighed**

Samarbejdet omkring sundhedsaftalerne har været med til at mindske opbygning af parallelle tilbud og harmonisere de indsatser, der foregår på sygehuse, i kommunerne og i almen praksis.

Det delte ansvar for den patientrettede forebyggelsesindsats er også en ressource, der kan styrke kvaliteten i indsatsen. I forhold til telemedicinsk sår vurdering viser de foreløbige erfaringer eksempelvis, at samarbejdet mellem sygehuslæger og den kommunale hjemmesygepleje har styrket fagligheden og kvaliteten i indsatsen til gavn for patienterne, jf. "bedre anvendelse af IT" nedenfor.

Kliniske retningslinjer er også et instrument til at sikre ensartet og høj kvalitet i udredning, behandling, pleje og rehabilitering. Der er via finansloven for 2012-2015 afsat 20 mio. kr. årligt til nationale kliniske retningslinjer, der beskriver diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper. De nye kliniske retningslinjer vil understøtte en styrket faglighed i pleje og rehabilitering af personer med fx kronisk sygdom og ældre medicinske patienter.

#### **Fokusering af regionernes rådgivningsforpligtelse (sundhedslovens § 119, stk. 3)**

Rådgivningsforpligtelsen blev indført i sundhedsloven i forbindelse med kommunalreformen med henblik på at understøtte kommunernes nye opgaver på forebyggelsesområdet. Siden har regioner og kommuner bl.a. i regi af sundhedsaftalerne arbejdet med at bringe den faglige viden i regioner og på sygehusene i anvendelse i kommunerne. Udfordringen for regioner og kommuner har imidlertid været, at vejledningen til sundhedslovens § 119 stk. 3 om regionernes forebyggelsesopgaver er forholdsvist løs. Siden vejledningens udarbejdelse i 2009 er der desuden sket en stor udvikling i regioner og kommunernes samarbejde og kommunernes behov for rådgivning. Det vurderes, at en yderligere målretning og systematisering af rådgivningsforpligtelsen i forhold til behovet i kommunerne kan være med til at øge kvaliteten af kommunernes forebyggelsestilbud. Samtidig bør modtagersiden i kommunen i højere grad systematisk gøre brug af den viden, der stilles til rådighed.

#### **Anbefaling 5.4**

##### **Fokusering af regionernes rådgivningsforpligtelse**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionernes rådgivningsforpligtelse systematiseres og målrettes kommunernes behov for rådgivning, samt at kommunerne i højere grad gør brug af den viden, der stilles til rådighed. Dette foreslås aftalt mellem regioner og kommuner i sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsens vejledning om regionernes forebyggelsesopgaver skal på den baggrund revideres.

#### **Større fleksibilitet i forhold til at trække på sundhedsfaglige kompetencer på tværs af sektorer**

Afsættet for sundhedsvæsenets organisering bør i højere grad være patientens behov, og sundhedsvæsenets indsats bør struktureres og tilrettelægges herefter. Det er vigtigt, at den overordnede organisatoriske ramme i sundhedsvæsenet er fleksibel i den forstand, at den skal tage højde for dels patientgrupperes forskellige behov, dels at sundhedsvæsenet hele tiden udvikler sig. Fx giver den teknologiske udvikling i form af eksempelvis telemedicin nye muligheder for organisering af patientforløb, herunder for at understøtte øget egenbehandling i hjemmet.

I den forbindelse skal der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet. Den specialiserede viden, der findes i sygehusregi, skal i højere grad bringes i spil i forhold til indsatsen i kommuner og almen praksis. Tilsvarende skal kommunerne i højere grad have adgang til sundhedsfaglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi, hvilket kan aftales med regionerne fx i regi af sundhedsaftalerne. Formålet er at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel opgavevaretagelse, bl.a. med henblik på at sikre at en stigende andel af behandling og pleje af patienten kan foregå med eget hjem som omdrejningspunkt.

#### **Anbefaling 5.5**

##### **Større fleksibilitet i forhold til at trække på sundhedsfaglige kompetencer på tværs af sektorer**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, herunder at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regionen får mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel opgavevaretagelse.

#### **5.5.3. Bedre organisering og ressourceanvendelse**

Et sammenhængende sundhedsvæsen med smidige og effektive patientovergange mellem de forskellige sektorer kan understøttes af de rette incitamentsstrukturer og en optimal organisering. Dette er relevant i forhold til alle de identificerede problemområder.

##### **Organisering og kommunikation**

Regioner og kommuners organisering og kommunikation skal fungere optimalt for at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Som det fremgår af afsnit 5.4, er der eksempler på, at kommunikationen ikke foregår optimalt, ligesom der er eksempler på at ressourcerne ikke anvendes mest effektivt. Parallelle eller delvist overlappende tilbud er resourcespild, og understøtter ikke LEON-princippet. Hver sektor skal således fokusere på egne spidskompetencer, hvilket blandt andet indebærer, at kommunerne ikke skal etablere egentlige lægefaglige tilbud.

#### **Anbefaling 5.6**

##### **Tilgængelig information om patientrettede forebyggelsestilbud**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At information om sygehusenes og kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud gøres tilgængelig for alle aktører i sundhedsvæsenet med henblik på at sikre borgerne det rette tilbud og undgå etablering af parallelle tilbud.

Kommunernes organisering og kommunikation mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen skal understøtte forebyggelse af ambulante sygehuskontakter, indlæggelser og genindlæggelser. Som det fremgår af afsnit 5.4.4 kan adskillelsen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen betyde, at det er svært at sikre det fornødne samarbejde og den fornødne sparring mellem faggrupperne. Organiseringen af den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje skal derfor understøtte dialog og samarbejde mellem enhederne, bl.a. med henblik på at understøtte tidlig opsporing m.v.

##### **Business case modeller**

Øget sammenhæng i og samarbejde om omkostningseffektive indsatser kan understøttes gennem anvendelse af bl.a. business case modeller. Ved hjælp af business case modeller kan de forskellige aktører samarbejde omkring interventioner og tiltag på sundhedsområdet. Konceptet for business case modeller handler om at opgøre konsekvenserne af en investering. Det kan gøres ved at analysere omkostninger og gevinster ved to scenarier – at foretage investeringen og ikke foretage investeringen – og på baggrund heraf designe en fælles løsning.

Business case model løsningen er forudsat om kostningsneutral eller omkostningsforbedrende, idet en forudsætning for at foretage investeringen er en afvejning af gevinster og omkostninger. Udarbejdelse af detaljerede business cases eller tilsvarende redskaber skal medvirke til, at fremtidige forebyggelsestiltag kan finansieres således, at både regioner og kommuner har incitament til at medvirke i opbygningen af tiltag med en dokumenteret positiv virkning på samfundsøkonomien. Forudsætningen er her, at omkostninger finansieres af de parter, der opnår gevinstene. Såfremt en business case dokumenterer, at investeringer i en konkret kommunal forebyggelsesindsats medfører regionale gevinster eller at regionale investeringer medføre kommunale besparelser, bør det være den part der har økonomiske gevinster, der finansierer indsatsen. I de tilfælde, hvor både kommuner og regioner opnår gevinster, deles parterne om finansieringen.

#### **Boks 5.11.**

##### **Eksempel på mulig business case**

#### **Udredning, vurdering og behandling af sårbare ældre**

##### **Indhold**

Et udvidet samarbejde mellem en kommune og et sygehus omkring udredning, vurdering og behandling af sårbare ældre med henblik på at undgå indlæggelse, så borgeren i stedet kan komme hjem til egen bolig samme dag – eller på en af kommunens midlertidige døgnpladser.

- Kommune leverer sygepleje, omsorg og mobilisering
- Sygehus leverer diagnostik, behandling, lægefaglig ekspertise og fysiske rammer

##### **Business case**

- Omkostninger: Ressourcer fra kommune og sygehus
- Gevinster: Indlæggelser af ældre undgås

En kvantificering af omkostninger og gevinster for involverede parter danner grundlag for hvorledes tiltaget finansieres og af hvem.

Til at understøtte business case model løsninger, er der behov for, at der udarbejdes retningslinjer for dokumentation af de kliniske og økonomiske effekter ved nye tiltag og interventioner. Dette skal sikre, at konsekvenser af investeringer i forskellige tiltag og interventioner opgøres på en standardiseret måde på tværs af kommuner og regioner. Udarbejdelsen af standardiserede tværsektorielle business cases skal medvirke til, at der etableres et ensartet vidensgrundlag, der kan skabe bedre forudsætninger for den fortsatte udbredelse af dokumenterede og omkostningseffektive patientrettede forebyggelsestiltag. En business case model kan dels anvendes som et lokalt instrument til at forbedre samarbejdet mellem de forskellige parter, dels anvendes som grundlag for at udrulle dokumenterede løsninger på landsplan.

#### **Anbefaling 5.7**

##### **Dokumentation af patientrettede forebyggelsestiltag**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At staten, kommuner og regioner i fællesskab dokumenterer kliniske og økonomiske effekter ved patientrettede forebyggelsestiltag, der bl.a. understøtter sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

## Integrated care

For særligt udsatte patientgrupper og personer med flere kroniske sygdomme kompliceres de typiske behandlings- og plejeforløb af at foregå på tværs af sektor- og faggrænser. Det skaber et styrket behov for, at der leveres koordinerede og sammenhængende forløb, hvor samarbejdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis, er velfungerende. På den baggrund er der både i Danmark, men særligt internationalt, udviklet forskellige typer af samarbejdsmodeller, hvor forskellige sektorer og faggrupper tager et fælles ansvar for den enkelte patient, og leverer integrerede sundheds- og plejetilbud. Sådanne tværssektorielle samarbejdsmodeller omtales ofte under samlebetegnelsen *integrated care*:

*"a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a mean to improve services in relation to acces, quality, user satisfaction, and efficiency"* (Gröne & Garcia-Barbero, WHO 2002).

Målet med integrated care er således at levere den bedst mulige pleje for den lavest nødvendige samlede omkostning ved at skifte fra reaktiv pleje af de syge til proaktiv identificering og forebyggelse med fokus på specifikke afgrænsede sygdoms- eller borgergrupper, som fx brug af individuelle planer og koordineret samarbejde på tværs af sektorer til at dække borgerens sundheds- og plejerelevante behov. Integrated care skal levere bedre kvalitet og oplevelse for borgeren, skabe faglig udvikling og fjerne frustrationer ved at bringe sundhedspersonalet i tættere samarbejde samt skabe besparelser ved bl.a. at reducere antallet af indlæggelser og sygehusbesøg ved at sikre, at borgeren bliver kanaliseret til sundhedstilbud på laveste effektive omkostningsniveau (LEON).

Der er fortsat behov for et forstærket samarbejde mellem kommuner og regioner for at løse de eksisterende snitfladeproblemer. Hvordan og hvorledes et sådan samarbejde kan styrkes gennem integrated care modeller er der behov for at undersøges nærmere. Et eksempel herpå er et forsøg under regeringens frikommuneforsøgstema, hvor Odense Kommune og Region Syddanmark vil afprøve en model for integrated care i 2013-2016.

### Anbefaling 5.8

#### Videreudvikling af organisatoriske samarbejdsmodeller

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der i kommuner og regioner arbejdes videre med organisatoriske modeller, der bl.a. understøtter sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Udarbejdelsen af organisatoriske modeller kan fx tage afsæt i konkrete business case modeller, frikommuneforsøgene samt integrated care modeller.

#### 5.5.4. Bedre anvendelse af IT

Bedre it-værktøjer og øget digitalisering er væsentlige redskaber til at understøtte bedre kommunikation og koordinering af tværssektorielle patientforløb i sundhedsvæsenet. It og digitalisering gør det lettere at tilgå eksisterende patientdata på tværs af sektorgrenser og behandler type og dermed øges muligheden for forbedret vidensdeling i den kliniske hverdag. Deling af viden om patienterne er central til for at løfte kvaliteten og patientsikkerhed omkring den enkelte patientbehandling og være med til at forebygge genindlæggelser, medicineringsfejl mv.

Tilsvarende er der forventninger om, at brugen af telemedicin i sundhedsvæsenet har store kvalitetsmæssige og økonomiske potentialer. Det gælder både telemedicin mellem sundhedsfaglige, eksempelvis rådgivning og koordinering via udveksling af billeddata samt telemedicinsk hjemmemonitorering og -behandling, der foregår mellem patienten og den sundhedsfaglige. Gevinsterne ved telemedicin er bl.a. hurtigere behandlingsforløb, større patienttilfredshed, bedre og mere effektiv udnyttelse af ressourcer i kommuner og regioner, samt bedre udnyttelse af den højtspecialiserede faglighed på sygehusene. Samtidig rummer telemedicin gode muligheder for i højere grad at involvere patienten i eget behandlingsforløb.

### **It-understøttelse af datadeling**

Sammenhængende it-systemer på tværs af sektorer med bedre adgang til eksisterende patientdata hos alle relevante parter er en væsentlig forudsætning for at skabe mere sammenhængende patientforløb, særligt mellem regioner, kommuner og praktiserende læger.

Spredte og usammenhængende datakilder og manglende adgang til relevante patientdata på tværs af sektorer er fortsat en udfordring i sundhedsvæsenet, jf. kapitel 8. Dette hindrer, at væsentlige potentielle gevinster ved øget tværsektorielt samarbejde om patienten indhøstes, herunder også i forbindelse med forebyggelsesindsatser.

It-understøttelse af patientforløbet skal sikre, at relevante data om den enkelte patient er let tilgængelige for alle de relevante sundhedsfaglige medarbejdere, der er i kontakt med patienten. Ligeledes er it-understøttelse et vigtigt element for at kunne realisere målene om udredningsgaranti, pakkeforløb, rehabilitering og kronikeromsorg, samt at sikre effektiv, akut behandling, uanset hvor patienten befinder sig.

I arbejdet med den nye digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet, jf. ØA13, vil et af indsatsområdene være bedre it-understøttelse af sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Fokus forventes bl.a. at være et fortsat arbejde med at få den beskedbaserede kommunikation i sundhedsvæsenet fuldt udbredt, herunder særligt mellem sygehuse og kommuner, og at få de tværssektorielle it-infrastrukturprojekter, der skal gøre det nemmere at dele og udveksle patientoplysninger udruillet og ibrugtaget. Det drejer sig bl.a. om projekterne Nationalt Patientindeks og National Serviceplatform, jf. kapitel 8.

Desuden implementeres i løbet af 2012 Fælles Medicinkort (FMK) på hospitaler og hos praktiserende læger i hele Danmark. FMK er en central database hvor alle i medicinoplysninger om den enkelte borger registreres. FMK er således et kommunikationsværktøj, hvor den enkelte borgers medicinstatus for første gang kan vises aktuelt, rettidigt og validt for alle de parter, der er involveret i medicineringen af en patient. Det forventes, at kommunerne har den tekniske løsning af FMK implementeret i hjemmeplejen i løbet af 2014.

Et fuldt udrullet og ibrugtaget FMK vil dermed bidrage til at sikre korrekt medicin for patienten og derved øge patientens sikkerhed, forebygge genindlæggelser og i særdeleshed i forbindelse med sektorskift, hvor behandlingsansvaret skifter. Fuldt ibrugtaget vil FMK således bidrage til at løse problemerne vedrørende udveksling af oplysninger om medicin på tværs af regioner, kommuner og praktiserende læger.

Der udestår dog endnu en betydeligt indsats for at få FMK fuldt udrullet og ibrugtaget i det danske sundhedsvæsen, særligt i almen praksis og i kommunerne jf. kapitel 8.

### **Øget brug af telemedicinske løsninger**

Danske og internationale erfaringer fastslår, at telemedicinske løsninger kan bidrage til at løse flere af sundhedsvæsenets udfordringer. Telemedicinske løsninger forventes således at kunne bidrage til at reducere udgifterne og udnytte ressourcer i kommuner og regioner bedre og mere effektivt. De økonomiske og kvalitative gevinster ved at anvende telemedicin er fx øget opgaveløsning efter LEON-princippet, sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer samt reduktion i antallet af sygehusindlæggelser, indlæggelsesdage og ambulante kontroller. Derudover styrker telemedicin patienternes kompetencer og muligheder for at deltage aktivt i egen behandling.

En udfordring i Danmark er imidlertid, at der indtil videre ikke er gennemført telemedicinske storskala-projekter i tilstrækkeligt omfang og særligt ikke vedr. hjemmemonitorering. Det udestår således at afprøve løsninger på mange patienter for med tilstrækkelig sikkerhed at fastslå effekterne i en driftssituation – både de behandlingsmæssige, kvalitetsmæssige og samfundsmæssige effekter.

Blandt andet på den baggrund offentliggjorde regeringen, KL og Danske Regioner i august 2012 en national handlingsplan for udbredelse af telemedicin. Planen har til formål at modne telemedicinske løsninger med stærkere evalueringer og at udbrede konkrete telemedicinske løsninger i større skala. Dette omfatter bl.a. udbredelse af telemedicinsk sårurdering i hele landet og udbredelse af telemedicinsk behandling til ca. 1440 KOL-patienter i Region Nordjylland.

De udvalgte projekter i handlingsplanen skal vise om de underliggende forudsætninger er til stede, og om forventningerne til potentialet ved at anvende telemedicin i større skala kan indfries.

Med handlingsplanen er sporene desuden lagt for det videre arbejde med at udbrede telemedicin og velfærdsteknologi i Danmark, bl.a. ved at der igangsættes et arbejde med at fastsætte it-standarder for telemedicin og at it-infrastrukturen til opsamling af oplysninger, som borgeren selv registrerer ved hjælp af telemedicin.

På den baggrund og på baggrund af de første erfaringer med de konkrete projekter i handlingsplanen vil det videre arbejde med at udbrede telemedicin og velfærdsteknologi i det danske sundhedsvæsen løftes i regi af nye digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet, jf. ØA13, der vil danne input fra sundhedsområdet til det kommende arbejde med en digitaliseringsreform af velfærdsområder, jf. regeringens grundlaget. Samlet vil dette bidrage til en styrkelse af omkostningseffektiviteten og LEON-princippet samt forbedre patientens sygdomsforløb.

#### **Anbefaling 5.9**

##### **It-understøttelse løftes**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At it-understøttelse af sammenhængende patientforløb løftes, og at telemedicinske løsninger med dokumenteret effekt udbredes som led i at sikre et sammenhængende og omkostningseffektivt sundhedsvæsen med patienten i centrum.

### **5.5.5. Øget gennemsigthed og bedre dokumentation**

Sundhedsområdet er et af de bedst dokumenterede velfærdsområder. Blandt årsagerne er en lang tradition for at dokumentere indsatsen som led i en evidensbaseret tilgang på sygehusene. Dokumentati-



onsarbejdet er nødvendigt for at sikre de bedste forudsætninger for udvikling og forbedring af behandling baseret på evidens og forskning.

Kommunerne har imidlertid ikke samme tradition for dokumentation af bl.a. sundhedsmæssige problemer, uhensigtsmæssige indlæggelser eller effekter af tiltag. En analyse foretaget af KL af, hvorledes hjemmesygeplejen anvender deres tid viser eksempelvis, at omkring 15 pct. af tiden anvendes til at dokumentere. Denne dokumentation sker blot på en sådan måde, at det ikke er muligt systematisk at opsamle data, analysere disse og på en tilstrækkelig meningsfuld måde videreformidle dem til andre relevante dele modtagere som eksempelvis det regionale sundhedsvæsen.

#### **Dokumentation af indsatser/resultater og mål for kvalitet**

Effektive patientrettede forebyggelsesindsatser kræver imidlertid viden om, hvilke indsatser der virker – og hvilke indsatser der virker godt. Dokumentation af sundhedsindsatser er et centralt middel til at sikre denne viden og dermed opnå højere kvalitet, mulighed for prioritering og dermed bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet. For at forbedre videndeling på tværs skal kommuner og regioner fremadrettet evaluere og dokumentere patientrettede forebyggelsesindsatser på sundhedsområdet. Der skal opbygges en tradition for at evaluere og dokumentere effekter af patientrettede forebyggelsesindsatser i både kommuner, almen praksis og på sygehuse.

Gennem en mere målrettet dokumentation af de patientrettede forebyggelsesindsatser vil muligheden for udbredelse af de gode eksempler og bedste praksis kunne ske.

#### **Anbefaling 5.10**

##### **Dokumentation, målsætninger og indikatorer**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At registreringer og dokumentation vedrørende den patientrettede forebyggelsesindsats i regioner og kommuner sker på en systematisk og lettilgængelig måde, der giver grundlag for en målretning af indsatsen, herunder gennem bedre belysning af aktivitet og kvalitet i fx hjemmesygeplejen.
- At regioner og kommuner – i regi af sundhedsaftalerne - i samarbejde opstiller målsætninger med tilhørende indikatorer for den patientrettede forebyggelse i regioner, kommuner og almen praksis, som fx nedbringelse af genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser.

#### **Bedre og mere brugervenlige analysemuligheder i eSundhed og KØS**

Der bør arbejdes på at styrke og yderligere indfri potentialerne i eSundhed og KØS som den centrale platform for videreformidling af sundhedsinformation. Her er der behov for at udbygge brugervenligheden i systemet, så alle kommuner sikres en let adgang til centrale analyser og opfølgning på sundhedsforbruget i kommunen.

Funktionaliteten i systemet ændres således, at de rette informationer er mere tilgængelige, herunder bl.a. etablering af en række relevante standardrapporter på forskellige områder og udvikling af standardiserede diagnosegrupper. Systemets funktionaliteter tilrettes, så det sikres, at de centrale analyser af fx potentialegrupper kan tilgås uden større datamæssige færdigheder. Der skal ligeledes arbejdes videre med at sikre et relevant og opdateret datagrundlag, herunder arbejde for at kommunale data – bl.a.

data om hjemmesygepleje samt ældrepleje og omsorg – i større omfang og mere smidigt tilgår systemet.

**Anbefaling 5.11**

**Videreudvikling af eSundhed og KØS**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At staten i samarbejde med kommuner og regioner forbedrer brugervenligheden i eSundhed og KØS, så disse kan anvendes som ledelsesinformationsværktøj med veludviklede indikatorer, fokusområder og udrækningsmuligheder.
- At der i eSundhed og KØS skabes bedre grundlag for analyser af sundhed på tværs, herunder inddrages data fra ældre- og beskæftigelsesområdet for at give bedre mulighed for opfølgning på indsatser for bestemte grupper mv.

## 6. Fokusområde 2 – genoptræning efter udskrivning fra sygehus

### 6.1. Indledning og sammenfatning

Der fremgår af kommissoriet for underudvalgsarbejdsgruppen for evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet, at arbejdsgruppen bl.a. skal fokusere på: *Genoptræning efter udskrivning fra sygehus, herunder særligt om organiseringen og de nuværende incitamenter fungerer tilfredsstillende med henblik på at sikre en effektiv opgaveløsning samlet set.*

Genoptræning efter sundhedsloven er karakteriseret ved, at indsatsen påbegyndes på sygehus, når sygehuslægen senest i forbindelse med patientens udskrivning udarbejder en genoptræningsplan til ambulant genoptræning på sygehus (specialiseret ambulant genoptræning) eller i kommune (almen, ambulant genoptræning). Denne snitflade mellem sygehus og kommune skaber en række udfordringer:

- Sikrer genoptræningsplanen, at den nødvendige faglige information om patientens genoptræningsbehov kommunikeres rettidigt fra sygehus til kommune?
- Er der den rette faglige balance mellem den (specialiserede) ambulante genoptræning, der skal foregå på sygehus, og den (almene) ambulante genoptræning, der skal foregå i kommunen?
- Har kommunerne den nødvendige faglighed og kapacitet til at tilbyde patienten et rettidigt og fagligt genoptræningstilbud på baggrund af den lægefaglige genoptræningsplan?

Arbejdsgruppen har på den baggrund identificeret en række områder, hvor snitfladen mellem sygehus og kommune skaber en række udfordringer i den regionale og kommunale opgaveløsning, jf. boks 6.1. og afsnit 6.4.

#### **Boks 6.1.**

##### **Snitfladeproblematikker på genoptræningsområdet**

##### **Patientens overgang mellem sygehus og kommune – kommunale forskelle i ventetid til almen ambulant genoptræning**

- Der er markante kommunale forskelle i ventetid på almen ambulant genoptræning, hvilket indikerer, at ikke alle kommuner tilbyder en rettidig genoptræning til patienter, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan. Data for ventetid på genoptræning i kommunen er for nuværende ikke gode nok, men forskellene kommunerne imellem kan ikke alene forklares med mangelfulde data.

##### **Almen versus specialiseret ambulant genoptræning**

- Andelen af specialiserede ambulante genoptræningsplaner er faldet markant fra 2007-2011, men der er fortsat regionale forskelle i andelen af specialiseret ambulant genoptræning, hvilket kan være en indikation på, at genoptræningen ikke løses på laveste, effektive omsorgsniveau.

##### **Patientens overgang mellem sygehus og kommune – overlevering af faglig information om patienter med enkle henholdsvis komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov**

- Genoptræningsplanen i dens nuværende form rummer ikke alle relevante oplysninger om patienter med mere komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

**Kvalitet og kompetencer i den kommunale opgavevaretagelse, herunder særligt i forhold til personer med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, fx personer med erhvervet hjerneskade.**

- Der er almene ambulante genoptræningsopgaver, der er så komplekse eller sjældent forekommende, at de udgør en udfordring for kommunernes tilrettelæggelse af indsatser på genoptræningsområdet.
- En gruppe patienter oplever manglende kvalitet og sammenhæng i kommunernes tilbud om genoptræning og rehabilitering, herunder ift. hjerneskadeområdet.

*Den første udfordring* er, at der er markante kommunale forskelle i ventetiden til almen ambulant genoptræning. Opgørelser fra Sundhedsstyrelsen viser således, at den gennemsnitlige ventetid på almen ambulant genoptræning i 2010 var 28 dage – hvor kommunen med den korteste ventetid tilbød genoptræning 10 dage efter, at genoptræningsplanen var registreret i Landspatientregistret, mens kommunen med den længste ventetid tilbød genoptræning efter 54 dage. Det er på det foreliggende datagrundlag imidlertid vanskeligt at opgøre, i hvilket omfang ventetiden skyldes uhensigtsmæssig kommunikation mellem sygehus og kommune eller forskelle i kommunernes prioritering af området. Data for ventetid på genoptræning i kommunen er behæftet med nogen usikkerhed, men forskellene mellem kommunerne kan ikke alene forklares med dårlige data.

*Den anden udfordring* er, om andelen af specialiseret ambulant genoptræning er i overensstemmelse med intentionerne bag kommunalreformen om, at mest mulig genoptræning skulle foregå i kommunerne som almen ambulant genoptræning. En arbejdsgruppe anbefalede i 2008, at såfremt arbejdsdelingen mellem sygehuse og kommuner på længere sigt fortsat ikke er i overensstemmelse med intentionen bag kommunalreformen, kan det overvejes at se på finansieringsstrukturen, fx ved at overveje at indføre en regional medfinansiering for specialiseret, ambulant genoptræning.

Opgørelser fra landspatientregistret viser, at andelen af specialiserede ambulante genoptræningsplaner er faldet markant fra 2007-2011. Fra 41 pct. i 2007 til 19 pct. i 2011. Der er dog fortsat regional variation i andelen af specialiseret ambulant genoptræning.

Mange patienter udskrives fra sygehus med forholdsvis ukomplicerede genoptræningsbehov, mens et mindre antal patienter udskrives fra sygehus med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

*Den tredje udfordring* er, at komplekse funktionsnedsættelser ikke altid i nødvendigt omfang kommunikerer via genoptræningsplanen, som hovedsageligt har fokus på førigheds- og praktisk-færdighedsmæssige funktionsnedsættelser, hvorimod mentale problemer fx for personer med erhvervet hjerneskade ikke altid i nødvendigt omfang kommunikerer af sygehuspersonale via genoptræningsplanen. Genoptræningsplanen i dens nuværende form rummer således ikke alle relevante oplysninger om patienter med mere komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, herunder hvilket funktionsniveau patienten kan forvente efter endt genoptræning

*Den fjerde udfordring* er, at der er almene ambulante genoptræningsopgaver, der er så komplekse eller sjældent forekommende, at de kan udgøre en udfordring for kommunernes tilrettelæggelse af indsatser

på genoptræningsområdet. En gruppe patienter oplever manglende kvalitet og sammenhæng i kommunernes tilbud om genoptræning og rehabilitering.

Arbejdsgruppen har en række anbefalinger til at styrke indsatsen på genoptræningsområdet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at regionerne får en skærpet myndighedskompetence i forhold til personer med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser. Den skærpede kompetence indebærer, at regionerne skal beskrive mål for indsatsen, inddrage flere fagligheder i beskrivelsen af patientens genoptræningsbehov samt beskrive, hvornår genoptræningen skal iværksættes.

Arbejdsgruppen peger på en række konkrete anbefalinger, der skal styrke indsatsen på genoptræningsområdet, jf. boks 6.2. og afsnit 6.5.

#### **Boks 6.2.**

##### **Oversigt over arbejdsgruppens anbefalinger på genoptræningsområdet**

###### **Styrkelse af sygehusenes udarbejdelse af genoptræningsplaner**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At kommunikationen mellem sygehus og kommune om patienter med enkle og ukomplicerede genoptræningsbehov forenkles, så der kan anvendes færre administrative ressourcer på disse patienter.
- At Sundhedsstyrelsen udvikler et værktøj til sygehusene til stratificering af patienter med enkle henholdsvis komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.
- At sygehuse og kommuner i særlig grad prioriterer samarbejde og kommunikation, der vedrører patienter med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser og med et deraf følgende behov for almen eller specialiseret ambulans genoptræning.
- At sygehusenes kompetence i forhold til at udarbejde genoptræningsplaner, jf. sundhedslovens § 84, skærpes i forhold til gruppen af patienter med de mest omfattende og komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. Regionen får en skærpet kompetence i forhold til at:
  - beskrive den funktionsevne, patienten kan forvente af genoptræningen.
  - beskrive det samlede genoptræningsbehov for patienter med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser, så der er den nødvendige faglige bredde i beskrivelsen af genoptræningsbehovet. Det indebærer, at flere faggrupper skal inddrages, og at der ved behov skal foretages den nødvendige faglige udredning.
  - angive et tidspunkt for, hvornår patienter med behov for alment ambulans genoptræning bør opstartes af kommunen med henblik på iværksættelse af genoptræningen.
- At kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne på træningsområdet løbende følger og drøfter udviklingen i antallet af mere omfattende genoptræningsplaner til patienter med komplekse genoptræningsbehov, herunder at den løbende udgifts udvikling følges.

###### **Styrket kommunal udredning og visitation af patienter med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- En styrket tværfaglig kommunal udredning. Arbejdsgruppen vurderer, at Voksenudredningsmetoden på det sociale område vil kunne udgøre en faglig ramme for en tværfaglig kommunal udredning, samt at dette værktøj i så fald vil skulle videreudvikles af Social- og Integrationsministeriet i

samarbejde med relevante parter.

- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen, KL og Danske Regioner udarbejder vejledende visitationskriterier, der kan understøtte kommunernes visitation af borgeren til tilbud med den nødvendige sundheds- og socialfaglige bredde og specialisering til at varetage indsatsen
- At de kommunale erfaringer med en kommunal(e) koordinatorfunktion(er) i komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsforløb udbredes.

#### **Styrket monitorering af indsatsen på genoptræningsområdet**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- En styrket monitorering af genoptræningsområdet.

#### **Bæredygtighed, faglighed og gennemsigtighed i de specialiserede rehabiliteringsindsatser**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- Øget tværkommunalt samarbejde om almen ambulans genoptræning iflg. sundhedslovens § 140 med henblik på at sikre en forsvarlig løsning af opgaver, som kræver en større patientvolumen, end den enkelte kommune har.
- At det tværkommunale samarbejde i fornødent omfang understøttes af og forankres i sundhedsaftalerne på områder, hvor der også er samarbejde med regionen.
- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner udvikler sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats på hjerneskadeområdet, som skal understøtte, at kommunerne gør brug af tilbud, som besidder den nødvendige faglige bredde og specialisering til at varetage indsatsen. Faglige kvalitetskriterier understøtter i øvrigt større gennemsigtighed på området.
- En øget grad af gennemsigtighed i pris og ydelser bl.a. på baggrund af de vejledende kvalitetskriterier for de specialiserede tilbud på fx hjerneskadeområdet, jf. Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer. Det kan ske ved at udvide den landsdækkende oversigt (Tilbudsportalen) over tilbud efter den sociale lovgivning til også at omfatte tilbud efter anden lovgivning.

Kapitlet er inddelt i fire afsnit. I afsnit 6.2. beskrives rammerne for genoptræningen samt den generelle udvikling på området siden kommunalreformen. I afsnit 6.3. redegøres for snitfladeproblematikkerne på området, mens afsnit 6.4 indeholder arbejdsgruppens forslag og anbefalinger til at styrke indsatsen på genoptræningsområdet.

## **6.2. Genoptræning efter sundhedsloven**

Med kommunalreformen fik kommunerne myndigheds- og finansieringsansvaret for at tilbyde ambulans genoptræning til patienter, der udskrives fra sygehus med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning beskrevet i patientens genoptræningsplan. Kommunerne har endvidere siden 1. august 2008 haft myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi. Det betyder, at myndighedsansvaret for al vederlagsfri træning, der ikke foregår under sygehusindlæggelse, er samlet i kommunerne, jf. tabel 6.1.

Ambulans specialiseret genoptræning skal imidlertid leveres af det regionale sygehusvæsen. I denne situation har bopælskommunen myndigheds- og finansieringsansvaret for opgaven, mens det regionale sygehusvæsen visiterer og har driftsansvaret.

**Tabel 6.1**

**Fordeling af myndighedsansvar, finansieringsansvar, visitation og udførelse på træningsområdet**

|                            | Genoptræning under indlæggelse (1)          | Almen ambulant genoptræning (2) | Specialiseret ambulant genoptræning (3) | Vederlagsfri fysioterapi (4)     | Genoptræning uden forudgående indlæggelse (5) | Vedligeholdelse uden indlæggelse (6) |
|----------------------------|---|---------------------------------|---|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <b>§§</b>                  | SuL § 5                                     | SuL §§ 84 og 140                | SuL §§ 84 og 140                        | SuL 39a                          | SeL § 8                                       | SeL § 86                             |
| Myndighedsansvar           | Regioner                                    | Kommuner                        | Kommuner                                | Kommuner                         | Kommuner                                      | Kommuner                             |
| Finansieringsansvar        | Regioner (70 pct. kommunal medfinansiering) | Kommuner                        | Kommuner                                | Kommuner                         | Kommuner                                      | Kommuner                             |
| Visitation/henvi-<br>sning | Sygehus                                     | (Sygehus) kom-<br>mune          | Sygehus                                 | Praktiserende læge eller sygehus | Kommuner                                      | Kommuner                             |
| Udførelse                  | Region                                      | Kommu-<br>ne/region/privat*     | Region                                  | Kommune/privat**                 | Kommuneprivat                                 | Kommuneprivat                        |

\* Det bemærkes, at kommunerne kan vælge at indgå aftale med bl.a. privatpraktiserende fysioterapeuter og sygehuse om levering af genoptræning efter sundhedsloven.

\*\* Det bemærkes, at borgeren kan vælge at modtage indsatsen i et kommunalt tilbud eller hos en privatpraktiserende fysioterapeut.

Træningsområdet (afgrænset til genoptræning efter sundhedsloven) er et af de seks obligatoriske indsatsområder, som regionsråd og hver kommunalbestyrelse i regionen en gang i hver valgperiode skal indgå sundhedsaftaler om. Sundhedsaftalerne skal bidrage til sammenhæng og koordinering af indsatsen i de forløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommunerne, jf. boks 4.7 samt kapitel 9.

**Genoptræning og rehabilitering**

Med kommunalreformen fik kommunerne samtidig ansvaret for indsatser på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, mens regionerne fik en forsyningsforpligtelse<sup>53</sup>. Kommunerne fik dermed et samlet ansvar for rehabilitering, når patienten er udskrevet fra sygehus.

Rehabilitering handler om at give borgere med nedsat funktionsevne mulighed for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne fysisk, psykisk, kognitivt og socialt samt mulighed for at leve et meningsfuldt og selvstændigt liv. Rehabilitering kan omfatte indsatser på tværs af sundhedsloven, serviceloven, beskæftigelseslovgivningen samt specialundervisningsloven. Genoptræning efter sundhedsloven kan være et element af en samlet rehabiliteringsindsats.<sup>54</sup>

<sup>53</sup> Som for resten af social- og specialundervisningsområdet har kommunerne det fulde myndighedsansvar. Regionerne har en forsyningsforpligtelse til at drive de tilbud, kommunerne ønsker. Kommunerne kan overtage driften af de tilbud, som drives regionalt. Det gælder dog ikke for de lands- og landsdelsdækkende institutioner, hvoraf de fleste drives af regionerne.

<sup>54</sup> Jf. Vejledning om kommunal rehabilitering, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Børne- og Undervisningsministeriet, 2011.

### Finansiering af genoptræningsområdet

Kommunerne fik i forbindelse med kommunalreformen tilført 583,6 mio.kr. (2012-pl) til genoptræning efter udskrivning fra sygehus (jf. sundhedslovens § 140). I forbindelse med økonomiaftalen i 2008 fik kommunerne tilført yderligere 333,2 mio. kr. (2012-pl), jf. tabel 6.2.

**Tabel 6.2.**  
**Finansiering af genoptræning efter sundhedslovens § 140**

|                  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Mio.kr.(2012-pl) | 583,6 | 916,8 | 916,8 | 916,8 | 916,8 | 916,8 |

Det fremgår af tabel 6.3, at udgifterne til genoptræning, vederlagsfri fysioterapi og vedligeholdelsestræning er vokset med ca. 0,7 mia. kr. fra 2007 til 2011, hvor udgifterne udgjorde i alt ca. 3 mia. kr. Heraf afholder regionen ca. 120 mio. kr. til genoptræning under indlæggelse, mens kommunerne afholder resten.

Den samlede udgiftsudvikling kan dels forklares med en stigning i udgifterne til almen ambulant genoptræning efter indlæggelse (efter sundhedslovens bestemmelser) samt genoptræning og vedligeholdelsestræning uden forudgående indlæggelse (efter servicelovens bestemmelser). Dels kan udgiftsudviklingen forklares med, at der i perioden har været en stigning i udgifterne til vederlagsfri fysioterapi. Det skyldes bl.a., at patientgruppen, som er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, blev udvidet pr. 1. august 2008.

Udgifterne til specialiseret ambulant genoptræning har generelt været aftagende over perioden, jf. den beskrevne udvikling i andelen af specialiseret ambulant genoptræning i kapitel 6.3.2.

Afslutningsvist bemærkes, at tabellen ikke tager højde for udgifter til genoptræning i ældreplejen og øvrige rehabiliteringstilbud, herunder botilbud efter serviceloven. Tabellen undervurderer derfor de samlede udgifter til genoptræning og vedligeholdelsestræning.

**Tabel 6.3.**  
**Udgifter til genoptræning, vederlagsfri fysioterapi og vedligeholdelsestræning (2013-PL, mio. kr.)**

|   | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Genoptræning under indlæggelse (SuL) – ad 1   | 335   | 293   | 360   | 376   | 393   |
| Almen ambulant genoptræning efter indlæggelse (SuL) og genoptræning/vedligeholdelsestræning (SeL) - ad 2,5 og 6 | 1.173 | 1.361 | 1.528 | 1.559 | 1.616 |
| Specialiseret ambulant genoptræning efter indlæggelse (SuL) – ad 3  | 210   | 225   | 222   | 202   | 185   |
| Vederlagsfri fysioterapi (SuL) – ad 4   | 611   | 611   | 676   | 758   | 836   |
| I alt   | I alt | 2.329 | 2490  | 2.786 | 2.895 |

Anm: \* Heraf udgør de regionale udgifter 30 pct. og de kommunale udgifter 70 pct.

\*\* Jf. konto 4.62.82.001, 4.62.82.003 og 4.62.82.999. Det bemærkes, at de samlede udgifter til 4.62.82.003 og 4.62.82.999 er fordelt forholdsmæssigt efter forholdet mellem udgifterne til almen ambulant genoptræning og specialiseret ambulant genoptræning.

\*\*\* Vederlagsfri fysioterapi var indtil august 2008 en regional udgift. De kommunale udgifter i 2008 udgjorde derfor 241 mio. kr. af de samlede udgifter på 611 mio. kr. til vederlagsfri fysioterapi. Kilde: Kommunernes regnskaber og regionernes regnskaber.



### Udviklingen i aktiviteten på genoptræningsområdet siden 2007

Udviklingen i aktiviteten på genoptræningsområdet siden 2007 er beskrevet i tabel 6.4.

Det fremgår bl.a. af tabellen, at der har været en markant vækst i såvel antal genoptræningsplaner som i antal genoptræningsydelse i perioden 2007-2011. En stigende del af aktiviteten sker i kommunerne som almen ambulant genoptræning.

**Tabel 6.4.**

#### Antal genoptræningsplaner og genoptræningsydelser, 2007-2011

|                                   | 2007      | 2008      | 2009           | 2010           | 2011      |
|-----------------------------------|-----------|-----------|----------------|----------------|-----------|
| <b>Genoptræningsplaner</b>        | 93.857    | 107.785   | <b>116.629</b> | <b>131.777</b> | 138.948   |
| - årlig stigning                  |           | 14 pct.   | 8 pct.         | 13 pct.        | 5 pct.    |
| - andel almene planer             | 56 pct.   | 55 pct.   | 74 pct.        | 77 pct.        | 79 pct.   |
| <b>Antal genoptræningsydelser</b> | 1.655.410 | 2.267.725 | 2.488.701      | 2.758.981      | 2.637.410 |
| - årlig stigning                  |           | 36 pct.   | 9 pct.         | 10 pct.        | -5 pct.   |
| - andel almene ydelser            | 59 pct.   | 69 pct.   | 79 pct.        | 81 pct.        | 79 pct.   |

Kilde: Landspatientregisteret.

### Monitorering af genoptræningsområdet

Centrale indikatorer monitoreres og offentliggøres løbende af Sundhedsstyrelsen. Herudover sker der en løbende opfølgning i kommuner og regioner, jf. tabel 6.5.

**Tabel 6.5.**

#### Monitorering af genoptræningsområdet<sup>55</sup>

| Indikatorer på genoptræningsområdet  | Opfølgning i øvrigt   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Antal genoptræningsplaner fordelt på almene og specialiserede og på kommuner</li><li>• Procentvis fordeling mellem hhv. almene og specialiserede genoptræningsplaner</li><li>• Antallet af genoptræningsplaner pr. 1000 indbyggere</li><li>• Fordeling af genoptræningsplaner pr. diagnose</li><li>• Udgifter til specialiseret ambulant genoptræning</li><li>• Udgifter til genoptræning under indlæggelse Ventetid på genoptræning</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Opfølgning på fordeling mellem almen og specialiseret genoptræning i form af journalaudit eller drøftelser</li><li>• Opfølgning på kvaliteten af genoptræningsplanerne i form af journalaudit</li><li>• Brugertilfredshedsundersøgelser</li></ul> |

## 6.3. Snitfladeproblematikker på genoptræningsområdet

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af de snitfladeproblematikker, som arbejdsgruppen har identificeret på genoptræningsområdet.

<sup>55</sup> Evaluering af sundhedsaftalerne, opfølgning og indikatorer, Sundhedsstyrelsen, 2011

En arbejdsgruppe konkluderede i 2008, at regelgrundlaget på genoptræningsområdet ikke giver anledning til tvivl om, hvem der er bemyndiget til at henvise en patient til ambulantly genoptræning, herunder om genoptræningen kan karakteriseres som almen eller specialiseret, og hvilke myndigheder, der på den baggrund har ansvaret for henholdsvis drift og finansiering af konkrete ydelser.<sup>56</sup>

Genoptræning efter sundhedsloven er karakteriseret ved, at indsatsen påbegyndes på sygehus, når sygehuslægen senest i forbindelse med patientens udskrivning udarbejder en genoptræningsplan til ambulantly genoptræning på sygehus (specialiseret ambulantly genoptræning) eller i kommune (almen, ambulantly genoptræning). Denne snitflade mellem sygehus og kommune skaber en række udfordringer:

- Sikrer genoptræningsplanen, at den nødvendige faglige information om patientens genoptræningsbehov kommunikeres rettidigt fra sygehus til kommune?
- Er der den rette faglige balance mellem den (specialiserede) ambulantly genoptræning, der skal foregå på sygehus, og den (almene) ambulantly genoptræning, der skal foregå i kommunen?
- Har kommunerne den nødvendige faglighed og kapacitet til at tilbyde patienten et rettidigt og fagligt genoptræningstilbud på baggrund af den lægefaglige genoptræningsplan?

På baggrund af disse snitfladeproblematikker, har arbejdsgruppen iværksat analyser inden for følgende områder:

1. Patientens overgang mellem sygehus og kommune – ventetid til almen ambulantly genoptræning (snitflade I)
2. Almen vs. specialiseret ambulantly genoptræning (snitflade II)
3. Patientens overgang mellem sygehus og kommune – overlevering af faglig information om patienter med enkle henholdsvis komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov (snitflade III)
4. Kvalitet og kompetencer i den kommunale opgavevaretagelse, herunder særligt i forhold til personer med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, fx personer med erhvervet hjerneskade.

### **6.3.1. Patientens overgang mellem sygehus og kommune – ventetid til almen ambulantly genoptræning (snitflade I)**

#### **Overordnet beskrivelse**

Ventetiden måles som det antal dage, der går, fra en genoptræningsplan er registreret i Landspatientregistret, til personen modtager almen ambulantly genoptræning i kommunalt regi første gang.

Opgørelser fra Sundhedsstyrelsen viser, at den gennemsnitlige ventetid på almen ambulantly genoptræning i 2010 var 28 dage – hvor kommunen med den korteste ventetid tilbød genoptræning 10 dage efter, at genoptræningsplanen var registreret i Landspatientregistret, mens kommunen med den længste ventetid tilbød genoptræning efter 54 dage.

---

<sup>56</sup> Incitamentsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet, Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.

Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Ergoterapeutforeningen og Ældre Sagen har siden 2009 gennemført årlige undersøgelser om træning af ældre (genoptræning og vedligeholdelses træning) i de danske kommuner, herunder i forhold til ventetid på almen ambulant genoptræning.<sup>57</sup> I følge undersøgelsen kan de ældre i 32 pct. af kommunerne forvente at komme til genoptræning inden for en uge efter udskrivning fra sygehus, mens den reelle ventetid i lidt over halvdelen af kommunerne er 2 uger.

Genoptræning er en vigtig del af den opfølgende indsats efter et sygehusforløb. En rettidig, relevant og kompetent indsats er afgørende for, at patienten bliver fuldt funktionsdygtig efter behandling på sygehus. Genoptræning bidrager til at forebygge, at patienten bliver uhensigtsmæssigt genindlagt.

For at sikre at genoptræningen iværksættes rettidigt efter, at patienten er udskrevet fra sygehus, er det afgørende, at kommunikationen af genoptræningsplaner mellem sygehus og kommune er sammenhængende og koordineret.

### **Kommunikation af genoptræningsplaner mellem sygehus og kommune**

De registrerede kommunale forskelle i Landspatientregistret på ventetid til almen ambulant genoptræning kan være udtryk for lokale forskelle i kommunikation af genoptræningsplaner i patientens overgang fra sygehus til kommune eller for forskelle i kommunernes administrative rutiner for modtagelse af genoptræningsplaner.

En rundspørge blandt fem kommuner i hver af de fem regioner om ventetidsopførelsen for den pågældende kommune, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse gennemførte i 2010, viste bl.a., at nogle af "ventetidsdagene" kan forklares med, at sygehuset har sendt genoptræningsplanen til den forkerte modtageadresse i kommunen, eller at kommunen kun afholder visitation en gang om ugen.

I en rundspørge blandt landets fem regioner konkluderes, at sygehusenes overlevering af genoptræningsplaner fra sygehus til kommune ikke har betydning for eventuel ventetid i kommunen. Regionerne vurderer således, at ventetid på almen ambulant genoptræning primært er et kommunalt anliggende.

### **Indberetning og registrering af ventetidsdata**

De registrerede kommunale forskelle på ventetid i Landspatientregistret kan afspejle forskelle i kommunernes politiske prioritering af området i forhold til, at der ikke er prioriteret tilstrækkelig kapacitet til at løse genoptræningsopgaven, samtidig med at antallet af patienter med et genoptræningsbehov er steget.

Samtidig kan forskelle i ventetid indikere, at der er barrierer for kommunikationen i overgangen fra sygehus til kommune.

Herudover kan forskelle skyldes usikre opgørelser af data på kommunale ventetider: Mange kommuner oplyser ifølge KL, at de ikke kan genkende egne ventetidsopgørelser fra Landspatientregistret.

Den nuværende registrering af ventetider til almen genoptræning kritiseres bl.a. for ikke at forholde sig til de situationer, hvor der er sundhedsfaglige restriktioner på genoptræning, der gør, at patienten først

---

<sup>57</sup> Kommunal træning af ældre i 2011, TNS Gallup for Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Ergoterapeutforeningen og Ældre Sagen, 2011.

kan og bør igangsættes et antal dage efter, at genoptræningsplanen er registreret i Landspatientregistret. Et eksempel herpå er rygopererede patienter, der i visse tilfælde skal vente med at starte genoptræning for at sikre en hvis grad af heling. Da der ikke er nogen SKS-kode for udskudt genoptræning, tæller ventetiden fra den dag, patienten udskrives med genoptræningsplanen til almen ambulant genoptræning. Der er således behov for at skelne mellem datoen, hvor genoptræningsplanen udarbejdes og datoen, hvor patienten er "genoptræningsklar".

Den nuværende registrering tager heller ikke i betragtning, at patienterne kan have et behov for at komme sig efter en operation og derfor selv ønsker at udskyde påbegyndelsen af et genoptræningsforløb. Kommunerne oplyser således, at en del patienter ønsker en anden tid, end den første tid de får tilbudt. Der findes ikke nogen SKS-kode, der tager højde for denne problematik, og ventetiden tæller dermed til patienten møder til første genoptræning til trods for, at kommunen har kunnet tilbyde en tid til før.

Endvidere kan forskelle i registreringspraksis kommunerne imellem have betydning for opgørelsen af ventetider. Flere kommuner har således ikke kendt til vigtigheden af at SKS-registrere korrekt. Der er set eksempler på, at kommunerne ikke registrerer SKS-koderne den dag, hvor første genoptræning har fundet sted. Der er også kommuner, der har den praksis, at første registrering sker, når de er i telefonisk kontakt med patienten. Endelig sker det nogle gange, at man først registrerer datoen efter genoptræningen er igangsat, eller at nogle genoptræningsydelse slet ikke bliver registreret.

Kommunerne har herudover forskellig praksis i forhold til håndtering af udeblivelser til genoptræning. Nogle kommuner afslutter borgerne efter første udeblivelse, mens andre giver patienten nye tider i håb om fremmøde. Dette påvirker ventetiden forskelligt kommunerne imellem, da der ikke findes en SKS-kode, der tager højde for udeblivelser.

Endelig er der genoptræningsplaner, som ikke indgår i ventetidsstatistikken, hvilket forringer datakvaliteten for ventetid og antal planer mærkbart. Det skyldes bl.a., at for patienter med mere end én almen ambulant genoptræningsplan er det kun den første genoptræningsplan, som indgår i statistikken. Samme problematik gør sig gældende ved de såkaldte delte forløb, hvor patienten starter med specialiseret genoptræning og fortsætter genoptræningen i kommunalt regi.

Det estimeres således, at omkring halvdelen af alle genoptræningsforløb udelades i statistikken<sup>58</sup>. Ventetiderne i de udeladte forløb kan være anderledes end ventetiderne i de forløb, som indgår i opgørelsen og dermed forringe kvaliteten i ventetidsopgørelsen.

Der forekommer også fejl i registreringen af genoptræningsplanerne på sygehusene, som påvirker den samlede statistik på området<sup>59</sup>. Fejlen opstår typisk, når lægen udarbejder statusnotat og epikrise, hvor der samtidig tages stilling til behov for genoptræning. Det noteres ved behov i journalen, men der sker ikke altid korrekt registrering af koden for udarbejdelse af genoptræningsplanen. Sker dette ikke, indbe-

---

<sup>58</sup>Kilde: Danmarks Statistik

<sup>59</sup> Sygehus Lillebælt og Fredericia Kommune har foretaget en afdekning, der viser at Fredericia Kommune i februar 2012 modtog 109 genoptræningsplaner fra Sygehus Lillebælt, 14 af disse planer var udarbejdet på et andet sygehus. Herefter blev 95 planer tjekket om de matchede med registreringen i PAS-systemet, det var tilfældet med 70 planer dvs. 25 planer matchede ikke. 3 af de 25 planer var ikke kendt i Sygehus Lillebælt dvs. registreret forkert på andet sygehus. 22 ud af 95 planer var således ikke blevet registreret korrekt på sygehusafdelingerne på Sygehus Lillebælt

rettes genoptræningsplanen ikke til Landspatientregisteret, og der sker en underregistrering af genoptræningsplaner.

Det er således ikke entydigt, i hvilket omfang ventetid på genoptræning skyldes uhensigtsmæssig kommunikation på tværs af sektorgrænser eller er udtryk for forskelle i politisk prioritering af området. Data for ventetid på genoptræning i kommunen er behæftet med nogen usikkerhed, men forskellene mellem kommunerne kan ikke alene forklares med mangelfulde data.

### 6.3.2. Almen og specialiseret ambulantly genoptræning (snitflade II)

#### Myndigheds- og finansieringsansvaret på genoptræningsområdet

Kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for at tilbyde ambulantly genoptræning til patienter, der udskrives fra sygehus med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning som beskrevet i patientens genoptræningsplan. Genoptræningsydelser leveres af det regionale sygehusvæsen, hvis en patient har behov for specialiseret ambulantly genoptræning, jf. boks 6.3.

Genoptræningsområdet adskiller sig fra størstedelen af de øvrige kommunale opgaver ved, at der er tale om en sundhedsopgave, som udføres efter (sygehus)lægelig henvisning og finansieres af kommunen. Finansierings- og henvisningsstrukturen gør, at kommunernes styringsmuligheder er begrænset af, at de ikke selv afgrænser personkredsen, der skal have genoptræning.

#### Specialiseret ambulantly genoptræning

Regioner og kommuner aftaler i regi af sundhedsaftalerne på træningsområdet faglige snitflader mellem specialiseret ambulantly genoptræning og almen ambulantly genoptræning. Fælles for snitfladekatalogerne er, at de har til formål at tydeliggøre sondringen mellem specialiseret og almen ambulantly genoptræning i praksis.

#### Boks 6.3.

##### Kriterier for specialiseret, ambulantly genoptræning i henhold til gældende bekendtgørelse<sup>60</sup>

Genoptræningsydelser skal leveres af det regionale sygehusvæsen, hvis en patient har behov for specialiseret ambulantly genoptræning, der forudsætter sygehusekspertise, udstyr m.v.

Specialiseret ambulantly genoptræning skal i følge gældende bekendtgørelse og vejledning således ydes,

- hvis patienten har behov for genoptræning, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau, med henblik på tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling
- hvis patienten har behov for genoptræning, der af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Den gennemsnitlige andel af specialiseret ambulantly genoptræning udgjorde i 2007 41 pct. af samtlige genoptræningsplaner med betydelig variation på tværs af regioner, kommuner og sygehuse.

En arbejdsgruppe om incitamentsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet med deltagelse af de centrale sundhedsmyndigheder, Finansministeriet, KL og Danske Regioner konkluderede

<sup>60</sup> Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006

i 2008, at denne regionale variation ikke kunne forklares ved forskelle i patientsammensætning, men var udtryk for uensartet lægefaglig praksis<sup>61</sup>.

Arbejdsgruppen konkluderede også, at den gennemsnitlige andel af specialiseret, ambulantly genoptræning i det første år efter kommunalreformen ikke var i overensstemmelse med intentionerne bag kommunalreformen om, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi som almen ambulantly genoptræning.

Arbejdsgruppen tilskrev den betydelige variation i andelen af specialiseret, ambulantly genoptræning følgende forhold:

- Lægens henvisning til specialiseret eller almen ambulantly genoptræning kan være påvirket af interne forhold på sygehuset eller på afdelingen, herunder kapacitetsmæssige.
- Lægen vælger ud fra et forsigtighedshensyn at henviser til specialiseret ambulantly genoptræning, hvis patienten ligger i gråzonen mellem specialiseret og almen, ambulantly genoptræning. Denne tendens kan forstærkes, hvis lægen ikke er fortrolig med de kommunale genoptræningstilbud.
- Henvisnings- og registreringspraksis på sygehusene kan bidrage til at forsinke, at den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet udmøntes i den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet.

Arbejdsgruppen om incitamentsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet foreslog, at den (for) høje andel af specialiseret ambulantly genoptræning overvejende skulle håndteres i regi af sundhedsaftalesystemet, jf. boks 6.4.

#### **Boks 6.4.**

##### **Forslag til bedre udnyttelse af den faglige kapacitet på genoptræningsområdet**

Arbejdsgruppens forslag til håndtering af den betydelige variation i andelen af specialiseret, ambulantly genoptræning<sup>62</sup>:

- Der opstilles i regi af sundhedsaftalerne vejledende målsætninger for andelen af specialiseret, ambulantly genoptræning.
- Der offentliggøres særlige indikatorer til brug for den løbende opfølgning på disse målsætninger i sundhedskoordinationsudvalgene.
- Sundhedskoordinationsudvalgenes løbende opfølgning på sundhedsaftalerne intensiveres på genoptræningsområdet, specielt med fokus på de vejledende målsætninger samt, at opfølgningen eventuelt suppleres ved nedsættelse af særlige kontaktfora på genoptræningsområder.
- Der etableres bedre og mere systematisk overblik over de genoptræningstilbud, som hver kommune råder over.
- Regionerne arbejder proaktivt for, at henvisnings- og registreringspraksis samt øvrige kulturelle forhold ikke udgør barrierer, som modvirker til den nye arbejdsdeling.

Arbejdsgruppen anbefalede, at finansieringsstrukturen på genoptræningsområdet på længere sigt, så fremt arbejdsdelingen mellem sygehuse og kommuner fremadrettet fortsat ikke er i overensstemmelse

<sup>61</sup> Incitamentsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet, Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.

<sup>62</sup> Ibid

med intentionen bag kommunalreformen om, at genoptræningen skal løses på laveste, effektive omsorgsniveau (LEON), kan tages op, fx ved at overveje at indføre en regional medfinansiering for specialiseret, ambulante genoptræning, således at regionerne ville få et mere entydigt incitament til at henvise til almen, ambulante genoptræning.

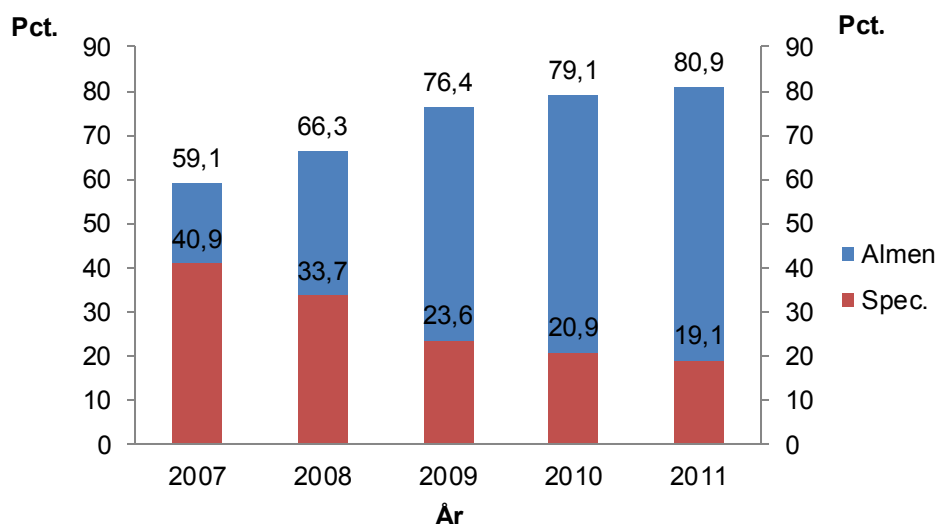
#### Udviklingen i almen og specialiseret ambulante genoptræning fra 2007-2011

Siden 2007 er andelen af specialiserede ambulante genoptræningsplaner efter stationære og ambulante kontakter på offentlige sygehuse faldet kontinuerligt fra godt 41 pct. i 2007 til 19 pct. i 2011 (figur 6.1.). Denne udvikling understøtter intentionen om, at langt hovedparten af den ambulante genoptræning skal løses i kommunalt regi med henblik på, at genoptræningen løses på laveste, effektive omsorgsniveau (LEON).

Udviklingen over tid i behandlings- og genoptræningsmetoder har betydning for andelen af hhv. specialiseret og almen ambulante genoptræning. Det gælder både, når konventionelle behandlingsmetoder fx kirurgi, afløses af nye specialiserede genoptræningsmetoder; når genoptræningsmetoder, der tidligere var specialiserede, med udviklingen bliver almene; eller når nye visitationsretningslinjer implementeres.

Figur 6.1.

Udviklingen 2007-2011 på landsplan over fordelingen af almene og specialiserede genoptræningsplaner

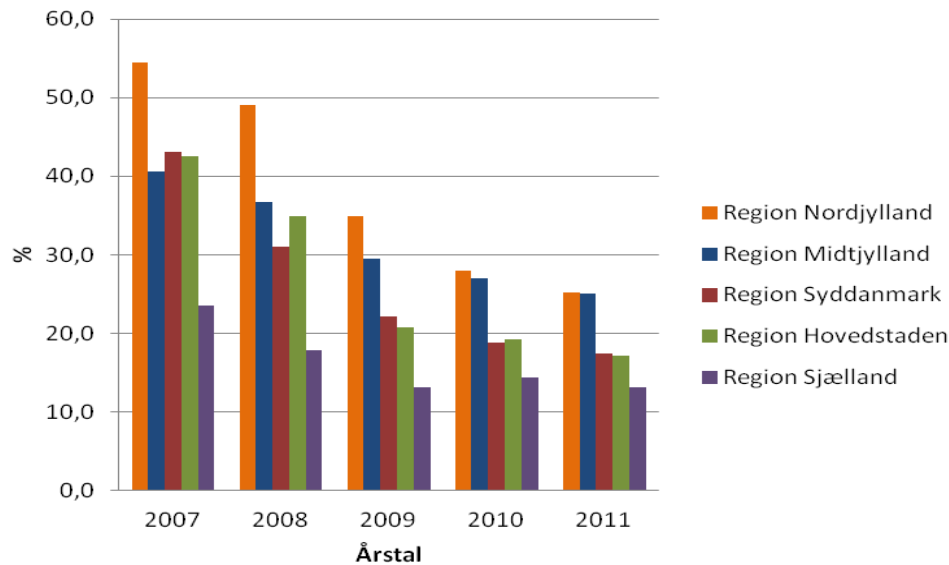


#### Regionale forskelle i andelen af specialiseret ambulante genoptræning 2007-2011

Regionernes indberetninger af genoptræningsplaner til Landspatientregistret viser for alle regioners vedkommende en nedadgående tendens i forhold til andelen af specialiserede genoptræningsplaner. Indberetningen viser også variation regionerne imellem i fordelingen mellem almen og specialiseret ambulante genoptræning, jf. figur 6.2. Variationen mindskes dog år for år.

Figur 6.2.

Udviklingen 2007-2011 i andelen af specialiserede genoptræningsplaner fordelt på regioner



Denne variation kan være udtryk for, at der i snitfladekatalogerne er foretaget specifikke tolkninger af kriterierne for specialiseret ambulans genoptræning<sup>63</sup>. Disse lokale operationaliseringer af kriterierne for specialiseret genoptræning er inden for de gældende lovgivningsmæssige rammer udtryk for forskellige faglige begrundelser for, hvad kriterierne for specialiseret genoptræning omfatter. En vis grad af variation i fordeling mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning kan således være udtryk for den lokale vurdering af den mest hensigtsmæssige måde at løse opgaven på. De fleste regioner og kommuner har drøftet, hvad målet for fordelingen mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning bør være, men har ikke villet lægge sig fast på et konkret niveau – med undtagelse af Region Nordjylland, hvor fordelingen mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning er 70/30<sup>64</sup>.

De forskellige lokale fortolkninger af kriterierne kan formentlig medvirke til at forklare en del af de regionale variationer i andelen af specialiserede genoptræningsplaner, men der er sandsynligvis også andre årsager til den regionale variation, som ikke kan belyses ved hjælp af snitfladekatalogerne. I *Incitationsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet* beskrives bl.a., hvordan sygehusspecifikke forhold, fx at ledig kapacitet på de enkelte sygehusafdelinger kan give et incitament til at henvise til specialiseret ambulans genoptræning og omvendt. Det fremgår dog af samme analyse, at en sådan sammenhæng er vanskelig at dokumentere.

Opstår der uenighed mellem regioner og kommuner om henvisningspraksis, tages det op mellem parterne. I Region Midtjylland laver man journalaudits de steder, hvor kvantitative data falder bemærkel-

<sup>63</sup> I Region Midtjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden har regionen og de tilhørende kommuner sammen udarbejdet snitfladekataloger om snitfladen mellem specialiseret ambulans genoptræning og almen ambulans genoptræning. I Region Nordjylland har man tidligere haft et snitfladekatalog. Nu arbejder man ud fra en generel fordeling mellem specialiseret genoptræning (30 pct.) og almen genoptræning (70 pct.).

<sup>64</sup> Evaluering af sundhedsaftalerne, opfølgning og indikatorer, Sundhedsstyrelsen, 2011



sesværdigt ud. I Region Syddanmark har man i samarbejde med kommunerne i regionen foretaget en audit af de specialiserede genoptræningsplaner for håndkirurgiske patienter. Denne audit har vist, at kun en ubetydelig lille del ikke skulle have været specialiserede planer. I Region Sjælland har man ligeledes sammen med kommunerne i regionen foretaget en gennemgang af det håndkirurgiske område, og der er konsensus om henvisningspraksis.

De registrerede forskelle kan dog ikke alene tilskrives lokale forudsætninger, regionale forskelle i snitfladekataloger eller udviklingen inden for behandlings- og genoptræningsmetoder. Det vil dog kræve en nærmere undersøgelse af de beskrevne forskelle med henblik på eventuelt at understøtte en mere ensartet praksis på området. En kvalificeret analyse af forskelle mellem regionerne over tid inden for de definerede diagnosegrupper vil skulle inddrage terapeuter og læger fra de enkelte sygehusafdelinger og kommuner.

### **6.3.3. Patientens overgang mellem sygehus og kommune – overlevering af faglig information, når patienten udskrives fra sygehus (snitflade III)**

#### **Overordnet beskrivelse**

Det er afgørende, at kommunikationen mellem sygehus og kommune understøtter en entydig, præcis og dækkende beskrivelse af patientens genoptræningsbehov. Patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning skal i følge sundhedslovens § 84 have en genoptræningsplan senest ved udskrivning fra sygehus.

Lovgivningen stiller både en række krav og begrænsninger til indholdet i genoptræningsplanen. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet. Beskrivelsen skal indeholde en præcisering af, hvilke begrænsninger i patientens funktionsevne, herunder hvilke(n) funktionsnedsættelse(r) samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsning, som genoptræningen skal rette sig imod. Men genoptræningsplanen skal bl.a. ikke indeholde en beskrivelse af den metode, omfanget eller karakteren af træningen, som man fra sygehuset vurderer, patienten har behov for ved udskrivningstidspunktet, jf. boks 6.5.

#### **Boks 6.5.**

##### **Krav til genoptræningsplanen iflg. Vejledning om træning i kommuner og regioner (2009)**

Iflg. gældende *Vejledning om træning i kommuner og regioner* skal genoptræningsplanen indeholde en beskrivelse af patientens:

- Funktionsevne umiddelbart forud for den hændelse/sygdom, der førte til den aktuelle sygehusbehandling, herunder beskrivelse af patientens vanlige funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse.
- Funktionsevne på udskrivningstidspunktet, herunder af patientens aktuelle funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse, der inddrager såvel patientens ressourcer som begrænsninger.
- Genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet. Beskrivelsen skal indeholde en præcisering af, hvilke begrænsninger i patientens funktionsevne, herunder hvilke(n) funktionsnedsættelse(r) samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsning, som genoptræningen skal rette sig imod.

Genoptræningsplanerne skal ikke indeholde en beskrivelse af den funktionsevne, der kan forventes som resultat af genoptræningen. Genoptræningsplanen skal heller ikke indeholde en beskrivelse af metode, omfang og karakter af den genoptræningsindsats, der skal ydes til den enkelte patient efter udskrivning fra sygehus. Det er kommunen, eller sygehuset for så vidt angår specialiseret, ambulante gen-

optræning, der afgør metode, omfang og karakteren af den genoptræningsindsats, der skal tilbydes den enkelte patient.

Det er overordnet set vurderingen fra kommuner, sygehuse og faglige selskaber, at genoptræningsplanen er et nyttigt værktøj til faglig kommunikation mellem sygehuse og kommuner om patienters genoptræningsbehov<sup>65</sup>.

Kommuner anvender genoptræningsplanen til at vurdere hvilke genoptræningsydelse og/eller forløb, der skal igangsættes. Derfor er indholdet i planen vigtigt for at sikre, at patienten får et tilbud, der modsvare patientens genoptræningsbehov.

Nogle kommuner efterspørger dog en mere konkret beskrivelse af patientens genoptræningsbehov. Ligesom sygehuspersonale finder det i højere grad er meningsfuldt at beskrive patientens konkrete behov frem for patientens funktionsniveau før og efter hændelsen m.v.

### **Enkle og komplekse genoptræningsbehov**

Når sygehuslægen vurderer patientens behov for ambulans genoptræning, skal behovet for almen eller specialiseret ambulans genoptræning samtidig vurderes, jf. boks 6.3.

#### *Specialiseret, ambulans genoptræning*

Kriterierne for specialiseret, ambulans genoptræning har til formål at understøtte en meget snæver faglig afgrænsning af de ambulante genoptræningsforløb, der efter reglerne skal ydes i det regionale sygehusvæsen. Ved anvendelsen af kriterierne for specialiseret, ambulans genoptræning er det ikke diagnosen alene, men også patientens tilstand, herunder sygdommens sværhedsgrad og eventuelle komplikationer, der afgør, om patienten efter udskrivning fra sygehus skal have tilbud om specialiseret, ambulans genoptræning.

#### *Kommunikation om patienter med behov for almen ambulans genoptræning*

Når patienter udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan til almen, ambulans genoptræning, vil patienter med omfattende og komplekse funktionsevnetab typisk have behov for et bredere og mere tværfagligt kommunalt tilbud end patienter med mere ukomplicerede funktionsevnetab, som kommunerne typisk har større erfaring med at genoptræne. Komplexitet i forhold til almen ambulans genoptræning beskrives i kapitel 6.3.4 med hjerneskadeområdet som eksempel.

### **Boks 6.6.**

#### **Tværasektoriel kommunikation om patienter med hjerneskade**

Regionerne har myndigheds-, leverandør- og finansieringsansvaret i forhold til borgeren, mens den pågældende er indlagt på sygehus (fase I og fase II i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for personer med erhvervet hjerneskade). Her påbegyndes hjerneskaderehabiliteringsindsatsen allerede i den akutte fase, når patienten indlægges på sygehus efter fx en hjerneblødning (apopleksi) eller ulykke (traumatisk hjerneskade). Hjerneskaderehabiliteringen fortsætter, når den akutte fase er overstået, men patienten fortsat er indlagt (fase II). Indsætterne kan have fokus på fysisk træning, kognitiv træning, taletræning m.v. Patienter med svære og komplekse hjerneskader har siden 2002 modtaget den sygehusbaserede

<sup>65</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen har i foråret 2012 mødtes med Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen samt 10 kommuner og 7 sygehuse om krav og begrænsninger til genoptræningsplanens faglige indhold.

rehabilitering i fase II på to landsdækkende centre: Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Hvidovre Hospital.

Når borgeren er udskrevet fra sygehus, har kommunen som hovedregel det fulde myndigheds-, finansierings- og leverandøransvar (fase III i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for personer med erhvervet hjerneskade). Dog kan regionerne efter aftale med kommunerne drive specialiserede tilbud på hjerneskaderehabiliteringsområdet efter bl.a. bestemmelser i serviceloven, jf. boks 6.6. Den *specialiserede ambulante genoptræning* efter sundhedslovens §§ 84 og 140 er dog en undtagelse til denne hovedregel, idet regionen har forsyningsansvaret.

Med Sundhedsstyrelsens faseinddeling af rehabiliteringsindsatsen bliver det tydeligt, at indsatsen allerede iværksættes i starten af sygehusforløbet. Det vil sige, at der allerede under indlæggelsen i fase II skal arbejdes tværfagligt. På sygehusene besidder man vigtig information om patienten som via genoptræningsplanen skal overleveres til den myndighed og de professionelle, der skal varetage den hjerneskadedes efterfølgende behov<sup>66</sup>.

Hjerneskadeområdet er ikke et obligatorisk aftaleområde i sundhedsaftalerne, jf. kap. 9. Dog kan regioner og kommuner indgå frivillige aftaler om andre områder. I enkelte regioner er der med den seneste sundhedsaftale indgået aftaler om hjerneskadeområdet. Eksempelvis har Region Midtjylland udarbejdet sundhedsaftaler. Et andet eksempel er Region Hovedstaden, hvor samarbejdet på hjerneskadeområdet er en del af det samlede genoptræningsområde<sup>67</sup>. Herudover er Region Syddanmark i gang med at implementere Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer.

Der mangler særligt i forhold til patienter med komplekse funktionsnedsættelser kommunikation mellem sygehus og kommune til brug for kommunernes tilrettelæggelse og målretning af en bred indsats for patientens samlede funktionsnedsættelser, herunder også i forhold til indsatser efter anden lovgivning. Som det fremgår af boks 6.5, skal genoptræningsplanen omfatte en beskrivelse af patientens samlede funktionsevne herunder hvilke(n) funktionsnedsættelse(r) samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsning, som genoptræningen skal rette sig imod. Det fremhæves, at mentale problemer for personer med erhvervet hjerneskade ikke altid i nødvendigt omfang kommunikerer af sygehuspersonale via genoptræningsplanen, som hovedsageligt har fokus på førligheds-mæssige og praktisk-færdighedsmæssige funktionsnedsættelser. Dette kan skyldes, at det ofte er fysio- og ergoterapeuter, som udarbejder genoptræningsplanen i praksis, hvorimod neuropsykologer i mindre grad inddrages i udarbejdelse af genoptræningsplanen.

Denne opfattelse deles af en række sygehuse og kommuner, som vurderer, at genoptræningsplanen i dens nuværende form ikke kan rumme alle relevante oplysninger om patienter med mere komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. For patienter med omfattende og komplekse funktionsevnetab bør der ifølge samme derfor ske en tilpasning af genoptræningsplanen, så den kan rumme beskrivelse af flere behov samtidig med, at den ikke generelt bliver mere omfattende<sup>68</sup>.

---

<sup>66</sup> Hjerneskaderehabilitering, kvalitet og økonomi i indsatsen, Danske Regioner, 2011.

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen har i foråret 2012 mødtes med Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen samt 10 kommuner og 7 sygehuse om krav og begrænsninger til genoptræningsplanens faglige indhold.

### **Kommunikation af genoptræningsplanen**

MedCom er ansvarlig for at udbygge og udbrede den elektroniske kommunikation mellem kommunerne og den øvrige sundhedssektor. Det sker bl.a. ved at udvikle og implementere fælles standarder for den elektroniske kommunikation. På genoptræningsområdet har MedCom udarbejdet den elektroniske genoptræningsplan – DGOP' en – med udgangspunkt i gældende bekendtgørelse og vejledning.

#### **Boks 6.7.**

##### **MedComs standard for den elektroniske genoptræningsplan**

Indholdet i MedComs elektroniske standard for genoptræning er udarbejdet på baggrund af gældende bekendtgørelse og vejledning.

MedComs elektroniske standard er bygget op omkring i alt 24 felter. Standarden består af en række praktiske felter, herunder bl.a. modtagerkommune/-sygehus, patientens CPR-nr., kopi til egen læge, indlæggelses-/udskrivningsdato, dato for kommunens første henvendelse til patienten, type af genoptræning (almen eller specialiseret ambulans genoptræning samt egenoptræning).

Standarden består herudover af faglige informationer, bl.a. henvisningsdiagnose samt bidiagnoser og supplerende kliniske oplysninger (operationsbeskrivelser, speciallægenotater m.v.). Herudover skal funktions evne før indlæggelse, aktuel funktions evne på udskrivningstidspunktet samt genoptræningsbehov ved udskrivelse beskrives.

Samtlige regioner sender i dag genoptræningsplanen elektronisk til kommunerne.

Samtlige regioner med undtagelse af Region Syddanmark har ligeledes implementeret MedComs standard for den elektroniske genoptræningsplan<sup>69</sup>.

85 kommuner modtager genoptræningsplanen elektronisk, mens tre kommuner ikke modtager genoptræningsplanen i elektronisk format. 53 kommuner modtager ligeledes genoptræningsplanen i MedComs standard for den elektroniske genoptræningsplan, mens 42 endnu ikke har implementeret standarden og derfor anvender et mere simpelt korrespondanceformat.

Der er fra faglig side et ønske om at samtlige kommuner anvender MedComs standard for den elektroniske genoptræningsplan, idet det vil lette kommunikationen mellem sygehus og kommune. Det fremgår af handlingsplanen for den fælles kommunale digitaliseringsstrategi 2011-2015, at alle kommuner skal have implementeret de kommunalt rettede MedCom-beskeder inden udgangen af 2015. Ved udgangen af 2012 forventes det, at hovedparten af alle kommuner vil have implementeret beskeder mellem kommune og almen praksis og genoptræningsplanen.

#### **6.3.4. Kvalitet og kompetencer i den kommunale opgavevaretagelse**

##### **Overordnet beskrivelse**

Når patienten udskrives fra sygehus foregår langt størstedelen af den ambulante genoptræning som almen genoptræning efter sundhedslovens § 140, dvs. i kommunerne. Andelen af almen ambulans genoptræning er steget fra 59 pct. i 2007 til godt 79 pct. i 2011. Andelen af specialiseret ambulans genoptræning er i samme periode tils varende faldet, jf. kapitel 6.3.2. Kommunerne har siden 2007 ansat fysio-

<sup>69</sup> Region Syddanmark er pt. i gang med at implementere MedComs standard for den elektroniske genoptræningsplan.

og ergoterapeuter for at matche den stigende efterspørgsel efter almen ambulant genoptræning. I perioden 2007-2011 er denne gruppe vokset fra godt 4.200 til ca. 6.600 svarende til en vækst på 63 pct.<sup>70</sup>

Sundhedsloven fastlægger, at kommunerne som hovedregel kan tilbyde almen ambulant genoptræning ved egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med regionsråd, andre kommunalbestyrelser eller private institutioner eller sygehuse m.v. En stor del af de almene ambulante genoptræningsopgaver kan varetages af terapeutisk personale i alle kommuner.

Genoptræning efter sundhedslovens § 140 er ofte kun ét ud af flere elementer i et samlet rehabiliteringsforløb, hvor også indsatsen efter den sociale lovgivning, beskæftigelseslovgivningen og lovgivningen på specialundervisningsområdet kan være relevant alt afhængig af, hvor omfattende og komplekst borgerens funktionsevnetab er<sup>71</sup>.

Et mål med samlingen af den ambulante genoptræning i kommunerne var at sikre sammenhæng mellem genoptræning efter sundhedsloven og de indsatsen, kommunerne, som led i en samlet rehabiliterende indsats, efter anden lovgivning skal yde til disse patientgrupper, og hvor genoptræning er ét af flere elementer. Særligt for patienter med mere komplekse funktionsnedsættelser er sammenhæng i indsatsen vigtig for kvaliteten i hele rehabiliteringsforløbet. Forudsætningen for skabelse af denne sammenhæng og dermed kvalitet er tværfaglighed og samarbejde mellem forvaltningsområder *internt* i kommunen.

## **Kompleksitet i opgavevaretagelsen**

### *Kompleksitet i den almene ambulante genoptræning*

Der er almene ambulante genoptræningsopgaver efter sundhedslovens § 140, der er så komplekse eller optræder sjældent i den enkelte kommune, at de kan udgøre en udfordring for kommunens tilrettelæggelse af indsatsen på genoptræningsområdet.

At opgaven er kompleks og sjælden er imidlertid ikke det samme som, at der er behov for speciallægekompetencer, og at den derfor bør udføres i sygehusregi som specialiseret ambulant genoptræning, eller at den samlede opgave ikke bør udføres som kommunal opgave.

### *Komplekse rehabiliteringsindsatser efter flere lovgivninger*

Et komplekst rehabiliteringsbehov betyder, at forskellige fagpersoner skal samarbejde om at sikre borgeren sammenhæng og helhed i indsatsen. Genoptræning efter sundhedslovens § 140 er således ofte kun ét ud af flere elementer i et samlet rehabiliteringsforløb, hvor også indsatsen efter den sociale lovgivning, beskæftigelseslovgivningen og lovgivningen på specialundervisningsområdet kan være relevant.

Det er i sådanne tværfaglige forløb generelt en udfordring at få koordineret tilbuddene inden for de enkelte fagområder og på tværs af forvaltningsområder. En central forudsætning for et vellykket rehabiliteringsforløb er derfor også, at kommunen, når borgeren modtages fra sygehuset, på baggrund af borgere-

---

<sup>70</sup> Kilde: KL

<sup>71</sup> Vejledning om kommunal rehabilitering, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, beskæftigelsesministeriet og Børne- og Undervisningsministeriet, 2011.

rens genoptræningsplan sikrer en tilbunds gående faglig vurdering af borgerens samlede behov, og at indsatsen herefter målrettes de udredte funktionsnedsættelser.

Kommunerne råder i dag over flere redskaber til faglig udredning af borgerens behov for indsatser, herunder bl.a. voksendredningsmetoden, jf. boks 6.8.

#### **Boks 6.8.**

##### **Voksendredningsmetoden**

Social- og Integrationsministeriet har i samarbejde med KL udviklet Voksendredningsmetoden (VUM) til sagsbehandlingen på handicap- og udsatte voksenområdet.

VUM kan anvendes som sagsbehandlingsmetode i sager med personer med erhvervet hjerneskade. VUM er dog ikke udviklet med særligt fokus på komplicerede sager på hjerneskadeområdet, hvorfor der i de mere komplekse sager på hjerneskadeområdet kan være behov for yderligere "sagsstøtte".

Det er frivilligt for kommunerne, om de vil anvende Voksendredningsmetoden. Der er udarbejdet en IT-kravspecifikation, som interesserede kommuner kan anvende til inspiration, såfremt de ønsker at indkøbe sagsunderstøttende IT-systemer.

#### *Faglige krav til indsatsen*

Kompleksiteten kan også skyldes sværhedsgraden i patientens funktionsnedsættelse, som kan stille særlige faglige krav til kommunens opgavevaretagelse.

Borgerens samlede rehabiliterings- og genoptræningsbehov kan samtidig være kompleks at udføre, fordi indsatsen er tværfaglig, ydes efter flere lovgivninger og involverer flere kommunale forvaltninger.

For mindre patientgrupper med sjældne eller komplekse fysiske genoptræningsbehov, eller brede og dermed komplekse rehabiliteringsbehov kan det være vanskeligt for 98 kommuner at opnå og vedligeholde de fornødne specialiserede faglige kompetencer, idet patientgrundlaget inden for den enkelte kommune – og særligt i de mindre kommuner – kan være begrænset.

Kommunerne har i nogle situationer haft udfordringer i forhold til at levere en fagligt kompetent, samtidig og sammenhængende indsats.

#### *En individuel indsats efter behov*

Sundhedsstyrelsen anbefaler i de to forløbsprogrammer for personer med erhvervet hjerneskade, at kommunernes tilbud gradueres efter hjerneskadens sværhedsgrad, dvs. som henholdsvis basal, avanceret eller specialiseret hjerneskaderehabilitering.<sup>72</sup>

Kommunerne kan varetage hovedparten af rehabiliteringsindsatsen, men indsatsen i forhold til personer med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov bør varetages af kommunen i samarbejde med

---

<sup>72</sup> Det bemærkes, at *hjerneskaderehabilitering* på basalt, avanceret og *specialiseret* niveau iflg. Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for personer med erhvervet hjerneskade er et kommunalt myndigheds- finansierings- og driftsansvar på tværs af lovgivningen på sundhedsområdet, det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet. *Specialiseret* ambulante *genoptræning* er derimod et kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar men et regionalt driftsansvar i og med, at den specialiserede ambulante genoptræning skal foregå på sygehus (sundhedslovens §§ 84 og 140).

eksterne fagpersoner med særlige kompetencer inden for et givent specifikt område, evt. i tværkommunale samarbejder og/eller i samarbejde med specialiserede hjerneskadetilbud, der yder indsatsen efter forskellige lovgivninger. Rehabilitering på specialiseret niveau skal varetages af specialiserede hjerneskadetilbud som samlede helhedsorienterede og intensive forløb efter flere lovgivninger<sup>73</sup>.

Modeller for graduering/stratificering af kommunernes tilbud er relevant ikke bare på hjerneskadeområdet, men også for andre patienter med omfattende og komplekse rehabiliteringsbehov.

### **Udfordringer vedrørende særlige patientgrupper med komplekse rehabiliteringsbehov**

Det er vanskeligt at opgøre, hvor stor en andel af patienterne med en genoptræningsplan til almen ambulante genoptræning, der stiller særlige krav til den kommunale opgavevaretagelse, fordi der enten er tale om sjældne eller komplekse fysiske genoptræningsbehov, eller brede og dermed komplekse rehabiliteringsbehov. Det skyldes, at indberetninger til Landspatientregistret ikke indeholder de nødvendige variable, herunder oplysninger om funktionsevne, der gør det muligt at afgrænse patientgrupper med komplekse genoptræningsbehov. Diagnoser i sig selv indeholder således ikke information om sygdommens sværhedsgrad eller omfang/karakter af den nedsatte funktionsevne. Inden for alle diagnosegrupper vil der således være patienter med så komplekse funktionsnedsættelser, at det stiller særlige krav til den kommunale opgavevaretagelse.

Det gælder fx personer med erhvervet hjerneskade, som ofte er ramt af en kombination af fysiske, sensoriske, kognitive, emotionelle og/eller adfærdsmæssige forstyrrelser, som fordrer en tværfaglig indsats.

Gruppen af personer med erhvervet hjerneskade er imidlertid heterogen, og behovet for hjerneskaderehabilitering varierer fra intet behov til et omfattende og langvarigt behov. Sundhedsstyrelsen anslår, at personer, som er indlagt i mere end 14 dage har et rehabiliteringsbehov<sup>74</sup>.

#### **Boks 6.9.**

##### **Hjerneskadeområdet**

Hjerneskadeområdet er ét af de områder, hvor kravene til den kommunale opgavevaretagelse er særligt komplekse.

Kompleksiteten kan være begrundet i sværhedsgraden af funktionsnedsættelser og/eller mængden af berørte funktionsområder. Personer med komplekse hjerneskader kan ofte have kontakt til mange aktører i den kommunale organisation<sup>75</sup>. Fx jobcentret, uddannelsesinstitutionen, handicap- og socialforvaltningen, hjælpemiddelcentralen, hjemmeplejen og genoptræningscentret. Det stiller krav om sammenhæng og koordination i den kommunale indsats.

I Sundhedsstyrelsens MTV om neurorehabilitering anbefales det, at man opruster den neurofaglige vi-

<sup>73</sup> Det bemærkes, at *hjerneskaderehabilitering* på basalt, avanceret og *specialiseret* niveau iflg. Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for personer med erhvervet hjerneskade er et kommunalt myndigheds- finansierings- og driftsansvar på tværs af lovgivningen på sundhedsområdet, det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet. *Specialiseret* ambulant *genoptræning* er derimod et kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar men et regionalt driftsansvar i og med, at den specialiserede ambulante genoptræning skal foregå på sygehus (sundhedslovens §§ 84 og 140).

<sup>74</sup> Sundhedsstyrelsen konkluderer samtidig, at der mangler tilstrækkeligt velunderbyggede estimater for rehabiliteringsbehov, der både tager højde for skadens sværhedsgrad, type af symptomer, kombination af symptomer samt sociodemografiske faktorer, der har betydning for rehabiliteringsbehov (Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, 2010).

<sup>75</sup> Forløbsprogrammer for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, 2011

den i kommunerne i multidisciplinære teams, enten ved kommunale samarbejder eller ved at indgå aftaler med regionerne om, at regionerne driver de mest specialiserede hjerneskadetilbud dvs. herunder tilbud efter anden lovgivning end sundhedsloven.<sup>76</sup>

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i 2011 forløbsprogrammer for voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade. De to forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører på hjerneskadeområdet.

Der er på finansloven for 2011 og 2012 afsat henholdsvis 150 mio. kr. (2011-2014) og 100 mio. kr. (2012-2015).

De afsatte midler på finansloven for 2011 er udmøntet i næsten samtlige landets kommuner til forløbsprograminitiativer på baggrund af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade. Midlerne er målrettet kommunal forløbskoordination og styrkelse af de kommunale fagpersoners kompetencer i samarbejde med de særlige hjerneskadetilbud.

De afsatte midler på finansloven for 2012 er målrettede regionale initiativer til opfølgning, udredning og rådgivning vedrørende unge med erhvervet hjerneskade i alderen 15-30 år. Midlerne forventes udmøntet i efteråret 2012.

### **Specialiserede rehabiliteringstilbud**

For mindre patientgrupper med sjældne eller komplekse fysiske genoptræningsbehov eller brede og dermed komplekse rehabiliteringsbehov kan det være vanskeligt for 98 kommuner at opnå og vedligeholde de fornødne specialiserede faglige kompetencer, idet patientgrundlaget inden for den enkelte kommune – og særligt i de mindre kommuner – kan være begrænset. Det er heller ikke af ressourcemæssige hensyn hensigtsmæssigt, at alle kommuner opbygger specifik faglig kapacitet inden for konkrete afgrænsede områder. Det er hverken fagligt eller økonomisk bæredygtigt.

Kommunerne vil derfor også i komplekse forløb hensigtsmæssigt kunne gøre brug af specialiserede tilbud drevet af andre kommuner, af regionerne som led i deres forsyningspligt eller private.

#### **Boks 6.10.**

##### **Kommunale samarbejder på genoptræningsområdet**

Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommuner indgik i 2007 et samarbejde om at give borgere med hjerneskade et højt kvalificeret genoptrænings- og rehabiliteringstilbud for derved at sikre mere sammenhængende patientforløb og bedre muligheder for kompetenceudvikling af det social- og sundhedsfaglige personale. Senest har man udbygget med en logopædfunktion, som sikrer en hurtig og mere sammenhængende indsats. Samarbejdet er fra 2012 udvidet med en indsats, som skal øge koordinering mellem bl.a. genoptræningscentre og jobcentre. Det skal give et mere sammenhængende forløb for borgeren, mens medarbejderne i samarbejdskommunerne får bedre muligheder for at dele erfaringer og ny viden på området, bl.a. gennem kompetenceudvikling, som Center for Hjerneskade står for.

På hjerneskadeområdet tilbydes den specialiserede rehabilitering i hjerneskadecentre, midlertidige bo- og rehabiliteringstilbud, kommunikationscentre og/eller specialundervisningscentre, jf. boks 6.11. Tilbuddene er drevet efter forskellig lovgivning af kommuner, regioner (som led i regionernes forsyningspligt) og private. Fælles for tilbuddene er, at de ydelse, de leverer, oftest er tværfaglige og sker efter

<sup>76</sup> Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, 2010.



bestemmelser i sundhedsloven, serviceloven, specialundervisningsloven og lovgivningen på beskæftigelsesområdet.

#### **Boks 6.11.**

##### **Rehabiliteringstilbud til hjerneskadede**

I forbindelse med kommunalreformen blev de tidligere amtslige rehabiliteringstilbud for personer med erhvervet hjerneskade videreført enten som kommunale eller regionale tilbud. Tilbuddene drives efter forskellig lovgivning. På sundhedsområdet er Vejlefyord og Center for Hjerneskade som specialsygehuse omfattet af sundhedslovens § 79, stk. 2. De er begge omfattet af fritvalgsrammen, som i 2012 udgør henholdsvis 8,5 mio. kr. og 15,1 mio. kr.<sup>77</sup> De to specialsygehuse kan *herudover* indgå aftaler med regioner om at levere ydelser udover fritvalgsrammen, og de kan ligeledes indgå aftaler med kommuner.

Fælles for en stor del af tilbuddene er, at de ydelser, de leverer, oftest er tværfaglige og sker efter bestemmelser i sundhedsloven, serviceloven, specialundervisningsloven og lovgivningen på beskæftigelsesområdet.

Regionerne har på social- og specialundervisningsområdet en forsyningsforpligtelse til at oprette og drive tilbud, som kommunerne ønsker at regionerne skal drive. Regionerne er således en blandt flere aktører, der driver specialundervisnings- og sociale rehabiliteringstilbud for personer med hjerneskade<sup>78</sup>.

Rehabiliteringstilbuddene tilbydes i hjerneskadecentre, midlertidige bo- og rehabiliteringstilbud, kommunikationscentre og/eller specialundervisningscentre.

##### **Hjerneskadecentre**

Landets hjerneskadecentre er organiseret i såvel kommuner og som regioner. Herudover har to af centrene status af specialsygehuse efter sundhedslovens § 79, stk. 2 (Center for Hjerneskade og Vejlefyord).

Hjerneskadecentrene har forskelligt fokus, men tilbyder generelt intensive, målrettede, interdisciplinære rehabiliteringsforløb i forhold til kompleks hjerneskaderehabilitering, som den enkelte kommune normalt ikke vil kunne opnå ekspertise i. Derudover kan centrene indgå i samarbejde med kommunernes medarbejdere og tilbyde indsatsler lokalt i kommunerne. Fx samarbejder hjerneskadecenter BOMI i dag med flere kommuner om indsatsen ude i kommunerne.

##### **Midlertidige bo- og rehabiliteringstilbud**

Der findes et antal midlertidige bo- og rehabiliteringstilbud til borgere med erhvervet hjerneskade (efter servicelovens § 107).

De midlertidige tilbud er tilbud, hvor borgeren bor i en kortere eller længere periode, men der er ikke

<sup>77</sup> Efter sundhedslovens § 79, stk. 2, yder regionsrådet sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved et antal private specialsygehuse m.fl. – herunder Vejlefyord og Center for Hjerneskade. I medfør af sundhedslovens § 235, stk. 4, er bopælsregionens pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til § 79, stk. 2, begrænset til en årlig økonomisk ramme, som for hver institution fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren. Regionerne er således ikke forpligtet til at købe ydelser udover fritvalgsrammen, men kan vælge at gøre dette i medfør af sundhedslovens § 75, stk. 2.

<sup>78</sup> Hjerneskaderehabilitering, kvalitet og økonomi i indsatsen, Danske Regioner, 2011.

tale om permanente tilbud. Borgerne tilbydes intensive, døgnbaserede genoptrænings- og rehabiliteringsforløb, der både omfatter træning, pleje og neuropsykologisk udredning.

#### **Kommunikationscentre**

Kommunikationscentre tilbyder specialundervisning for voksne i henhold til lov om specialundervisning for voksne. Kommunikationscentrene beskriver deres målgruppe som borgere med kognitive og sproglige problematikker som følge af en erhvervet hjerneskade. Kommunikationscentrene er kommunalt eller regionalt forankrede.

#### **Specialundervisningscentre**

Specialundervisningscentre målretter bl.a. deres undervisning til borgere med erhvervet hjerneskade. Set på tværs af specialundervisningscentrene retter målgruppens rehabiliteringsbehov sig mod kognitive problemstillinger i forhold til hukommelse, opmærksomhed og koncentration samt sociale, kommunikative og følelsesmæssige vanskeligheder.

Nogle af de specialiserede hjerneskadetilbud oplever faldende henvisningstal fra kommunerne, og et antal specialiserede tilbud er lukket ned pga. manglende finansiering.

Parallelt med, at nogle hjerneskadetilbud oplever faldende henvisningstal, ses samtidig en tendens til, at tilbud, som har omlagt deres ydelser til mere målrettede individuelle forløb, og hvor ydelserne leveres i et tættere samarbejde med kommunernes medarbejdere, oplever stigende kommunal efterspørgsel.

Det afgørende er, at patienterne får den nødvendige genoptræning og herunder, at kommunerne gør brug af de faglige kompetencer og miljøer på de særlige hjerneskadetilbud i de tilfælde, hvor borgeren har brug for avanceret eller specialiseret hjerneskaderehabilitering. I den forbindelse er det for det første en udfordring, at patienterne indenfor rammerne af den gældende genoptræningsplan ikke stratificeres i patienter med enkle henholdsvis komplekse genoptræningsbehov, samt at der ikke foreligger visitationskriterier for, hvornår en indsats kan løses i kommunen, og hvornår en kommune bør gøre brug af ekstern ekspertise. For det andet er det en udfordring, at kommunerne i dag ikke henviser til tilbud på et tilstrækkeligt oplyst grundlag. Der er således behov for øget gennemsigtighed og tydelighed omkring ydelser og målgrupper for de enkelte tilbud. Der findes hverken kvalitetsdatabaser, akkrediteringssystemer eller lignende mulighed for at få et overblik over kommunale, regionale og private tilbud<sup>79</sup>.

På det sociale område kan kommuner og borgere på Tilbudsportalen finde og sammenligne leverandører af sociale ydelser, jf. boks 6.12. Tilbudsportalen omfatter dog ikke alle tilbud, fx tilbud efter anden lovgivning, og er således ikke et dækkende billede af udbuddet af specialiserede tilbud i dag.

#### **Boks 6.12.**

##### **Tilbudsportalen**

Iflg. servicelovens § 14 skal socialministeren samle og formidle oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud i en landsdækkende oversigt (Tilbudsportalen).

Tilbudsportalen er en søgemaskine, hvor man kan finde og sammenligne leverandører af sociale ydelser.

<sup>79</sup> Hjerneskaderehabilitering, kvalitet og økonomi i indsatsen, Danske Regioner, 2011

Formålet med Tilbudsportalen er

- 1) at styrke overblikket og forbedre planlægningsgrundlaget for de omfattede tilbud,
- 2) at styrke grundlaget for valg af konkrete tilbud til den enkelte borger,
- 3) at skabe en generel åbenhed og gennemsækelighed i de tilbud, der er registreret i portalen,
- 4) at skabe sammenlignelighed mellem tilbuddene, herunder mellem offentlige og private tilbud, og udgifterne til tilbuddene, og
- 5) at sikre en lige konkurrence mellem private og offentlige leverandører.

## 6.4. Arbejdsgruppens forslag og anbefalinger til at styrke indsatsen på genoptræningsområdet

### 6.4.1. Indledning

Dette afsnit har til formål at præsentere løsningsforslag til de snitfladeproblematikker, der eksisterer mellem kommuner og regioner vedrørende genoptræning, jf. afsnit 6.3 og boks 6.1. Arbejdsgruppen lægger generelt til grund, at udarbejdelsen og implementeringen af anbefalingerne sker inden for de nuværende økonomiske rammer og under hensyntagen til princippet om, at behandlingen skal foregå på lavest mulige omkostningsniveau (LEON).

Der er på finansloven for 2011 og 2012 afsat henholdsvis 150 mio. kr. (2011-2014) og 100 mio. kr. (2012-2015) til hjerneskadeområdet. De afsatte midler på finansloven for 2011 er udmøntet i næsten samtlige landets kommuner til forløbsprograminitiativer på baggrund af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for voksne henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade. Midlerne er målrettet kommunal forløbskoordination og styrkelse af de kommunale fagpersoners kompetencer i samarbejde med de særlige hjerneskadetilbud.

De afsatte midler på finansloven for 2012 er målrettede regionale initiativer til opfølgning, udredning og rådgivning vedrørende unge med erhvervet hjerneskade i alderen 15-30 år. Midlerne forventes udmøntet i efteråret 2012.

### 6.4.2. Styrkelse af sygehusenes udarbejdelse af genoptræningsplaner

#### Patienter med ukomplicerede genoptræningsbehov

Mange patienter med forholdsvis ukomplicerede genoptræningsbehov udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan til almen ambulant genoptræning. Disse grupper har kommunerne en bred erfaring med og kan håndtere ganske uproblematisk.

Generiske standarder for kommunikation om patienter med ukomplicerede genoptræningsbehov kan styrke samarbejdet mellem personale på sygehuse og i kommuner og effektivisere udarbejdelsen af genoptræningsplaner.

#### Anbefaling 6.1

##### Standardisering af genoptræningsplaner til patienter med enkle genoptræningsbehov

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At kommunikationen mellem sygehus og kommune om patienter med enkle og ukomplicerede genoptræningsbehov forenkles, så der kan anvendes færre administrative ressourcer på disse patienter.

### **Patienter med komplekse genoptræningsbehov**

Et lille antal patienter udskrives fra sygehus til almen ambulant genoptræning med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser. Denne gruppe kan omfatte patienter med komplekse hjerneskader og et bredt og komplekst genoptræningsbehov, men også inden for andre diagnosegrupper kan der være patienter med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser. Der er imidlertid ikke altid den nødvendige opmærksomhed blandt sygehuspersonale på at sikre den nødvendige faglige bredde i beskrivelse af genoptræningsbehovet. Det kan skyldes uklarhed om, hvorvidt genoptræningsplanen må indeholde beskrivelser af patientens behov, der rækker udover det fysiske genoptræningsbehov.

Et værktøj til sygehusenes stratificering af patienter med henholdsvis enkle og komplekse genoptræningsbehov kan:

- Styrke det sundhedsfaglige personales opmærksomhed på, hvilke fagligheder, der skal inddrages i udarbejdelsen af genoptræningsplanen for den enkelte patient. Det kunne fx være neuropsykologiske kompetencer på hjerneskadeområdet.
- Styrke genoptræningsplanernes formidling af faglig information om patientens samlede genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, og derigennem blive et bedre redskab for kommunens visitation til den indsats, der på tværs af lovgivning er relevant, for den enkelte patient med et mere komplekst behov.
- Udgøre et mere fuldstændigt og retvisende billede af patientens funktionsevnenedsættelse(r) og dermed et bedre grundlag for information af patienterne med henblik på sygdomsforståelse, mestringsevne og forventningsafstemning.

#### **Anbefaling 6.2**

##### **Stratificeringsværktøj**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At Sundhedsstyrelsen udvikler et værktøj til sygehusene til stratificering af patienter med enkle henholdsvis komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Kommunikationen mellem sygehus og kommune om patienter med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov kan styrkes ved, at sygehuspersonale beskriver patientens samlede genoptræningsbehov, herunder også, at mentale funktionsnedsættelser på lige fod med førligheds- og praktisk-færdighedsmæssige behov på udskrivningstidspunkt, og at fx neurofaglige kompetencer i relevant omfang i øvrigt inddrages. En rettidig, relevant og kompetent indsats er i den forbindelse afgørende for, at patienten bliver fuldt funktionsdygtig efter behandling på sygehus. Sundhedsfaglige restriktioner på genoptræning kan i visse situationer gøre, at patienten først bør igangsættes et antal dage efter, at genoptræningsplanen er registreret i Landspatientregistret.

#### **Anbefaling 6.3**

##### **En mere omfattende genoptræningsplan for patienter med komplekse genoptræningsbehov**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At sygehuse og kommuner i særlig grad prioriterer samarbejde og kommunikation, der vedrører patienter med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser og med et deraf følgende behov for almen eller specialiseret ambulant genoptræning.

- At sygehusenes kompetence i forhold til at udarbejde genoptræningsplaner, jf. sundhedslovens § 84, skærpes i forhold til gruppen af patienter med de mest omfattende og komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. Regionen får en skærpet kompetence i forhold til at:
  - beskrive den funktionsevne, som patienten kan forvente af genoptræningen
  - beskrive det samlede genoptræningsbehov for patienter med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser således at der er den nødvendige faglige bredde i beskrivelse af genoptræningsbehovet. Det indebærer, at flere faggrupper skal inddrages, og at der ved behov skal foretages den nødvendige faglige udredning.
  - angive et tidspunkt for, hvornår patienter med behov for alment ambulantly genoptræning bør opstartes af kommunen med henblik på iværksættelse af genoptræningen.

Arbejdsgruppen anbefaler på den baggrund, at gældende bekendtgørelse og vejledning på genoptræningsområdet i fornødent omfang skærpes.

### **Regionalt medfinansieringsansvar for patienter med komplekse genoptræningsbehov**

Udgangspunktet for en bedre stratificering og en skærpet regional forpligtelse i forhold til en mere omfattende beskrivelse af genoptræningsbehov hos patienter med de mest omfattende og komplekse funktionsnedsættelser er, at den skal forbedre kommunikationen om patientens komplekse genoptræningsbehov mellem sygehus og kommune. Kommunen skal således fortsat have frihedsgrader i forhold til valg af metode, omfang og tilbud.

Den skærpede forpligtelse kan imidlertid påvirke kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet, dels hvis sygehuslægen anvender en mere udvidet fortolkning i forhold til de faglige kriterier i stratificeringsværktøjet, dels hvis den mere omfattende beskrivelse af genoptræningsbehovet reducerer kommunens frihedsgrader i forhold til valg af metode, omfang og tilbud.

Det kan derfor overvejes, hvorvidt en skærpet regional forpligtelse skal suppleres af et regionalt medfinansieringsansvar i forhold til patienter med omfattende og komplekse genoptræningsbehov. En evt. regional medfinansiering kan fx fastsættes til 30/70, således at kommunerne finansierer 70 pct. af udgifterne, jf. modellen for finansiering af stationær genoptræning.

Det er imidlertid arbejdsgruppens vurdering, at regionerne i og med, at en mere omfattende genoptræningsplan indebærer, at flere faggrupper skal inddrages i udarbejdelse af genoptræningsplanen, og genoptræningsplanen dermed kræver et større regionalt ressourcetræk, får et økonomisk incitament til at afgrænse gruppen med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser i henhold til de faglige kriterier i stratificeringsværktøjet.

Arbejdsgruppen bemærker i den sammenhæng, at hverken kommuner eller regioner oplever, at der generelt udskrives genoptræningsplaner, herunder genoptræningsplaner til specialiseret, ambulantly genoptræning, til patienter, der ikke har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Dette understøttes af de audits, der er blevet foretaget på genoptræningsområdet.

Arbejdsgruppen mener dog, at den lokale faglige implementering af et stratificeringsværktøj på sygehuse til vurdering af patienter med enkelte henholdsvis komplekse genoptræningsbehov bør følges løbende i regi af sundhedsaftalerne – på samme måde som fordelingen mellem almen og specialiseret ambulantly genoptræning er genstand for en løbende faglig drøftelse mellem kommuner og regioner – så der ikke lokalt udvikles praksis for en mere udvidet fortolkning end tilsigtet.

#### **Anbefaling 6.4**

##### **Udviklingen i antal genoptræningsplaner til patienter med komplekse genoptræningsbehov følges løbende**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne på træningsområdet løbende følger og drøfter udviklingen i antallet af mere omfattende genoptræningsplaner til patienter med komplekse genoptræningsbehov, herunder at den løbende udgiftsudvikling følges.

### **6.4.3. Styrket kommunal udredning og visitation af patienter med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov**

#### **Kommunal udredning**

Genoptræningsbehovet varetages for langt de fleste patienter, der udskrives fra sygehus med en almen genoptræningsplan, af kommunernes almene, ambulante genoptræningstilbud.

For nogle borgere, fx med erhvervet hjerneskade, er rehabiliteringsbehovet mere komplekst og skal tænkes mere bredt og forudsætter særlige kompetencer, specialviden og tværfaglighed. På dette område kan kommunernes tværfaglige udredning af borgeren, når denne udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, med fordel styrkes.

Et tværfagligt værktøj til tilbundsgående kommunal udredning af borgerens funktionsevne og behov for indsatser kan understøtte inddragelse og kommunikation på tværs af kommunale forvaltninger.

#### **Anbefaling 6.5**

##### **Styrket tværfaglig udredning**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- En styrket tværfaglig kommunal udredning. Arbejdsgruppen vurderer, at Voksenudredningsmetoden på det sociale område vil kunne udgøre den faglige ramme for en tværfaglig kommunal udredning, men at dette værktøj i så fald vil skulle videreudvikles af Social- og Integrationsministeriet i samarbejde med relevante parter.

#### **Visitationsretningslinjer**

En tilbundsgående kommunal udredning kan sikre, at borgeren visiteres til de rette tilbud med det nødvendige (tvær-)faglige niveau, herunder at ekstern ekspertise i nødvendigt omfang inddrages. Den faglige udredning udgør grundlaget for de konkrete ydelser, borgen visiteres til. Visitationsretningslinjer kan i den sammenhæng skabe større gennemsigtighed og ensartethed i forhold til den nødvendige faglighed i indsatsen, herunder om borgeren evt. skal visiteres til et specialiseret tilbud i kommunalt, regionalt eller privat regi. En række kommuner har udviklet eller er i færd med at udvikle visitationsretningslinjer. Arbejdet med lokalt at udarbejde visitationsretningslinjer understøttes bl.a. af eksisterende puljemidler til kommunerne til gennemførelse af forløbsprograminitiativer på baggrund af Sundhedsstyrelsens to forløbsprogrammer for personer med erhvervet hjerneskade. I forløbsprogrammerne anbefales bl.a., at der udarbejdes visitationsretningslinjer til de forskellige rehabiliteringstilbud.

**Anbefaling 6.6****Visitationsretningslinjer på hjerneskadeområdet**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen, KL og Danske Regioner udarbejder vejledende visitationskriterier, der kan understøtte kommunernes visitation af borgeren til tilbud med den nødvendige sundheds- og socialfaglige bredde og specialisering til at varetage indsatsen.

**6.4.4. Styrket tilrettelæggelse af indsatsen i kommunerne**

Personer med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov vil ofte – afhængig af skadens kompleksitet – have kontakt til mange aktører i den kommunale organisation. Fx jobcentret, uddannelsesinstitutionen, handicap- og socialforvaltningen, hjælpemiddelcentralen, hjemmeplejen og genoptræningscentret. Det forudsætter koordination og sammenhæng, som ikke altid er til stede i den kommunale opgavevaretagelse. Hovedparten af landets kommuner har dog en hjerneskadekoordinator og/eller hjerneskadeteam og kommunerne gør med støtte fra centrale puljemidler erfaring med organisering af en kommunal(e) koordinatorfunktion(er).

For at sikre en ensartet indsats af høj kvalitet i alle kommuner og en sammenhæng mellem de mange fagområder og lovområder, som er i spil, når det drejer sig om borgere med fx komplekse hjerneskader eller andre komplekse funktionsnedsættelser, er det afgørende, at kommunerne styrker forløbskoordinationen.

**Anbefaling 6.7****Udbredelse af viden om koordinatorfunktioner**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At de kommunale erfaringer med en kommunal(e) koordinatorfunktion(er) i komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsforløb udbredes.

**6.4.5. Styrket monitorering af indsatsen på genoptræningsområdet****Specialiseret ambulante genoptræning**

Andelen af specialiserede, ambulante genoptræningsplaner er siden kommunalreformen faldet markant. Fra 41 pct. i 2007 til 19 pct. i 2011. Denne udvikling er i overensstemmelse med intentionerne bag kommunalreformen om, at mest mulig genoptræning skulle foregå i kommunerne som almen ambulante genoptræning (jf. LEON-princippet).

Der er dog regional variation i andelen af specialiseret ambulante genoptræning. De registrerede forskelle kan ikke alene tilskrives lokale forudsætninger, regionale forskelle i snitfladekataloger eller udviklingen inden for behandlings- og genoptræningsmetoder. Forskellene kan være en indikation på, at der er et uindfriet potentiale for en mere effektiv opgavevaretagelse, jf. LEON-princippet. Underforstået, at en større del af den ambulante genoptræning kan foregå i kommunerne som almen ambulante genoptræning. Analysen har dog ikke afdækket, om den regionale variation i forhold til en sundhedsfaglig vurde-

ring er udtryk for den mest hensigtsmæssige måde at løse opgaven på. I Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne konkluderes i den forbindelse, at der synes at være et behov for en nærmere vurdering eller analyse af, hvad en typisk eller rimelig fordeling mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning er.

Arbejdsgruppen vurderer, at en undersøgelse af mulige årsager til den regionale variation i specialiseret ambulans genoptræning kan skabe et fagligt fundament for evt. anbefalinger om en mere ensartet national praksis på genoptræningsområdet, herunder en evt. justeret afgrænsning af snitflader for specialiseret og almen ambulans genoptræning, eller evt. om et styrket fokus i regi af sundhedsaftalerne.

#### **Monitorering af genoptræningsområdet**

Der er store kommunale forskelle i ventetid til almen ambulans genoptræning. Samtidig er de nationale opgørelser over ventetid til almen ambulans genoptræning for nuværende ikke valide, bl.a. pga. forskelle i kommunernes indberetninger af genoptræning til Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI). Det er således ikke entydigt, i hvilket omfang ventetid på genoptræning skyldes uhensigtsmæssig kommunikation på tværs af sektorgrænser, eller om forskelle i ventetid er udtryk for forskelle i politisk prioritering af området. Forskellene mellem kommunerne og de for nogle kommuners vedkommende lange ventetid på genoptræning kan ikke alene forklares ved usikre data.

Sundhedsstyrelsen har som led i evalueringen af sundhedsaftalerne udvalgt 13 indikatorer, som har til formål at følge op på/monitorere effekten af sundhedsaftalerne. På genoptræningsområdet monitoreres 1) *antal genoptræningsplaner fordelt på diagnose, kommune og hospital*, 2) *fordeling af almene og specialiserede genoptræningsplaner* og 3) *ventetid til genoptræning*. Indikatorerne skal understøtte en styrket monitorering af genoptræningsområdet med henblik på en mere effektiv kommunal og regional opgavevaretagelse.

Styrket monitorering af genoptræningsområdet kan øge validiteten af data, der indberettes til landspatientregistret og Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI) fra sygehuse og kommuner. Styrket monitorering kan bl.a. medvirke til yderligere at kvalificere billedet af ventetider på almen ambulans genoptræning i de enkelte kommuner.

#### **Anbefaling 6.8**

##### **Styrket monitorering**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- En styrket monitorering af genoptræningsområdet.

#### **6.4.6. Faglig bæredygtighed i de specialiserede rehabiliteringsindsatser**

##### **Kommunale tilbud**

Kommunerne fik med kommunalreformen ansvaret for al genoptræning og rehabilitering, som ikke sker under indlæggelse på sygehus. Kommunerne har således på tværs af lovgivning et entydigt ansvar på rehabiliteringsområdet.

For mindre patientgrupper med sjældne eller komplekse fysiske genoptræningsbehov, eller brede og dermed komplekse rehabiliteringsbehov kan det være vanskeligt for 98 kommuner at opnå og vedligeholde de fornødne specialiserede faglige kompetencer, idet patientgrundlaget inden for den enkelte



kommune – og særligt i de mindre kommuner – kan være begrænset. Det er heller ikke af ressource-mæssige hensyn hensigtsmæssigt, at alle kommuner opbygger specifik faglig kapacitet inden for konkrete afgrænsede områder. Det er hverken fagligt eller økonomisk bæredygtigt.

Kommunalt samarbejde er i dag med til at opretholde fagligt og økonomisk bæredygtige specialiserede tilbud på genoptræningsområdet. Kommunerne kan også understøtte fagligt og økonomisk bæredygtige specialiserede tilbud ved at gøre brug af regionale tilbud som led i regionernes forsyningspligt. Kommunerne kan herudover indgå bilaterale aftaler med fx private leverandører af genoptræningsydelser.

Det vurderes, at tværkommunalt samarbejde kan sikre fagligt bæredygtige tilbud i kommuner med et befolkningsvolumen, der ellers ikke understøtter en effektiv og hensigtsmæssig forankring af mere specialiserede tilbud efter sundhedslovens § 140.

#### **Anbefaling 6.9**

##### **Tværkommunalt samarbejde på sundhedsområdet**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- Øget tværkommunalt samarbejde om almen ambulans genoptræning iflg. sundhedslovens § 140 med henblik på at sikre en forsvarlig løsning af opgaver, som kræver en større patientvolumen, end den enkelte kommune har.
- At det tværkommunale samarbejde i fornødent omfang understøttes af og forankres i sundhedsaftalerne på områder, hvor der også er samarbejde med regionen.

#### **Specialiseret indsats**

Det er afgørende, at patienter med komplekse rehabiliteringsbehov får tilbud med den nødvendige sammenhæng og faglighed i indsatsen. Det sikres for det første gennem en bedre stratificering af patienter, en udvidet genoptræningsplan for patienter med komplekse genoptræningsbehov, bedre kommunal udredning og centrale visitationskriterier, jf. arbejdsgruppens anbefalinger ovenfor. For det andet sikres det ved, at kommunerne henviser på et oplyst grundlag, jf. arbejdsgruppens anbefalinger nedenfor.

I den sammenhæng kan vejledende sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats på hjerneskadeområdet i forhold til personer med komplekse og omfattende funktionsnedsættelse understøtte en gennemsigtighed i de specialiserede rehabiliteringstilbud på hjerneskadeområdet. På det sociale område skal et nyt tilsyn bedømme de sociale døgntilbud, herunder midlertidige botilbud for personer med hjerneskade, ud fra centralt fastsatte faglige kvalitetsindikatorer. Dette tilsyn kan også i relevant omfang inddrage faglige kvalitetskriterier på sundhedsområdet i bedømmelsen af de specialiserede tilbud.

Vejledende sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats kan indebære, at et antal eksisterende tilbud evt. må ophøre med at levere specialiserede ydelser, såfremt de ikke besidder de fagligheder, der efterspørges på et specialiseret tilbud på hjerneskadeområdet.

Arbejdsgruppen bemærker, at tilbuddene drives efter forskellig lovgivning og er forankret i kommunalt, regionalt eller privat regi. En række tilbud, der drives efter den sociale lovgivning, lovgivningen på specialundervisningsområdet eller beskæftigelsesområdet, leverer samtidig sundhedsydelser, fx genop-

træning efter sundhedslovens § 140. Det er hensigtsmæssigt, at disse tilbud også anvender vejledende sundhedsfaglige kvalitetskriterier i den daglige drift af tilbuddene.

#### **Anbefaling 6.10**

##### **Kvalitetskriterier for den specialiserede rehabiliteringsindsats på hjerneskeadeområdet**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner udvikler sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats på hjerneskeadeområdet. De sundhedsfaglige kvalitetskriterier skal understøtte, at kommunerne gør brug af tilbud, som besidder den nødvendige faglige bredde og specialisering til at varetage indsatsen. Faglige kvalitetskriterier understøtter i øvrigt større gennemsigthed på området.

Der er endvidere behov for øget gennemsigthed og tydelighed omkring ydelser og målgrupper for de enkelte tilbud. Der findes ikke i dag systematiske beskrivelser af enkelte rehabiliteringstilbuds kvalitet og effektivitet. Der findes hverken kvalitetsdatabaser, akkrediteringssystemer eller lignende mulighed for at få et overblik over kommunale, regionale og private rehabiliteringstilbud. Det understreger, at der, uanset tilbuddets organisatoriske og lovgivningsmæssige forankring, er behov for større gennemsigthed og kontrol med kvalitet og ydelser i de specialiserede rehabiliteringstilbud på fx hjerneskeadeområdet, som kommunerne kan benytte sig af, når de tilrettelægger (en gradue ret) indsats(en).

Øget gennemsigthed om ydelser og pris vil styrke kommunernes mulighed for at visitere borgeren til det rette tilbud – med den nødvendige faglighed og kvalitet til den bedste pris. En måde at øge gennemsigtheden på er at udvide Tilbudsportalen, som i øjeblikket primært omfatter tilbud efter den sociale lovgivning, med alle relevante tilbud, herunder også tilbud efter anden lovgivning. Disse tilbud skal have adgang til at udbyde de af deres ydelser på Tilbudsportalen, som er fuldt kommunalt finansieret, og efter samme regler som øvrige tilbud på portalen.

#### **Anbefaling 6.11**

##### **Øget gennemsigthed i specialiserede tilbud**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- En øget grad af gennemsigthed i pris og ydelser bl.a. på baggrund af de vejledende kvalitetskriterier for de specialiserede tilbud på fx hjerneskeadeområdet, jf. Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer. Det kan ske ved at udvide den landsdækkende oversigt (Tilbudsportalen) over tilbud efter den sociale lovgivning til også at omfatte tilbud efter anden lovgivning.

Det skal i den forbindelse afslutningsvist bemærkes, at en nærmere behandling af problemstillingen omkring den specialiserede indsats ligger i underarbejdsgruppen for evaluering af kommunalreformen på socialområdet samt af de specialiserede undervisningstilbud. Af kommissoriet for denne arbejdsgruppe fremgår det, at evalueringen bl.a. skal rette fokus på understøttelse af den specialiserede indsats. Evalueringen skal derfor kortlægge udviklingen i specialiserede social- og undervisningstilbud henset til den faglige udvikling på området. Det skal som led heri bl.a. overvejes, om der er behov for at understøtte en øget koordinering i forhold til udbuddet af meget specialiserede tilbud, så det sikres, at de fornødne tilbud er til rådighed for alle kommuner.

## 7. Fokusområde 3 – Indsatsen for patienter med psykisk sygdom

### 7.1. Indledning

Regeringen har, jf. regeringsgrundlaget, besluttet at iværksætte en evaluering af kommunalreformen med særlig fokus på bl.a. sundhedsområdet.

Det fremgår af kommissoriet for underudvalgsarbejdsgruppen for evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet, at evalueringen tager udgangspunkt i en række fokusområder, hvor patienter krydser sektor- eller myndighedsgrænser. Et af fire fokusområder for evalueringen er snitfladeproblematikker mellem regioner og kommuner på det psykiatriske område.

Det fremgår af kommissoriet for evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet, at dette emne analyseres i det psykiatriudvalg, som regeringen har nedsat om indsatsen for personer med psykiske sygdomme.

Psykiatriudvalget består af repræsentanter fra Det Sociale Netværk, SIND, LAP (Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere), Bedre Psykiatri, De Lægevidenskabelige Selskaber, Danske Regioner og KL. Herudover indgår Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Social- og Integrationsministeriet, Ministeriet for Børn og Undervisning, Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen samt fem eksperter med særlig viden om psykiatriområdet.

Indledningsvis i analysens afsnit 7.2 beskrives den overordnede opgave- og ansvarsfordeling i forhold til personer med psykisk sygdom, som den blev fastlagt med kommunalreformen, samt intentionerne med den. Herefter beskrives de redskaber til samarbejde og koordinering af indsatsen på tværs af regioner og kommuner, som blev indført i forbindelse med kommunalreformen.

Indledningsvis i det efterfølgende afsnit 7.3 om problemidentifikation ses på erfaringerne med de redskaber til samarbejde og koordinering af indsatsen på tværs af regioner og kommuner, som blev indført i forbindelse med kommunalreformen. Selve problembeskrivelsen i afsnit 2 er struktureret efter følgende skabelon, som er aftalt i henhold til den overordnede evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet:

- Overordnet beskrivelse: Hvilket problem/problemfelt?
- Overgange/snitflader: Hvor i patientforløbet opstår problemet?
- Berørte parter: Hvem oplever problemet?
- Væsentlighedskriterium: Hvad er omfanget af problemet?
- Konsekvenser: Hvordan opleves problemet, og hvad er konsekvenserne?
- Årsag: Hvad skyldes problemet?

Psykiatriudvalget konkluderer i forhold til identificerede snitfladeproblematikker på psykiatriområdet, men peger ikke på specifikke løsningsforslag i forhold til de identificerede problemer.

## 7.2. Kommunalreformen og det psykiatriske område

### 7.2.1. Overordnet opgave- og ansvarsfordeling

Med kommunalreformen overtog de nye regioner ansvaret for den behandlende psykiatri, dvs. sygehus- og distriktspsykiatrien, fra amterne. Som på det somatiske område var intentionen med reformen, at en samling af ansvaret på færre, mere bæredygtige enheder ville skabe rammerne for specialisering og styrkelse af kvaliteten i den psykiatriske behandling. Som en del af reformen på sundhedsområdet blev specialeplanlægningen styrket, og Sundhedsstyrelsen fik øgede beføjelser på området, herunder til at fastsætte krav og godkende placeringen af specialfunktioner på regionale og private sygehuse. Sundhedsstyrelsen har inden for psykiatrien udarbejdet specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatrien<sup>80</sup> og specialevejledning for voksenpsykiatrien<sup>81</sup>, der fastsætter krav og placerer de enkelte specialfunktioner.

Kernen i den regionale psykiatri er udredning, diagnostik og behandling af mere komplekse psykiatriske lidelser, som kan foregå i ambulant regi fx distriktspsykiatrien eller under indlæggelse.

Regionerne fik også ansvaret for praksissektoren. Her spiller særligt alment praktiserende læger, praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere og praktiserende psykologer en stor rolle i forhold til opsporing, diagnostik og behandling af psykiatriske lidelser, ikke mindst lettere ikke-psykotiske lidelser.

Kommunerne havde før kommunalreformen forskellige tilbud til borgere med sindslidelse. Med kommunalreformen overtog kommunerne det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på det sociale område. Det betød, at kommunerne overtog det samlede ansvar for den sociale indsats til mennesker med sindslidelser. Kommunerne har således i dag det samlede ansvar for den nødvendige sociale indsats, som varetages før, under og efter den regionale psykiatriske behandling.

Formålet med denne ændring var at skabe en klar og entydig ansvarsfordeling med én indgang for borgeren i kommunen samtidig med, at de sociale opgaver i højere grad løses i nærmiljøet og i tæt samspil med kommunens øvrige tilbud.

Kommunerne fik ansvaret for al rådgivning af borgeren og ansvaret for at træffe afgørelse om og finansiere tilbud og ydelser efter serviceloven fx bostøtte, støtte- og kontaktpersonordning, botilbud og aktivitets- og samværstilbud som fx væresteder. Kommunerne fik tillige tillagt forsyningsansvaret på det sociale område i forhold til borgeren og kan vælge selv at oprette og drive tilbud eller indgå aftaler om brug af andre kommuners tilbud samt regionale eller private tilbud.

I forbindelse med kommunalreformen blev der indført årlige rammeaftaler mellem kommunerne og regionerne, hvor regionerne efter aftale med kommunerne fik pligt til at levere en række sociale tilbud. Kommunerne overtog dog langt de fleste af de socialpsykiatriske tilbud ved kommunalreformen. Kommunerne overtog således pr. 1. januar 2007 80 pct. af de sociale tilbud, der før blev drevet af amterne.

---

<sup>80</sup> Sundhedsstyrelsen, specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri af 15. juni 2011

<sup>81</sup> Sundhedsstyrelsen, specialevejledning for psykiatri af 15. juni 2011

Kommunerne fik endvidere ansvaret for andre opgaver, som eksempelvis misbrugsbehandling, specialundervisning, forsorgshjem og beskæftigelse som hænger tæt sammen med de sociale indsatser på psykiatriområdet.

På misbrugsområdet fik kommunerne med kommunalreformen myndighedsansvaret for alkoholbehandling og for stofmisbrugsbehandling, herunder ansvar for visitation af stofmisbrugere til sundhedsfaglig og socialfaglig behandling. Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på alkohol- og stofmisbrugsområdet. Kommunen har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region/en anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud.

Der gennemføres som led i evaluering af kommunalreformen på det sociale område en kortlægning af den specialiserede viden på det sociale område, herunder bl.a. af viden om sociale indsatser for personer med sindslidelser kombineret med misbrug og/eller problemskabende adfærd herunder sindslidende i særforanstaltninger.

På specialundervisningsområdet fik kommunerne ansvaret for at træffe afgørelser om og finansiere den vidtgående specialundervisning, specialpædagogisk bistand til småbørn, og specialundervisningen til voksne.

På specialundervisningsområdet blev der etableret en ordning svarende til socialområdet, idet regionerne dog fik ansvaret for at videreføre og udvikle de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud for børn og voksne.

Efter ændring af folkeskoleloven i 2007 blev kommunerne forpligtede til at sørge for specialundervisning af de elever, der har været henvist til amtskommunernes skole- og undervisningsvæsen. Samtidig overtog kommunerne det fulde finansieringsansvar for udgifterne ved de regionale undervisningstilbud, der bliver drevet i henhold til folkeskoleloven og lov om specialundervisning for voksne.

Der er i alt fem regionale lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud og to landsdelsdækkende undervisningstilbud i Københavns Kommune.

På beskæftigelsesområdet blev der etableret et enstrengt beskæftigelsessystem, hvor kommunerne fik ansvaret for både forsikrede og ikke-forsikrede ledige. Der blev etableret kommunale jobcentre, hvis formål er at hjælpe arbejdsledige borgere til beskæftigelse og selvforsørgelse, herunder støtte til personer med begrænsninger i arbejdsevnen. Der er ikke i beskæftigelseslovgivningen defineret særlige opgaver i forhold til borgere med psykiatiske problemstillinger, men det er blevet indskærpet i lovgivningen at, at alle ledige og sygedagpengemodtagere skal udarbejde en jobplan i samarbejde med jobcentrene, hvis de vil bevare retten til dagpenge eller kontanthjælp. Det er endvidere en central del af lovgivningen på beskæftigelsesområdet, at den beskæftigelsesrettede indsats altid skal være tilpasset den enkeltes forudsætninger og behov.

#### Med kommunalreformen fik regionerne:

- Ansvar for behandling dvs. stationær behandling (sygehuse herunder skadestue og psykiatriske sengeafsnit) og ambulante behandling (klinikker, ambulatorier, opsøgende teams, mobile teams, distriktpsikiatri etc).
- Ansvar for praksisområdet dvs. praktiserende læger, speciallæger og psykologer
- Efter aftale med kommunerne leverandørpligt af tilbud til udsatte grupper og grupper med særlige behov på social- og undervisningsområdet

#### Med kommunalreformen fik kommunerne:

- Det samlede finansierings-, forsynings- og myndighedsansvar for den sociale indsats fx bostøtte, væresteder, bosteder, støtte- og kontaktpersonordning,
- Ansvar for udvalgte opgaver på sundhedsområdet, herunder myndighedsansvar for behandling af alkohol- og stofmisbrug og den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme og delt ansvar i forhold til den patientrettede forebyggelse
- Ansvar for specialundervisning til børn og voksne
- Ansvar for beskæftigelsesindsats for alle arbejdsledige

Med kommunalreformen blev der indført kommunal medfinansiering af regionernes sundhedsydelser. Medfinansieringen er aktivitetsafhængig og afhænger således af antallet af indlæggelser og ambulante behandling på sygehuse og antallet af ydelser fra praksissektoren kommunens borgere modtager. Sammen med kommunernes nye sundhedsopgaver gav medfinansieringen kommunerne en større rolle på sundhedsområdet. Formålet med indførelsen af kommunal medfinansiering, var at give kommunerne et incitament til at forebygge behovet for især sygehusbehandling.

Regeringen har nedsat et kulegravningsudvalg, der skal analysere strukturerne og incitamenterne i sundhedsvæsenet. Udvalget har bl.a. til opgave at vurdere behovet for at justere incitamentsstrukturen, så den i øget omfang understøtter sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb, herunder via patienters egenbehandling og anvendelse af telemedicinske løsninger. Udvalget afrapporterer i foråret 2013.

### 7.2.2. Redskaber til koordination og samarbejde indført med kommunalreformen

Med kommunalreformen blev der indført en række samordnings- og koordineringsværktøjer med henblik på at fastlægge arbejdsdelingen mellem de forskellige aktører og sikre en sammenhængende service for borgeren. For at styrke samarbejdet og koordineringen blev det som en del af sundhedsloven fastlagt, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg. Sundhedskoordinationsudvalgene har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar på sundhedsområdet og de tilgrænsende sektorer dvs. social-, undervisnings- og beskæftigelsesindsatser. Det blev samtidig fastlagt, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen i hver valgperiode skal indgå aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet, såkaldte sundhedsaftaler, som skal indse-

des til Sundhedsstyrelsen til godkendelse. På det sociale område blev der indført årlige rammeaftaler mellem kommune og regioner og man etablerede VISO og Tilbudsportalen.

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal desuden årligt indgå en rammeaftale om de regionale undervisningstilbud. Rammeaftalen fastlægger regionsrådets forpligtelse til at stille et antal pladser til rådighed og taksterne for brug af disse pladser. Rammeaftalen skal efter en lovændring i 2012, der forenkler proceduren ved indgåelse af rammeaftaler, indeholde en faglig udviklingsdel og en kapacitets- og økonomistyringsdel.

**Med kommunalreformen blev der indført:**

- Sundhedskoordinationsudvalg
- Obligatoriske sundhedsaftaler på 6 obligatoriske områder herunder indsatsen for personer med psykiske sygdomme
- Rammeaftaler
- VISO
- Tilbudsportal

Udover de samordnings og koordineringsværktøjer, der blev indført i forbindelse med kommunalreformen, findes en række andre redskaber til at sikre sammenhæng i indsatsen for personer med psykiske sygdomme, fx de lovpligtige koordinationsplaner og udskrivningsaftaler.

#### **7.2.2.1. Sundhedsaftaler for mennesker med sindslidelser**

Indsatsen for mennesker med sindslidelser blev defineret som et obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftaler med henblik på at sikre sammenhæng i patientens forløb i den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats..

Sundhedsaftalerne skal sætte den overordnede ramme for indsatsen og sikre effektive og sammenhængende patientforløb for de mennesker med sindslidelser, som både har behov for et psykiatrisk behandlingstilbud (herunder også tilbud fra praksissektoren) og for kommunale tilbud, som kan være sundhedsfaglige, sociale, beskæftigelses- og undervisningsmæssige tilbud, botilbud samt fritids tilbud mv.

For at opfylde formålet skal sundhedsaftalen således medvirke til at sikre klarhed over de enkelte aktørers rolle og opgaver, samt de samarbejdsflader, der findes mellem de regionale aktører i sygehusvæsenet og praksissektoren og de kommunale aktører i de forskellige forvaltningsområder.

Sundhedsloven forpligter dermed regioner og kommuner til at indgå aftaler, som bl.a. beskriver arbejdsdelingen og koordinationen mellem sektorerne, hvordan det sikres at relevant information formidles mellem parterne, og at der ved udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov.

Særligt skal aftalen omfatte børn og unge, samt mennesker med kendt sindslidelse, som tillige har et misbrug (dobbeldiagnosepatienter).

#### Boks 7.4: Krav til sundhedsaftale for indsatsen for mennesker med sindslidelse

##### Aftalen skal beskrive følgende:

1. Arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser, herunder på børne- og ungeområdet samt for mennesker med en kendt sindslidelse som tillige har et misbrug (dobbeltdiagnosepatienter).
2. Hvordan parterne sikrer koordinering mellem den sundhedsfaglige indsats og den socialt faglige indsats, herunder fastlægger hvem, der i en given situation er ansvarlig for at tage et initiativ.
3. Hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles til patienten og mellem sygehus, almen praksis og kommunen i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra sygehus, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.
4. Hvordan parterne sikrer, at der i forbindelse med udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.
5. Hvordan parterne sikrer, at der foretages en vurdering af behov for indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse, samt at ansvaret for varetagelse af disse behov fastlægges.
6. Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser.
7. Hvordan parterne følger op på aftalen.

#### 7.2.2.2. Rameaftaler på det sociale område, VISO og Tilbudsportal

##### Rameaftaler

Rameaftalen var tænkt som et planlægnings- og udviklingsværktøj for de tilbud, som blev varetaget af de tidligere amter, og som regionerne efter kommunalreformen har en forsynings- og udviklingspligt for. Rameaftalerne skulle således dels sikre planlægning og udvikling af de regionale tilbud, dels regulere forholdet mellem kommunernes efterspørgsel og behov på den ene side og regionernes forsyningspligt over for kommunerne på den anden side.

Reglerne om rameaftaler blev udformet ud fra den forudsætning, at regionerne overtog en stor del af de tidligere amtslige tilbud og skulle sælge pladser til kommunerne. Udviklingen har dog vist, at kommunerne i langt højere grad end forventet har overtaget tidligere amtslige eller regionale tilbud, og at de også i højere grad end forventet selv har oprettet nye tilbud, som ikke er omfattet af rameaftalerne.

Allerede få år efter kommunalreformen viste der sig derfor behov for at nytænke rameaftalerne, så de forholder sig til denne udvikling, og i højere grad bliver et redskab for kommunalbestyrelserne i regionerne på tværs til at styre faglig udvikling, kapacitet og økonomi – herunder takstudvikling.

I foråret 2011 blev der derfor indført nye bestemmelser om rameaftaler på det sociale område og det almene ældreboligområde. De centrale punkter i de nye bestemmelser, som trådte i kraft medio marts 2011, er:

- at rameaftalerne forenkles, og at koordineringen flyttes til kommunerne.
- at rameaftalerne fremover indgås mellem kommunalbestyrelserne i regionen og med regionsrådet, for så vidt angår de regionale tilbud.
- at lovgivningen sætter nogle overordnede rammer for rameaftalerne, som udfyldes af de deltagende kommunalbestyrelser og regionsråd.



- at rammeaftalerne opdeles i en udviklingsstrategi og en styringsaftale, som skal ses i sammenhæng, men som ligger tidsmæssigt forskudt. Udviklingsdelen skal foreligge senest 1. juni og styringsaftalen senest den 15. oktober.
- at rammeaftalerne styrkes som redskab for kommunerne i rollen som køber af pladser.
- at rammeaftalerne skal bidrage til at skabe beslutningsgrundlag for den enkelte kommunalbestyrelses tilrettelæggelse af det sociale område og det almene ældreboligområde.

Sammenfattende skal den samlede rammeaftale være med til:

- at sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene på tværs af kommunegrænser, så alle kommuner til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer,
- at skabe synlighed og gennemsikuelighed om kapacitet, behov for pladser samt takst- og udgiftsudvikling og
- at sikre koordinering og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer på særlige områder anvendes hensigtsmæssigt.

I forbindelse med fastlæggelsen af udviklingsstrategien skal kommunalbestyrelser og regionsråd sikre indbyrdes koordinering regionerne imellem om de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud, dvs. de tilbud, som er omfattet af bestemmelserne om objektiv finansiering. Formålet er at sikre, at der til stadighed er det nødvendige antal pladser på landsplan.

Endelig giver de nye bestemmelser om rammeaftaler mulighed for, at social- og integrationsministeren senest den 1. januar hvert år kan udmelde særlige temaer eller typer af tilbud, som skal behandles i rammeaftalerne.

#### VISO

Med kommunalreformen fik kommunerne bl.a. ansvaret for al rådgivning af borgerne – både den almindelige og den specialiserede. Som et supplement hertil oprettedes en national videns- og specialrådgivningsorganisation – VISO, jf. lov om social service § 13.

Formålet med VISO er:

- at bevare og udvikle den meget specielle viden og ekspertise.
- at være en stærk støttefunktion for kommunerne i de mest vanskelige enkeltsager.
- at sikre borgeren adgang til den bedste ekspertise, uanset hvor i landet den findes.

VISO rådgiver kommuner, borgere, institutioner og tilbud – når kommunen har behov for supplerende ekspertise, viden og erfaring. VISO's rådgivning er landsdækkende og skal bidrage til, at den specialiserede viden kommer til gavn, hvor behovet er. VISO rådgiver i sager om:

- Udsatte børn, unge og voksne, herunder mennesker med sindslidelser.
- Børn, unge og voksne med handicap.

Pædagogisk pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR) kan desuden indhente vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager fra VISO til brug for sin rådgivning af skoler, forældre m.fl. Tilsvarende kan kommunen få vejledende bistand fra VISO til kommunens udredning i

de mest specialiserede og komplicerede enkelt-sager, hvor den fornødne ekspertise ikke kan forventes at være til stede i den enkelte kommune eller i regionens undervisningstilbud.

#### *Tilbudsportal*

Tilbudsportalen blev lanceret den 1. januar 2007 i forbindelse med kommunalreformen. Tilbudsportalen rummer viden om leverandører på det specialiserede socialområde og ældreområdet.

Kommunerne må kun benytte tilbud, der er registreret i Tilbudsportalen. Rammerne og reglerne for Tilbudsportalen er beskrevet i Bekendtgørelse om Tilbudsportalen. Her fastslås blandt andet hvilke tilbud, der skal indberettes til Tilbudsportalen, og hvem der har ansvaret for, at indberetningerne er korrekte. Tilbudsportalen indeholder oplysninger om ca. 4.100 tilbud og 7.000 ydelser.

#### **7.2.2.3. Rammeaftaler på børne- og undervisningsområdet**

Regionsrådet har efter folkeskoleloven ansvaret for at tilpasse kapaciteten på og sammensætningen af regionens undervisningstilbud, herunder oprettelse af nye lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud.

Kommunalbestyrelserne og regionsrådene er endvidere forpligtet til at samarbejde om at tilvejebringe de nødvendige tilbud inden for specialundervisningsområdet. Den årlige rammeaftale skal indeholde en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Udviklingsstrategien skal indeholde en række elementer som ønske- og løsningsmuligheder i forhold til den faglige udvikling af undervisningstilbuddene, mulighederne for en fleksibel anvendelse af tilbuddene og et skøn over behovet for udvikling af nye tilbud.

### **7.3. Problemidentifikation**

Kommunalreformen medførte nye opgaver til kommunerne som fik det samlede myndighedsansvar for den sociale indsats for sindslidende og overtog ansvaret for misbrugsbehandlingen, beskæftigelsesindsatsen og specialundervisningen. Formålet med at samle opgaverne i kommunerne var blandt andet at sikre én indgang for borgeren, en indsats i borgerens lokalmiljø og at give bedre mulighed for at velfærdsydelser på tværs af lovgivninger produceres og leveres til borgerne i sammenhæng.

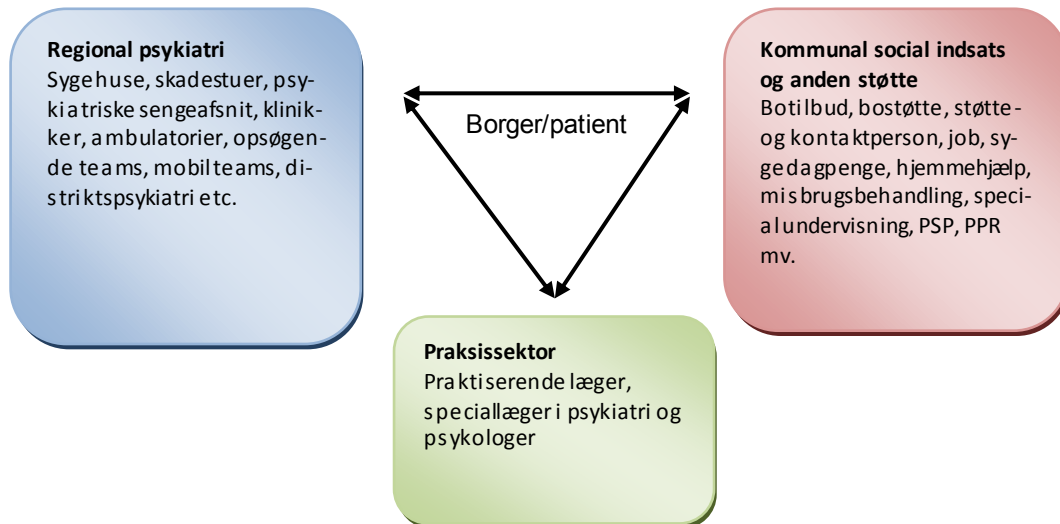
Nedenfor er skitseret de forskellige aktører, som kan indgå i tværgående forløb for mennesker med psykiske sygdomme og de forskellige aktørers ansvarsområder. Som det ses, kan der være mange aktører og instanser involveret i borgerens/ patientens forløb. Der kan overordnet skelnes mellem den regionale psykiatri, praksissektoren og kommunen. Den regionale psykiatri består af sygehuse herunder skadestue og psykiatriske sengeafsnit samt ambulante behandlingstilbud i form af klinikker, ambulatorier, opsøgende teams, mobil teams, distriktskykiatri etc.

I kommunerne er den sociale indsats, jobcentrene, børne- og ungeområdet, misbrugsområdet mv. vigtige områder i relation til borgere med psykiske lidelser. Almen praksis er som borgerens indgang til sundhedsvæsenet en væsentlig aktør og er i berøring med mange patienter med psykisk sygdom og varetager behandlingen af især de ikke-psykotiske lidelser og vil ofte fungere som gatekeeper til den regionale psykiatri herunder den øvrige praksissektor fx speciallæger eller psykologer.

Borgeren med psykiske problemstillinger kan derfor være i kontakt med op til flere aktører i den regionale psykiatri og i kommunen og samtidig være i kontakt med sin praktiserende læge. For retspsykiatriske patienter kan Kriminalforsorgen endvidere være en aktør, som er i kontakt med borgeren.

Det stiller store krav til samarbejde og koordinering af indsatsen på tværs af sektorer, men også inden for de enkelte sektorer at få tilrettelagt en sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Derfor blev der jf. afsnit 7.2.2 indført redskaber med henblik på at sikre koordineringen af indsatsen på tværs af myndigheder gennem et formaliseret aftalesystem, sundhedsaftalerne.

**Figur 7.1.**  
**Aktører i forløb for mennesker med psykiske sygdomme**



I det følgende beskrives de områder, som psykiatriudvalget vurderer fortsat giver anledning til problemer vedr. snitflader, sammenhæng og kvalitet på trods af reformens intention om en sammenhængende indsats. I den forbindelse finder psykiatriudvalget det vigtigt at påpege, at den generelle udvikling inden for psykiatrien udgør en væsentlig faktor og rammebetingelse, som efter kommunalreformen har øget behovet for samarbejdet væsentligt. Denne udvikling skitseres i det følgende, ligesom der redegøres for erfaringerne med brugen af sundhedsaftaler.

### 7.3.1. Den generelle udvikling

Der er over en længere årrække sket et skift i behandlingsparadigmet for psykiatriske patienter. Psykiatrien er gået fra et behandlingsregime baseret på langvarige indlæggelser til kortere intensive indlæggelser med opfølgning i ambulant regi. Det betyder, at mange af patienterne ved udskrivning ofte ikke er færdige med behandling, men typisk fortsat skal have behandling - ambulant, i distriktpsikiatrien eller hos egen læge evt. i kombination med en kommunal indsats. Dette øger behovet for samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Også inden for den kommunale sociale indsats har man set et paradigmeskift med fokus på den recoveryorienterede tilgang. Psykiske lidelser betragtes som en midlertidig situation frem for en kronisk tilstand. I de situationer hvor borgeren har brug for en længerevarende indsats, er det muligt at støtte borgeren i at mestre sin psykiske lidelse. En central del af den recoveryorienterede tilgang er, at den sociale indsats sker i borgerens eget nærmiljø, typisk i egen bolig og inddragelse af borgerens netværk i støtten. Dette øger behovet for samarbejde og koordinering af indsatsen internt i kommunen.

Tabel 7.1 viser udviklingen i antallet af senge i almenpsykiatrien i perioden 2002-2011. Det ses af tabellen, at udviklingen i antallet af senge i perioden har været forskellig for børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Mens antallet af senge er steget med godt 5 pct. i børne- og ungdomspsykiatrien, er antallet af senge faldet med godt 23 pct. i voksenpsykiatrien i perioden 2002-2011. Samlet set har der været et fald i antal senge på 22 pct.

Fra centralt hold er der med de senere års satspuljeaftaler afsat ekstra midler til udvidelse af kapaciteten i psykiatrien, herunder sengekapacitet. Senest blev der med satspuljeaftalen for 2012-2015 afsat 140 mio. kr. ekstra over fire år til etablering af nye sengepladser i almen psykiatri. Efter 2015 vil midlerne blive tilført regionerne som en permanent bevilling.

**Tabel 7.1.**

**Antal normerede senge i almenpsykiatrien pr. 31. december 2011, 2002-2011.**

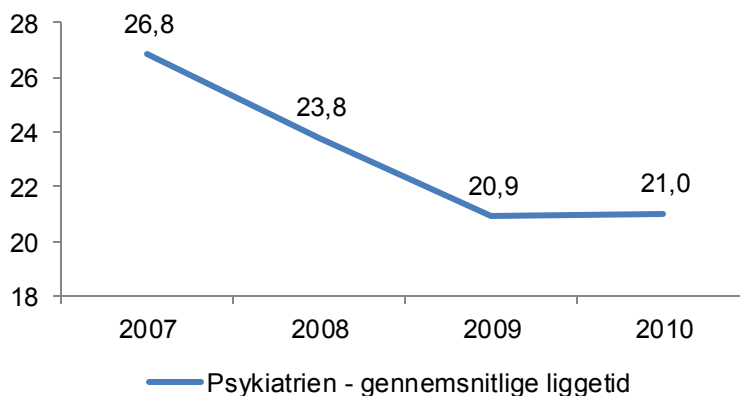
|                              | 2002        | 2003        | 2004        | 2005        | 2006        | 2007        | 2008        | 2009        | 2010        | 2011*        | Udvikling<br>2002-<br>2011 i<br>pct. |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------------------------------|
| Børne- og ungdomspsykiatrien | 221         | 238         | 226         | 227         | 219         | 208         | 201         | 203         | 203         | 233*         | 5,4                                  |
| Voksenpsykiatrien            | 3690        | 3550        | 3368        | 3246        | 3129        | 3089        | 3011        | 2981        | 2961        | 2814*        | -23,7                                |
| <b>I alt</b>                 | <b>3911</b> | <b>3788</b> | <b>3594</b> | <b>3473</b> | <b>3348</b> | <b>3297</b> | <b>3212</b> | <b>3184</b> | <b>3164</b> | <b>3047*</b> | <b>-22,1</b>                         |

Kilde: Statens Serum Institut, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning

Note: \*Tallene for 2011 er foreløbige.

**Figur 7.2.**

**Udviklingen i den gennemsnitlige liggetid i psykiatrien: Kilde: KL problemidentifikationspapir**



Kilde: Baseret på DRG-data – esundhed

I takt med at den stationære kapacitet er reduceret, er der sket en udbygning af den ambulante aktivitet. Udbygningen har medført en vækst i antallet af patienter, der tilbydes psykiatrisk behandling såvel som en stigning i antallet af ambulante ydelser. Således er antallet af ambulante ydelser vokset med 15 pct. i voksenpsykiatrien og med mere end 30 pct. i børne- og ungdomspsykiatrien og i perioden 2007-2011.

**Tabel 7.2.**  
**Ambulante besøg i voksenpsykiatrien**

|  | 2007    | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
|  | 732.950 | 718.694 | 744.448 | 808.756 | 842.711 |

Kilde: Danske Regioners nøgletal. Fra 2010 Landspatientregistret.

Anm.: Voksenpsykiatrien er defineret som patienter i alderen fra 18 år og opefter.

**Tabel 7.3.**  
**Ambulante besøg i børne- og ungepsykiatrien i 2011**

|  | 2007   | 2008   | 2009    | 2010    | 2011    |
|--|--------|--------|---------|---------|---------|
|  | 95.703 | 98.686 | 102.436 | 113.765 | 125.400 |

Kilde: Danske Regioners nøgletal. Fra 2010 Landspatientregistret.

Anm.: Børne- og ungdomspsykiatrien er defineret som patienter i alderen til og med 17 år.

Anm.: Ambulante besøg inkluderer ambulante besøg og (ude besøg).

Udviklingen i antallet af sociale tilbud til sindslidende kan aflæses i tabel 4. Heraf fremgår bl.a., at antallet af sindslidende, som modtager bostøtte i eget hjem efter servicelovens § 85 er steget med 93 pct. fra 2007 til 2011. Det ses desuden af tabellen, at antallet af sindslidende, som bor i botilbud efter servicelovens §§ 107-108 har fundet et nyt og højere niveau efter kommunalreformen. Samlet set er aktivitetsniveauet i den sociale indsats for sindslidende, forstået som indsatser efter serviceloven, steget efter kommunalreformen.

**Tabel 7.4.**  
**Udvikling i antal sociale tilbud til sindslidende**

| Tilbud   | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007               | 2008  | 2009               | 2010   | 2011   |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|-------|--------------------|--------|--------|
| Antal beboere i botilbud efter §§ 107-108 (belægning) <sup>1</sup> .....                             | 3.481 | 3.646 | 3.629 | 3.606 | 3.636 | -                  | -     | 4.886 <sup>2</sup> | 5.512  | 4.960  |
| Antal personer, som modtager støtte efter § 85 (socialpædagogisk støtte) <sup>3</sup> .....          | 3.799 | 4.230 | 5.137 | 5.399 | 5.790 | 7.614              | 9.719 | 11.934             | 13.501 | 14.732 |
| Antal personer, som modtager tilbud efter servicelovens § 102 (tilbud af behandlingsmæssig karakter) | 217   | 169   | 29    | 101   | 78    | 100                | 23    | 66                 | 64     | 59     |
| Antal personer med en støtte-/kontaktpersonordning (SEL § 99).....                                   | 4.915 | 5.095 | 5.055 | 5.331 | 5.645 | 4.213 <sup>4</sup> | 4.798 | 5.221              | 5.638  | 5.043  |
| Antal sindslidende i aktivitets- og samværstilbud (§ 104).....                                       | 7.942 | 7.435 | 7.454 | 6.953 | 7.090 | 7.048              | 7.065 | 7.672              | 9.375  | 8.077  |
| Antal sindslidende i beskyttet beskæftigelse (§ 103).....  | 1.286 | 1.419 | 1.551 | 1.678 | 1.780 | 1.557              | 1.208 | 1.727              | 1.649  | 2.180  |

<sup>1</sup> Tallet omfatter sindslidende og personer med sociale problemer.

<sup>2</sup> Tallet for 2009 er ikke direkte sammenligneligt med tidligere år pga. manglende indberetning.

<sup>3</sup> Tallene er usikre, da der ikke er ensartet registreringspraksis. Der skal især tages forbehold ved sammenligning før og efter kommunalreformen.

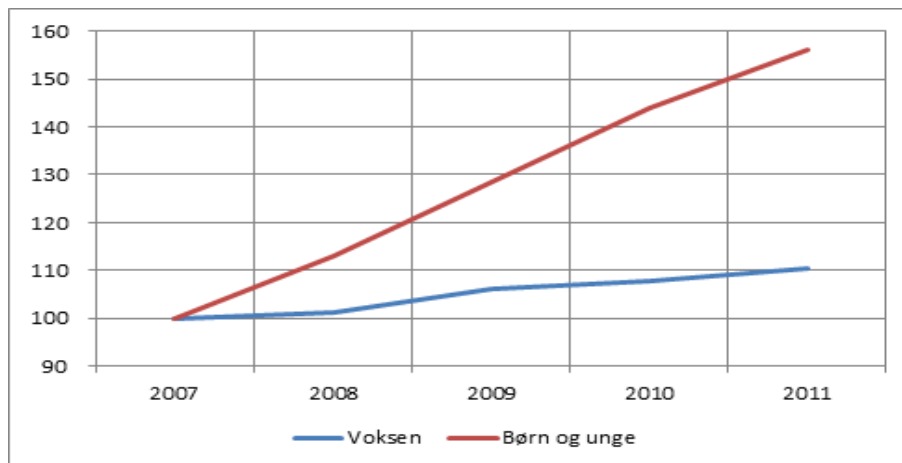
<sup>4</sup> Fra 2007 og frem omfatter ordningen også hjemløse, stof- og alkoholmisbrugere.

Samtidigt med udviklingen i den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats er der inden for de sidste ti år sket en stigning antallet af diagnosticerede patienter med psykisk sygdom. Inden for børne- og ungdomspsykiatrien er der sket en mærkbar stigning. Her ses fx en markant stigning i antallet af

børn, der bliver behandlet for opmærksomhedsforstyrrelser herunder primært ADHD. Der ses også en stigning i antallet af mennesker med ikke-psykotiske sygdomme som angst, depression og nervøse stresstilstande. Tilstande som bl.a. kan være årsag til højt sygefravær og førtids pension. Denne udvikling er med til at øge efterspørgslen efter ydelser i kommuner, praksissektoren og den regionale psykiatri.

**Figur 7.3.**

**Udviklingen i antallet af patienter i den samlede psykiatri, indeks (2007=100).**



Kilde: Landspatientregistret

Anm.: Voksenpsykiatrien er defineret som patienter i alderen fra 18 år og opefter.

Anm.: Patienter i børne- og ungepsykiatrien defineres som patienter i aldersgruppen 0 til og med 17 år.

Også inden for retspsykiatrien ses et øget antal patienter. Antallet af retspsykiatriske patienter er 4-doblet på 20 år. En tværsnitsundersøgelse fra 2003 opgjorde antallet af retspsykiatriske patienter til 1.527. En ny tværsnitsundersøgelse for november 2010 viste, at antallet af retspsykiatriske patienter er stedet til 2.638 patienter<sup>82</sup>.

Kommunerne har også oplevet aktivitets- og udgiftsstigninger på specialundervisningsområdet både før og efter kommunalreformen. En analyse af folkeskolens specialundervisning fra 2010 viste, at ca. 84.000 elever modtog specialundervisning i skoleåret 2008/2009. Heraf modtog ca. 33.000 elever specialundervisning i specialskoler og specialklasser, svarende til 5,6 pct. af folkeskolens elever. Udgifterne til specialundervisning udgjorde ca. 30 pct. af folkeskolens samlede udgifter.

### **Boks 7.5.**

#### **Den generelle udvikling inden for psykiatrien**

##### **Den generelle udvikling inden for psykiatrien:**

- Fra stationær behandling til ambulante behandling
- Fra længerevarende indlæggelser til korte intensive forløb med opfølgning i ambulante regi
- Mere fokus på rehabilitering og recovery og borgerens/patientens egen mestring
- Fokus på, at borgeren får indsatsen i eget nærmiljø, typisk egen bolig
- Flere diagnosticerede med en psykisk sygdom særligt børn og unge og personer med ikke-psykotiske lidelser og flere retspsykiatriske patienter
- Indførelse af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatri og udvidet behandlingsret i voksenpsykiatrien i 2008-2010.
- Flere elever modtager specialundervisning.

I analysen af snitfladeproblematikker spiller den generelle udvikling inden for psykiatrien således i høj grad en rolle i forhold til opgaveudviklingen på psykiatriområde og snitfladeproblematikker må også ses i det lys og ikke kun relateret til den opgavefordeling, som blev fastlagt med kommunalreformen.

#### **7.3.1.1 Erfaringerne med brug af sundhedsaftalerne på det psykiatriske område**

Første generation af sundhedsaftaler blev godkendt af Sundhedsstyrelsen i 2008. I marts 2011 godkendte Sundhedsstyrelsen anden generation af sundhedsaftalerne for 2011-2014.

Sundhedsaftalen er både en politisk aftale, som beskriver rammerne og målsætningerne for samarbejdet mellem parterne på en række indsatsområder indenfor sundhedsområdet, samt en administrativ aftale, som fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

Alle regioner har indgået sundhedsaftaler med kommunerne om indsatsen for mennesker med psykiske sygdomme. Samtlige aftaler har særskilt beskrevet arbejdsdelingen i forhold til indsatsen for børn, dobbeltdiagnosticerede og børn til psykisk syge forældre. Nogle regioner har valgt at gøre det i en særskilt samarbejdsaftale, hvor andre har beskrevet indsatsområdet i en generel samarbejdsaftale for børn og unge og voksne. Nogle regioner har yderligere valgt, at udarbejde særskilte samarbejdsaftaler for flere målgrupper fx demens og udviklingshæmmede med psykisk sygdomme (oligofreni).

De fleste regioner har desuden til grundaftalen udarbejdet en mere detaljeret samarbejdsaftale for børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, der konkretiserer snitflader og aftaler om samarbejde.

Samtlige aftaler indeholder fokus for fremadrettede udviklingsområder. Fælles kompetenceudvikling mellem sektorer er et fokusområde i alle aftaler og fremrettet brug af elektronisk kommunikation.

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2010-2011 en evaluering af første generation og anden generation af sundhedsaftalerne med henblik på at fastslå sundhedsaftalernes virkning i praksis<sup>83</sup>. Sundhedsstyrelsen finder i forhold til sundhedsaftalerne relateret til indsatsen for sindslidende, at koordinering mellem den sundhedsfaglige og den sociale indsats – og mellem den regionale og den kommunale indsats – generelt er i højsædet i aftalerne. Koordinering søges generelt beskrevet gennem opstilling af kriterier og tjeklister med minimumskrav i forhold til optimale patientforløb. Der ses kriterier til brug henholdsvis før, under og efter indlæggelser, ligesom der beskrives initiativpligt og ansvarsfordeling til at sikre hensigtsmæssige forløb. I de fleste aftaler har den instans, som har den aktuelle kontakt til patienten, også forpligtelsen til at orientere, inddrage og samarbejde med andre aktører i forløbene.

Koordinering i de enkelte forløb sker endvidere ved udpegning af sagsledere (kontakt-person- eller koordinatorfunktioner) samt gennem sikring af højt informationsniveau for aktørerne. Aftalerne har i forhold til indlæggelser og udskrivninger en gennemgående koordinationsikring hovedsagelig via forskellige kontaktpersonordninger kombineret med beskrevne varslingsperioder og behandlingsplaner.

Flere af regionerne har desuden udarbejdet forløbsbeskrivelser for mennesker med sindslidelser til at beskrive arbejdsdeling og koordinering mellem sygehuse, kommunerne og de praktiserende læger.

---

<sup>83</sup> Sundhedsstyrelsen (2011): *Evaluering af sundhedsaftalerne*

Der er i alle aftaler angivet ansvaret for at vurdere og sikre, at der tages hånd om børn og unge, som er pårørende til psykisk syge. Generelt lægges der vægt på, at informationspligt og samarbejde skal i højsædet.

Samtlige aftaler har derudover sat fokus på, at behovet hos børn og unge med psykiske lidelser skal tilgodeses, og alle relevante samarbejdspartnere forpligtes til at orientere hinanden, så børn og unge samles op og eventuelt henvises til relevante samarbejds-partnere i behandlingssystemet eller i kommunen.

Dobbeltdiagnosepatienter, hvor psykisk syge har et samtidigt misbrug, er ofte sete patienter, og generelt er der beskrevet et organisatorisk ansvar for, at dobbeltdiagnosepatienter ikke tabes i behandlingssystemerne.

Almen praksis og også praktiserende speciallæger i psykiatri indgår kun i begrænset omfang som aktører i sundhedsaftalerne. Der er erfaring for, at nogle mennesker med psykiske lidelser ikke får (eller henvises til) den optimale udredning og behandling, og i en del tilfælde angiver såvel psykiatriske afdelinger som kommunale tilbud, at almen praksis kunne være den rette behandler.

#### **Boks 7.6.**

##### **Fælles for sundhedsaftalerne**

###### **Fælles for sundhedsaftalerne for indsatsen for mennesker med sindslidelse:**

- Beskrivelse af arbejdsdeling under hele patientforløbet: før/under/udskrivning. Aftaler om det gode henvisningsforløb og udskrivningsforløb fx tjeklister.
- Aftaler om information og initiativpligt.
- Aftaler om kontaktpersoner, koordinationsplaner, varsling og udskrivningskonferencer, definition af "færdigbehandlet patient".
- Særskilte beskrivelser af indsatsen for børn, dobbeltdiagnosticerede og børn til psykisk syge forældre.
- Aftaler om fremadrettet brug af elektronisk kommunikation.
- Aftaler om udviklingsområder og projekter (her er forskel i initiativerne)
- Almen praksis indgår kun i begrænset omfangs om aktører i sundhedsaftalerne

Sundhedsstyrelsen konkluderer i sin evaluering af sundhedsaftalerne i forhold til indsatsen for sindslidende, at der i de kommende sundhedsaftaler bør være fokus på samarbejdet mellem kommunen og praksissektoren – eventuelt i shared care med de psykiatriske afdelinger.

#### **Boks 7.7.**

##### **Hovedindhold og fokusområder i regionernes sundhedsaftaler**

| <b>Region</b>      | <b>Indhold/fokusområder fremadrettet</b>   |
|--------------------|--|
| <b>Hovedstaden</b> | Består af grundaftale og en samarbejdsaftaler for børne- og ungdomspsykiatri og en samarbejdsarbejdsaftale for voksenområdet. Beskrevet særskilt aftale om indsats for dobbeltdiagnosticerede, børn anbragt på sociale institutioner, børn til psykisk syg forældre og spiseforstyrrelser. |



|                    |   |
|--------------------|---|
|                    | <p><i>Fokusområder/udvikling:</i> udvikle samarbejde i ambulante forløb mellem psykiatriske centre og kommuner, det gode indlæggelses- og udskrivningsforløb, rehabilitering, medicinering, særligt udsatte grupper, beskæftigelsesindsats, tidlig opsporing, fælles videns- og kompetencedeling, fysisk sundhed, elektronisk kommunikation.</p>  |
| <b>Sjælland</b>    | <p>Består af en grundaftale og en værktøjskasse for samarbejde. Beskrevet særskilt aftale om indsats for dobbeltdiagnosticerede og børn til psykisk syg forælder.</p> <p><i>Fokusområder/udvikling:</i> rehabilitering, tidlig udredning af børn, elektronisk kommunikation. Udviklingsprojekter om kompetenceudvikling, kronikerprojekt, PSP samarbejde, dobbeltdiagnosticerede og medicin.</p>  |
| <b>Midtjylland</b> | <p>Består af en politisk og generel administrativ sundhedsaftale. Beskrevet særskilt aftale for dobbeltdiagnosticerede, børn til psykisk syg forælder, traumatiserede flygtninge, retspsykiatriske patienter, spiseforstyrrelser.</p> <p><i>Fokusområder/udvikling:</i> kvalificere henvisningsforløb, genindlæggelser, øget patienttilfredshed, flere psykisk syge i primær sektor, sammenhæng mellem regionspsykiatri og beskæftigelsesindsats.</p> <p>Fremadrettet samarbejdsaftaler med kommuner om oligofreni patienter og patienter med demens.</p>   |
| <b>Syddanmark</b>  | <p>Består af grundaftale og samarbejdsaftale for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri herunder særskilte samarbejdsaftaler for specifikke målgrupper herunder dobbeltdiagnosticerede, børn og ungeområdet samt for patienter med demens.</p> <p><i>Fokusområder/udvikling:</i> forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser/udvikling af brug af elektronisk kommunikation og brug af velfærdsteknologi</p> <p>Fremadrettet samarbejdsaftaler for traumatiserede flygtninge, retspsykiatriske patienter og patienter med oligofreni. Aftale om at udvikle forløbsprogram for depression, kortlægge omfang af samtidig somatisk sygdom hos mennesker med psykisk sygdom, strategi for behandling af livsstilssygdomme</p> |
| <b>Nordjylland</b> | <p>Består af grundaftale og særskilte samarbejdsaftaler for voksenpsykiatriske patienter, retspsykiatriske patienter, børn og unge med sindslidelse, dobbeltdiagnosticerede, gerontopsykiatriske patienter, børn af psykisk syge forældre, og patienter med kronisk psykisk lidelse</p> <p><i>Fokusområder/udvikling:</i> fælles uddannelses og kompetenceaktiviteter på tværs af sektorer, fokus på udskrivnings- og koordinationsplaner mellem sektorer, kvalificering af henvisninger, udviklingsarbejde i forhold til dobbeltdiagnosticerede.</p>   |

### 7.3.1.2 Erfaringerne med brug af rammeaftalerne

Der er ikke lavet en central erfaringsopsamling vedr. rammeaftalerne på det sociale område efter ændringerne, som blev indført i 2011. De første tilbagemeldinger fra kommunerne tyder på, at ændringerne har medført et kvalitativt løft i rammeaftalerne, hvor kommunerne føler et større ejerskab i forhold til indhold og udmøntning af aftalerne. Hovedindholdet og fokusområderne i rammeaftalerne er gengivet i nedenstående tekstboks 8.

Der foreligger ikke undersøgelser eller lignende om erfaringerne med rammeaftalerne på børne- og undervisningsområdet.

## Boks 7.8.

### Hovedindhold og fokusområder i rammeaftalerne

| Region             | Indhold/fokusområder fremadrettet   |
|--------------------|---|
| <b>Hovedstaden</b> | <p>Generelt set vurderes det, at kapaciteten på tilbuddene omfattet af Rammeaftalen for 2013 modsvarer kommunernes efterspørgsel. Antallet af voksne med skizofreni og voksne med anden sindslidelse forventes stabilt i 2013, derimod forventes der stigning i antal voksne med sindslidelse med dobbeltdiagnose samt voksne med autisme og ADHD. Der identificeres en klar tendens til, at kommuner etablerer tilbud i eget regi og hjemtager især voksne borgere fra botilbud til længerevarende ophold (§ 108). Desuden sker en nedlægning eller omlægning af § 108 pladser til enten § 107 eller § 85 støtte i anden boform. Rammeaftalerne angiver, at formålet hermed er, at borgerne skal vende tilbage til så selvstændigt og selvhjulpent liv som muligt, jf. rehabilitering- og recoverytankegangen. Der forventes et uændret eller stigende antal børn og unge med sindslidelse, særligt inden for depression, angst, OCD, anoreksi, selvskadende adfærd samt unge med svære psykiske lidelser kombineret med komplekse sociale problemstillinger. Deslige forventes en stigning i antallet af børn og unge med autisme og ADHD. <u>Fokus- og udviklingsområder:</u> Der er to overordnede temaer for rammeaftalen. Det første er sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrisk område. Der opleves stort behov for en bedre koordineret og sammenhængende indsats på tværs af den regionale og kommunale psykiatri. Det opleves som strengt nødvendigt med en fælles forståelsesramme for den regionale psykiatri og det socialpsykiatriske område, hvilket skal etableres med afsæt i recoverytankegangen. For det andet er der fokus på, at rammeaftalerne skal understøtte den nuværende ombrydning af de tidligere specialiserede tilbud – så kaldt nyspecialisering - via et udbygget og konstruktivt samarbejde på tværs af kommuner og sektorer.</p> |
| <b>Sjælland</b>    | <p>Samlet set forventes et tilstrækkeligt udbud af pladser for voksne sindslidende. Dog påpeger mange kommuner en mindre stigning i behovet for pladser til borgere med dobbeltdiagnoser og udadreagerende adfærd, og mange kommuner ønsker et reduceret brug af § 107 og § 108 tilbud mod opprioritering af § 85 støtte i eget hjem. Tendenser på børne-/ungeområdet er ikke uddybet i rammeaftalen for 2013. <u>Fokus- og udviklingsområder:</u> Omstillinger og øget balance i kommunernes udbud og efterspørgsel efter de mest specialiserede tilbud på voksenområdet, herunder udarbejdelsen af en fælles strategi for omstillingsprocesserne på tværs af kommunerne og regionen. Udviklingsprojekter om overgangen fra ung til voksen, bl.a. pga. en øget differentiering inden for de "traditionelle" målgrupper (fx ADHD). Desuden fokus på udvikling af mere fleksible tilbud og større enheder, for derved at fremme tilpasningen til skiftende målgrupper og behov (fx specialiseringsgrad).</p>   |
| <b>Midtjylland</b> | <p>Generelt set en uændret efterspørgsel efter de sociale tilbud, som er omfattet af Rammeaftalen 2013. Flere kommuner forventer et uændret eller faldende behov for pladser uden for kommunens eget regi, hvilket for flere kommuner hænger sammen med målet om en øget grad af selvforsyning. <u>Fokus- og udviklingsområder:</u> Fælles metodeudvikling af omkostningseffektive og fagligt kvalificerede tilbud, herunder en øget vægt på inklusion samt sammenlægning eller omlægning af tilbud. Endvidere fokus på at fremme gode overgange fra barn til voksen via kortlægning, vidensdeling og erfaringsudveksling i forhold til den gode koordinerings- og samarbejdspraksis på området samt gennem brug af handlingsplaner efter Servicelovens § 141.</p>  |
| <b>Syddanmark</b>  | <p>Overordnet set melder kommunerne om uændret eller stigende behov for pladser inden for kommunens eget regi, og uændret eller faldende behov for pladser fra andre leve-</p>  |

|                    |  |
|--------------------|--|
|                    | <p>randører. <i>Fokus- og udviklingsområder:</i> Det specialiserede område i Syddanmark ønsker, på baggrund af en mere proaktiv og langsigtet strategi, at gå forrest med innovative ideer. Strategien skal udarbejdes på baggrund af et analysearbejde af både det nuværende og forventede udbud/efterspørgsel af pladser på det specialiserede socialområde. Endvidere er der fokus på at synliggøre og udbygge det allerede i gangværende tværkommunale og -sektorielle samarbejde og vidensdeling i Syddanmark, herunder skal muligheder og udfordringer ved etablering af en digital platform afdekkes. Der skal i højere grad fokus på livskvalitet i div. tilbud på det sociale område, fx ved at arbejde med nye modeller for de værdisæt (fx inklusion, rehabilitering, mestring af eget liv og borgeren i centrum), der er i forholdet mellem tilbud og borgere.</p>   |
| <b>Nordjylland</b> | <p>Generelt ønsker kommunerne i højere grad at være selvforsynende med tilbud, hvorfor mange allerede etablerer eller planlægger at etablere egne tilbud. Samtidig fremgår det, at kommunerne stadig vil efterspørge eksterne leverandører af højt specialiserede tilbud, som den enkelte kommune ikke kan løfte i eget regi. Generelt opleves fortsat et stigende behov for pladser til voksne med ADHD og/eller autisme, ligesom man fortsat har særlig fokus rettet mod unge og voksne med dobbeltdiagnoser samt afrusning/stabilisering af udsatte unge, herunder unge med sindslidelser. Mange kommuner peger i den forbindelse på behovet for øget fleksibilitet i tilbuddene og gradueret anvendelse af indsatser. <i>Fokus- og udviklingsområder:</i> Udvikling af en fælles og langsigtet samarbejdsstrategi, herunder en udpegning af hvilke områder, der skal løftes og af hvem. På området for de mest specialiserede tilbud ønskes en særlig aftale om solidarisk forsyningsforpligtigelse. Man vil endvidere arbejde med øget implementering af kvalitets- og dokumentationsmodeller på det specialiserede socialområde, herunder fortsat arbejde med Den Danske kvalitetsmodel på socialområdet. Det primære fokus i dette arbejde er bl.a. voksne med sindslidelse. Desuden rettes fokus på udvikling og faglighed på området for autisme og ADHD, dette pga. forventninger om stigende efterspørgsel efter pladser/tilbud til disse målgrupper.</p> |

### 7.3.1.3. Patienters oplevelser

De landsdækkende tilfredshedsundersøgelser i psykiatrien udarbejdet af Danske Regioner indikerer, særligt i børne- og ungdomspsykiatri, at patienterne oplever mangel på sammenhæng mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats.

I den landsækkende undersøgelse for patientoplevelser for den ambulante børne- og ungdomspsykiatri fra 2011<sup>84</sup> fremgår det, at kun 59 pct. af forældrene er tilfredse med samarbejdet mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats. I patientundersøgelsen for børne- og ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit er forældretilfredsheden 57 pct.

I den landsækkende undersøgelse for patientoplevelser i distriktspsykiatrien fra 2010<sup>85</sup>, svarer 79 pct. af patienterne, at der er samarbejde mellem de forskellige steder, patienten er i kontakt med om sin sygdom. 50 pct. af patienterne, at de i høj grad er tilfreds med samarbejdet mellem de forskellige steder og 41 pct. svarer i nogen grad.

<sup>84</sup> Patienterne og deres forældre har ordet – undersøgelse på børne- og ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit 2010-2011.

<sup>85</sup> Patienterne og pårørende har ordet – undersøgelse i distriktspsykiatrien Danmark 2010

I den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse for indlagte patienter fra 2009<sup>86</sup>, svarer 73 pct. af patienterne, at der er lavet aftaler om forløbet efter udskrivning. 81 pct. svarer, at der er samarbejde mellem de steder, som patienten er i kontakt med om sygdommen. 46 pct. af patienterne, at de i høj grad er tilfreds med samarbejdet mellem de forskellige steder og 44. pct. svarer i nogen grad.

En analyse af bostøtte efter servicelovens § 85 til mennesker med sindslidelser, som SFI har udgivet i 2012, viser, at 97 pct. af brugerne var tilfredse med støtten til at håndtere psykiske problemer, 98 pct. var tilfredse med støtten til at holde kontakt med offentlige myndigheder og 97 pct. var tilfredse med støtten til at holde kontakt med praktiserende læge og behandlingspsykiatri<sup>87</sup>.

#### **7.3.1.4. Erfaringer i det udførende niveau**

Dansk Sundhedsinstitut har i juni 2012 offentliggjort en midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland. På det somatiske område konkluderes bl.a., at sundhedsaftalerne er en succes, og at der i udviklingen fra første til anden generation er sket væsentlige forbedringer, der understøtter fleksibelt samarbejde og kortere indlæggelser til gavn for patienterne. På det psykiatriske område konkluderes, at det udførende niveau i mindre grad har taget sundhedsaftalerne til sig. Nogle af de adspurgte i undersøgelsen peger på, at sundhedsaftalerne her først tages i brug, hvor der opstår behov for problemløsning.

COWI offentliggjorde i 2010 rapporten "Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner"<sup>88</sup>. Af rapporten fremgår, at COWIs interview med medarbejdere fra syv kommuner bl.a. viser, at den interne organisering i sektorer i kommunerne med en opdeling i faglige 'søjler', manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne' i kommunen og undertiden den geografiske afstand mellem enhederne i kommunen udgør en barriere for effektiv koordination af indsatsen. Herudover peges på vidensmæssige barrierer i form af manglende indsigt i øvrige aktørers opgaver, kompetencer og udfordringer, utilstrækkelig fælles sprog og for lille gensidig forståelse af hinandens rammebetingelser, begrænset adgang til et fælles elektronisk system samt begrænset adgang til sundhedsfaglig viden.

Blandt barrierer i forhold til samarbejdet med det regionale niveau peges på begrænset inddragelse af praktiserende læge, indirekte og usystematisk dialog med læger, speciallæger og sygehuse, manglende sammenhæng mellem speciallægeerklæringer og manglende fælles elektronisk kommunikationssystem samt for lille gensidig viden om hinanden.

#### **7.3.2. Problembeskrivelse**

I det følgende beskrives de specifikke målgrupper og fokusområder, hvor psykiatriudvalget finder, at der fortsat eksisterer snitfladeproblematikker:

1. Sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats.
2. Børn og unge - samarbejde mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri.

---

<sup>86</sup> Patienterne og de pårørende har ordet – undersøgelse på de psykiatriske sengeafsnit 2009

<sup>87</sup> Et liv i egen bolig – Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2012

<sup>88</sup> COWI (2010): *Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner*

3. Samarbejde om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom og misbrug (dobbeltdiagnosticerede).
4. Samarbejde om sygemeldte med psykisk sygdom.

### **7.3.2.1. Snitfladeproblematikker mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats.**

#### Overordnet beskrivelse af problemet:

Patienter med psykisk sygdom, der behandles i den regionale psykiatri kan have brug for sociale indsatser og andre støtteforanstaltninger fra kommunen. Det kan være før, under og efter indlæggelse.

Mennesker med komplekse psykiatriske lidelser og komplekse sociale problemer vil ofte have behov for et støttetilbud i kommunen fx bostøtte eller opsøgende hjælp. Retspsykiatriske patienter er en gruppe som ofte har komplekse problemstillinger udover deres psykiske sygdom. Det drejer sig typisk om ustabile sociale og økonomiske forhold, samt misbrugsproblemer, hvor der er behov for et tæt samarbejde mellem den regionale psykiatri, kommunen og evt. kriminalforsorg.

Derudover er mennesker med psykiatrisk lidelse samtidigt med et misbrug en gruppe, der ofte har behov for sammenhængende og koordinerede indsatser fra den regionale psykiatri og kommunen. Problemstillingen beskrives nærmere i afsnit 7.3.2.2.

Samarbejdet mellem den regionale psykiatri dvs. de stationære og ambulante behandlingstilbud og den kommunale sociale indsats fungerer ikke altid tilfredsstillende og patienter oplever, at forløbene ikke altid er koordineret. Manglende sammenhæng i indsatserne kan resultere i forværring af sygdommen, funktionstab og i uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

#### Hvor i patientforløbet?

Før, under og efter behandling. Det kan være i forbindelse med, at borgere udskrives fra psykiatrisk afdeling og skal visiteres til kommunal opfølgning fx bostøtte.

Snitfladeproblematikken kan også ses forhold til borgere, der modtager et socialt tilbud fx et botilbud og hvor der ikke er tilstrækkelig koordination mellem de kommunale sociale indsatser og den regionale ambulante behandlingsindsats.

#### Berørte parter: hvem oplever problemet?

Borgeren/patienten og pårørende oplever problemet gennem et usammenhængende forløb, med brud i behandlingen og involvering af mange forskellige aktører. Særligt borgere med komplekse psykiatriske lidelser og komplekse sociale problemer oplever problemet.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) gennemførte i 2010/2011 en interviewundersøgelse med læger og sygeplejersker i både stationært og ambulante regi, ledere fra det kommunale sociale indsatsområde og ledere af kommunale jobcentre vedrørende opgaveudviklingen på psykiatrimrådet og oplevede udfordringer<sup>89</sup>. Undersøgelsen viste, at kommuner oplever, at borgere med svære problemstillinger udskrives på et tidspunkt, hvor patienten fortsat kan have behov for behandling under indlæggelse. Kommuner oplever endvidere, at den regionale psykiatri ikke varsler i tilstrækkelig omfang ved udskrivning af patienten

---

<sup>89</sup> DSI (2011): *Opgaveudvikling på psykiatrimrådet*

samt tilfælde, hvor borgeren ikke ønsker at modtage den tilbudte sociale indsats, og derfor ikke ønsker at blive udskrevet fra hospitalet. Kommuner oplever tillige, at flere borgere end tidligere skal have hjælp til den medicinske behandling efter udskrivning.

DSIs undersøgelse viste desuden, at den regionale psykiatri oplever, at patienter, hvor behandling under indlæggelse ikke længere er nødvendig, ikke kan udskrives, fordi kommunerne på udskrivningstidspunktet ikke har et socialt tilbud parat. Den regionale psykiatri peger desuden på behovet for den nødvendige psykiatrifaglige viden og kompetence i kommunernes sociale indsats målrettet s indslidende.

#### Væsentlighedskriterium: hvad er omfanget af problemet?

Som det fremgår af afsnit 7.3.1.3 indikerer de landsdækkende tilfredshedsundersøgelser i psykiatrien udarbejdet af Danske Regioner særligt i børne- og ungdomspsykiatri, at patienterne oplever mangel på sammenhæng mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats..

Patienter med skizofreni er en patientgruppe, der ofte har behov for sociale indsatser. I det nationale indikatorprojekt for skizofreni<sup>90</sup> har man undersøgt, om patienter med skizofrene udredes for sociale støttebehov ved socialrådgiver.

Årsopgørelsen fra 2012 for indikatorprojektet for skizofreni viser, at andelen af nydiagnosticerede patienter, som udredes for sociale støttebehov ved socialrådgiver (standard mindst 80 pct.) var 81 pct. i 2011 og dermed er faldet en smule i forhold til 2010 og 2009, hvor andelen var henholdsvis 86 pct. og 85 pct.

Den Nationale skizofreni database for børn indeholder også en indikator for andelen af patienter med GAPD score  $\geq 5$  ved udskrivelse, som udskrives med botilbud eller social støtteforanstaltning i bolig (GADP er en skala for patientens funktionsniveau). Andelen lå i 2011 på 89 pct., hvor den i 2009 og 2010 lå på hhv. 96 og 93 pct. Det fremgår af den seneste årsrapport, at indikatoren knap er opfyldt på landsplan og i alle fem regioner. Der er nogen interregional variation, og en vigende tendens i standardopfyldelsen i tre regioner og på landsplan. Det er vigtigt at sikre, at de dårligst fungerende patienter udskrives til et botilbud eller sikres støtte i boligen efter udskrivelse.

Med henblik på at sikre sammenhængende forløb for særligt udsatte patienter med psykisk sygdom blev der i 1998 i psykiatriloven indført regler om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er et opfølgingsredskab til brug for de patienter, som efter udskrivning ikke selv søger den behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patienten.

For disse patienter har overlægen pligt til at sikre, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de sociale myndigheder og andre relevante myndigheder. Vil patienten ikke medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, skal overlægen sikre, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, praktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Regionerne er adskillige gange blevet indskærpet pligten til at anvende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, og der ses også en stigning i anvendelsen særligt fra 2009 og 2011 fra 267 til 661. Flere regioner har i 2011 haft anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som et særligt fo-

---

<sup>90</sup> Den nationale skizofreni database (2012): *Skizofreni voksne – national årsrapport 2012*

kusområde herunder i sundhedsaftalerne, hvorfor der forventes en yderligere stigning i brugen heraf fremover.

**Tabel 7.5.**  
**Antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indberettet til Sundhedsstyrelsen**

|       | Udskrivningsaftaler | Koordinationsplaner | I alt |
|-------|---------------------|---------------------|-------|
| 1999  | uoplyst             | uoplyst             | 251   |
| 2000  | 142                 | 51                  | 193   |
| 2001  | 90                  | 45                  | 135   |
| 2002  | 86                  | 42                  | 128   |
| 2003  | 54                  | 35                  | 89    |
| 2004  | 101                 | 57                  | 158   |
| 2005  | 127                 | 52                  | 179   |
| 2006  | 100                 | 29                  | 129   |
| 2007* | 158                 | 49                  | 207   |
| 2008  | 180                 | 64                  | 244   |
| 2009  | 204                 | 63                  | 267   |
| 2010  | 386                 | 152                 | 538   |
| 2011  | 456                 | 205                 | 661   |

Antallet af indberettede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på de psykiatriske afdelinger.

\* Elektronisk indberetning fra 2007 Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2011 en analyse af brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Sundhedsstyrelsen foretog en audit på 10 patientforløb i hver region, hvor patienten gentagne gange var blevet tvangsindlagt, men ikke havde fået udarbejdet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan<sup>91</sup>. Sundhedsstyrelsen fandt frem til, at der i 65 pct. af tilfældene ikke var blevet udarbejdet udskrivningsplan eller koordinationsplan, da man i forvejen havde et godt og formaliseret samarbejde mellem sygehuset og den sociale indsats fx botilbud. I ca. 33 pct. af de undersøgte patientforløb blev det umiddelbart vurderet, at der havde været behov for at indgå en udskrivningsaftale eller koordinationsplan i forløbet. I disse forløb finder Sundhedsstyrelsen at overlægerne burde have iværksat arbejde med indgåelse af en udskrivningsaftale eller koordinationsplan. Sundhedsstyrelsen anbefalede på baggrund af undersøgelsen, at de psykiatriske afdelinger udarbejder instrukser, der beskriver i hvilke tilfælde overlægen skal indgå udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

Som det fremgår af afsnit 7.3.1. er antallet af retspsykiatriske patienter steget de seneste 10 år. Sundhedsstyrelsen udgav i 2011 undersøgelsen "Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009"<sup>92</sup>. I undersøgelsen har Sundhedsstyrelsen i perioden 2005-2009 gennemgået 50 behandlingsforløb. Sundhedsstyrelsen konkluderer i undersøgelsen bl.a., at opgaven med opfølgning af alvorligt psykisk syge patienter er forbundet med en række vanskeligheder. Der er flere årsager hertil. En del patienter med alvorlig psykisk sygdom har ringe erkendelse af deres sygdom, hvilket kan føre til, at de ikke ønsker kontakt med behandlingssystemet eller de sociale myndigheder. En del af patienterne vil, som led i deres sygdom, isolere sig fra omverdenen og afvise forsøg på kontakt og støtte. I mange situationer er der ikke lovmæssigt grundlag for tiltag, hvis patienten modsætter sig hjælp i form af støtte eller behandling. I

<sup>91</sup> Sundhedsstyrelsen (2011): *Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien*

<sup>92</sup> Sundhedsstyrelsen (2011): *Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009*

mange af de undersøgte sager blev der vurderet at mangle opfølgning, som i et vist omfang var forårsaget af utilstrækkelig koordination mellem de involverede instanser. Dette skyldtes både manglende kendskab til andre myndigheders handlemuligheder, forskellige behandlerkulturer, manglende kendskab til den enkelte patients samlede situation samt manglende generel viden om psykiske sygdomme. Desuden var der en vis usikkerhed blandt de involverede instanser om, hvilke oplysninger der må videregives til andre og i hvilke situationer, da videregivelsen kan ske efter flere forskellige regelsæt afhængig af konteksten: retssikkerhedsloven, sundhedsloven, psykiatriloven og persondataloven. Desuden kan personalet i visse situationer være usikre overfor, om relevante tiltag over for en patient kan blive betragtet som en tilsidesættelse af patientens selvbestemmelsesret.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bør kommunerne og regionerne være opmærksomme på de i beretningen nævnte problemer med tilbud til psykisk syge patienter. Kommunerne skal særligt være opmærksomme på, at der bør ske en tilbagemelding til behandlingspsykiatrien, hvis patientens tilstand forværres, eller patienten ikke følger den planlagte behandling, således at der kan ske en ny vurdering med planlægning af en alternativ indsats. Sundhedsstyrelsen vurderer også, at det vil være af stor betydning for behandlingskontinuiteten, at ansvaret for patientens videre behandling afklares, fx ved udskrivning. Regionerne bør derfor særligt have fokus på opfølgning af udskrevne patienter.

#### Konsekvenser: hvordan opleves problemet og hvad er konsekvenserne?

Konsekvensen af manglende samarbejde og koordination kan være u hensigtsmæssige forløb med hyppige behandlingsbrud, sygdomsforværring, u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser og ressourcespild.

Nedenfor fremgår andelen af genindlæggelser af de samlede indlæggelser i 2010. Tabellen viser, at ca. 20 pct. af alle patienter i blev genindlagt inden for 30 dage. Midtvejs evaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland viser, at genindlæggelser i somatikken er uændret, mens der ses en svag stigning i antallet af genindlæggelser i psykiatrien. Undersøgelsen viser desuden, at der er en betydelig variation i andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser på kommunalt niveau.

Tallene skal dog tolkes varsomt, da en genindlæggelse inden for 30 dage ikke i alle tilfælde er forebyggelige og dermed u hensigtsmæssig, men kan være en konsekvens af udviklingen i behandlingen med fokus på korte intensive forløb med henblik på at rehabilitere borgeren i borgerens nærmiljø.

#### **Tabel 7.6.**

#### **Genindlæggelser indenfor 30 dage voksenpsykiatri i 2010, opdelt på bopælsregion**



|                    | Antal genindlæggelser |              | Genindlæggelser<br>per 1000 indb. i<br>2010 | Andel<br>genindlæggelser<br>af samlede<br>indlæggelser i<br>2010 |
|--------------------|-----------------------|--------------|---|--|
|                    | 2009                  | 2010         |   |  |
| Nordjylland        | 297                   | 375          | 0,8   | 14,0%  |
| Midtjylland        | 1.593                 | 1.770        | 1,8   | 22,4%  |
| Syddanmark         | 1.388                 | 1.513        | 1,6   | 18,4%  |
| Hovedstaden        | 3.298                 | 3.318        | 2,5   | 21,4%  |
| Sjælland           | 931                   | 999          | 1,6   | 19,8%  |
| <b>Hele landet</b> | <b>7.507</b>          | <b>7.975</b> | <b>1,8</b>                                  | <b>20,2%</b>   |

Kilde: Landspatientregistret per 10. marts 2011

Ann.: Genindlæggelser er defineret som en akut indlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivning.

Ifølge en opgørelse for Danske Regioner fra 2012 er genindlæggelser for børn og unge med spiseforstyrrelse steget med 173 pct. siden 2007. Danske Regioner oplyser, at psykiatrien oplever, at patienter udskrives til tilbud, der ikke har tilstrækkelig intensitet og ekspertise<sup>93</sup>.

#### Årsag: hvad skyldes problemet?

En større specialisering i den regionale psykiatri kombineret med kortere og mere intensive behandlingsforløb medfører behov for et styrket samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats.

Implement gennemførte i 2010 en kortlægning som led i Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne<sup>94</sup>. Kortlægningen baserer sig på 39 gruppeinterviews med i alt 139 personer fra regioner, kommuner og almen praksis i alle fem regioner og på tværs af alle indsatsområder.

Mangel på kommunikation mellem sektorer fx ved udskrivning af patienter med psykiske sygdomme, kan resultere i manglende sammenhæng i patientens forløb. Af Implements kortlægning fremgår, at ingen af de fem regionerne i 2010 anvendte elektronisk kommunikation til udveksling af informationer mellem sektorerne. Det er dog et aftaleområde i alle sundhedsaftaler.

Mangel på fælles opfattelse af, hvor patienten skal behandles og hvornår en patient er færdigbehandlet i stationært regi, manglende kendskab til hinandens rammebetingelser og kompetencer og manglende enighed om anvendelse af centrale terminologier som fx behandling, pleje og rehabilitering kan udgøre barrierer for samarbejdet om patienten/borgeren. Fælles kompetenceudvikling er dog et fokusområde i de fleste sundhedsaftaler.

I sundhedsaftalerne er der fokus på samarbejde om indlagte patienter og aftaler om udskrivning fx kontaktpersoner, varslingsregler, udskrivningskonferencer, fokus på brug af udskrivningsaftaler og koord i-

<sup>93</sup> Danske Regioner (2012): *Notat – snitfladeproblematikker i socialpsykiatrien – bidrag evaluering af kommunalreform*

<sup>94</sup> Sundhedsstyrelsen og Implement (2010): *Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger*

nationsplaner, definition af "færdigbehandlet patient", men der er behov for, at det implementeres helt ud i det udførende led.

Implement konkluderer i rapporten, at det er indtrykket, at der er lagt et stort arbejde i at få en bedre dialog mellem parterne i psykiatrien. I forhold til omfanget af konkrete løsninger er regionerne og kommunerne kommet knapt så langt inden for dette indsatsområde som inden for somatikken. Derudover er der, ligesom inden for somatikken, fortsat et stort arbejde i forhold til at få implementeret de aftaler, der allerede er indgået. Der er stadig lang vej fra, at en samarbejdsmodel er beskrevet og politisk vedtaget, til den sidste frontlinjemedarbejder kender indholdet af aftalen og agerer herefter.

I forhold til aftale om samarbejde om retspsykiatriske patienter er det kun Region Midtjylland, der berører dette område i sundhedsaftalen. Dog er samarbejde om retspsykiatriske patienter bl.a. gennem PSP-samarbejde defineret som et udviklings-/fokusområde i sundhedsaftalen i Region Sjælland og i sundhedsaftalen for Region Syddanmark. PSP-samarbejdet er siden 2009 indført i hele landet med inddragelse af den kommunale socialforvaltning, den regionale psykiatri og politiet. Nogle steder indgår også Kriminalforsorgen i samarbejdet.

Derudover kan de økonomiske incitamenter være et område, der kan være genstand for en nærmere analyse. Danske Regioner påpeger fx, at finansieringsreglerne "vender den forkerte vej"<sup>95</sup>. Det kan være billigere for kommunerne, når psykiatriske patienter er indlagt, frem for i ambulans behandling med kommunal støtte. KL påpeger, at der kan være økonomisk incitament for den regionale psykiatri til at specialisere sig i flere enheder, så borgeren kan henvises til flere regionale tilbud.

Som tidligere nævnt, har regeringen nedsat et kulegravningsudvalg, der skal analysere strukturerne og incitamenterne i sundhedsvæsenet. Udvalget har bl.a. til opgave at vurdere behovet for at justere incitamentsstrukturen, så den i øget omfang understøtter sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb, herunder via patienters egenbehandling og anvendelse af telemedicinske løsninger.

### **7.3.2.2. Snitfladeproblemer i forhold til børne- og ungeområdet**

#### Overordnet beskrivelse af problemet:

Der henvises stadig flere børn til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Mange henvisninger afvises i den regionale psykiatri på grund af manglede dokumentation, eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet. Den fortsatte stigning i antallet af henvisninger betyder, at der til trods for kapacitetsudbygning fortsat er lang ventetid til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Det er samtidig væsentligt, at børn og unge får den rette støtte og vejledning, mens de venter på undersøgelse og behandling, fra egen læge og ikke mindst fra kommunen fx fra PPR, sundhedsplejerske m.fl. En tidlig indsats forudsætter, at PPR har fokus på at understøtte inkluderende institutions- og undervisningsmiljøer, og at den specialiserede pædagogiske / psykologiske viden er til rådighed for lærere og pædagoger, som i det daglige er i kontakt med børnene.

---

<sup>95</sup> Danske Regioner (2012): *oplæg om snitfladeproblematikker på psykiatriområdet*

En kvalificeret kommunal indsats kræver således ofte koordinering på tværs af forvaltninger og fagområder og institutioner i kommunerne. Der peges på, at der er et forbedringspotentiale på området i midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland<sup>96</sup>.

#### Hvor i patientforløbet?

Henvi sning til udredning og behandling for psykisk sygdom i børne- og ungdomspsykiatrien sker primært via den praktiserende læge, praktiserende speciallæge, den sociale forvaltning eller pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR). Henvi sningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien gennemført af Rambøll i 2008 viste, at i 2006 kom 52 pct. af henvisningerne fra de praktiserende læger og 20 pct. fra PPR (16 pct.) og socialforvaltningen (4 pct.).

#### Berørte parter: hvem oplever problemet?

Børn og unge med en psykisk problemstilling samt deres pårørende. For patienten og de pårørende kan det betyde unødige ventetider i forhold til iværksættelse af behandling eller kommunal støtte.

Kommunerne oplever, at ventetiderne til børne- og ungdomspsykiatrien er lange og at mange af kommunernes henvisninger bliver afvist<sup>97</sup>. Enten fordi sygehuset ikke vurderer henvisningen er udfærdiget korrekt eller fordi den regionale psykiatri har øget fokus på kun at se de patienter, der vurderes at have behov for udredning eller behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Kommunerne oplever, at psykiatrien som et led i udrednings- og behandlingsgarantien pålægger PPR at gennemføre opgaver som:

- Specifikke tests og udredninger af børn, som skal anvendes i den psykiatriske udredning, men ikke nødvendigvis er meningsfulde i en pædagogisk, psykologisk sammenhæng.
- Forskellige behandlings- og terapiformer til børn og unge der, som en del af udredningsgarantien, er blevet diagnosticeret med ADHD, OCD, Autisme, Asperger, Tourette mv.
- Foreslår en pædagogisk indsats i et specialtilbud, hvilket kan give forældrene en forventning om, at kommunerne skal yde et bestemt tilbud<sup>98</sup>.

Børne- og ungdomspsykiatrien oplever et øget antal henvisninger og manglende dokumentation og begrundelse i henvisningerne<sup>99</sup>.

#### Væsentlighedskriterium: hvad er omfanget af problemet?

Antallet af henviste til børne- og ungdomspsykiatrien har været stigende år for år siden 1996. Af Sundhedsstyrelsens statusnotat om udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2007-2011 fremgår, at der i 2006 var 12.200 henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. I 2009 var antallet steget til 16.049 svarende til en stigning på ca. 33 pct.

Antallet af afviste henvisninger var i 2009 på landsplan 23 pct. Antallet af afviste henvisninger varierer mellem regionerne. Region Midtjylland og Region Nordjylland har den højeste andel af afviste med 35 -

---

<sup>96</sup> Dansk Sundhedsinstitut (2012): *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland – status på den foreløbige implementering*

<sup>97</sup> KL (2012): *Problemidentifikation på psykiatriområdet*

<sup>98</sup> KL (2012): *Problemidentifikation på psykiatriområdet*

<sup>99</sup> Danske Regioner (2012): *Oplæg om snitfladeproblematikker på psykiatriområdet*

36 pct., mens Region Syddanmark har den laveste med 14 pct. Sundhedsstyrelsen vurderer i rapporten på baggrund af de mange afviste henvisninger, at der fortsat tegner sig et billede af, at der er diskrepans mellem henvisningerne og de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers opfattelse af behovet for specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling. Sundhedsstyrelsen bemærker, at stigningen i henvisninger og afviste henvisninger bør give anledning til fornyede lokale drøftelser af konkrete aftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis.

I regionernes publikation "Benchmark af Psykiatrien" fra 2010, fremgår det at antallet af afviste henvisninger på landsplan i 2010 er steget til 26,4 pct.

Samtidig ses der lange ventetider på udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Den gennemsnitlige ventetid var i 2008 på 71 dage, mens den i 2010 var 77 dage. I 2011 har ventetiden ligget på et niveau mellem 60 og 80 dage på landsplan.

**Tabel 7.7.**

**Ventetid til psykiatrisk sygehusbehandling, 2007-2010, målt i dage**

|                     | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------------|------|------|------|
| <b>Børn og unge</b> | 71   | 67   | 77   |

Kilde: Landspatientregisteret

Ifølge Danske Regioners kvartalsvise ventelisteopgørelse stod 2.153 børn/unge på venteliste til udredning/behandling pr. 1. april 2012. Heraf havde 533 svarende 25 pct. ventet mere end 2 måneder.

Konsekvenser: hvordan opleves problemet og hvad er konsekvenserne?

Konsekvensen kan være unødigt lang ventetid for patienten på såvel sundhedsfaglig udredning og/eller behandling som kommunal støtteindsats.

Årsag: hvad skyldes problemet?

Uhensigtsmæssig kommunikation på tværs af sektorgrænser, forskelle i opfattelse af henvisningskriterier i forhold til børne- og ungdomspsykiatrien og manglende kommunal indsats begrundet i afventning af diagnose.

I anden generation af sundhedsaftalerne har flere regioner sat fokus på det gode henvisningsforløb til børne- og ungdomspsykiatrien og kvalificere henvisningerne fra kommunerne bl.a. gennem opstilling af målgrupper, tjeklister og procedurer for sagsforberedelse i kommunen. I Region Nordjylland har man i sundhedsaftalen aftalt mulighed for åben konsultation i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor samarbejdspartnere fx PPR eller praktiserende læge kan få konsulentbistand i enkeltsager som forberedes henvist til børne- og ungdomspsykiatrien.

I Region Midtjylland er det aftalt, at der skal etableres procedurer i kommunerne, der skal sikre at alle relevante instanser er inddraget i sagsbehandlingen, før der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Derudover skal der arbejdes med en øget inddragelse af praktiserende læger fx praksiskonsulenter til "klyngemøder"<sup>100</sup> mellem kommuner og børne- og ungdomspsykiatrien. Regionen vil udarbejde modeller herfor fx et fremskudt visitationsteam. På trods af de gode intentioner i sundhedsaftalerne er der indikationer på, det endnu ikke er implementeret på det udførende niveau. Fx peges der i Midtvejsevalue-

<sup>100</sup> Kommunerne og praksislægerne i et sygehus' optageområde

ring af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland på behovet for at konkrete implementeringsstrategier, som kan understøtte realiseringen af sundhedsaftalernes intentioner på det udførende niveau.

Problemet kan endvidere skyldes, det stigende antal unge med psykiske problemstillinger, der henvender sig til kommunerne og dermed øger presset på bl.a. PPR.

Det bemærkes i den forbindelse, at folkeskolelovgivningen alene indeholder regler om inddragelse af PPR ved henvisning til specialundervisning og i nogle nærmere angivne situationer. Mange kommuner benytter imidlertid PPR bredere til rådgivning, visitation m. m. i forhold til børn og unge med udviklingsmæssige, faglige, sociale og personlige vanskeligheder, herunder i forbindelse med henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

De regnskabsførte udgifter til PPR er i perioden fra 2001 steget fra 948 mio. kr. i 2001 til 1,238 mio. kr. i 2011 (2012 niveau).

En undersøgelse fra 2007, der blev gennemført af Pædagogiske Psykologers Forening, viste, at antallet af psykologer i landets kommuner varierer fra 0,83 til 4,71 pr. 10.000 indbyggere, og at antallet af traditionelle PPR medarbejdere (psykologer, konsulenter og talehørelærere) varierer fra 2,12 til 7,65 pr. 10.000 indbyggere.

### **7.3.2.3. Snitfladeproblematikker for mennesker med psykisk sygdom og misbrug**

#### Overordnet beskrivelse af problemet:

Kommunerne fik med kommunalreformen myndighedsansvaret for misbrugsbehandlingen dvs. visitation og behandling af alkoholmisbrug og stofmisbrug. Det gælder også efter udskrivning af en patient fra en psykiatrisk afdeling, hvor patienten efter udskrivning fortsætter behandling for sin psykiske sygdom i fx ambulatorium, distriktspsykiatrien eller hos egen læge. Regionerne har imidlertid ansvaret for behandling af både den psykiske lidelse og misbruget, når patienter er indlagt. Påbegyndes behandling for misbruget under indlæggelse på sygehus, skal sygehuset etablere forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingsystem med henblik på at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivning fra sygehus. Netop samarbejdet om at sikre sammenhæng og kontinuitet i patientforløbene er afgørende for denne patientgruppe.

Retspsykiatriske patienter er en patientgruppe, der ofte har et kompliceret misbrug i form af misbrug af flere forskellige rusmidler, og en stor gruppe af disse patienter har udført deres alvorlige personfarlige kriminalitet under påvirkning af stoffer.

En undersøgelse fra SFI af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark<sup>101</sup> viser, at der fortsat er udfordringer i forhold til at skabe en sammenhængende indsats for patienter med dobbeltdiagnoser i form af psykisk sygdom og misbrug og med at få implementeret en klar arbejdsdeling og et godt samarbejde. Det gælder fx i forhold til at sikre, at patienter med misbrug får udrettet det psykiatriske behandlingsbehov tilstrækkeligt.

Der kan endvidere konstateres snitfladeproblematikker vedrørende samarbejde om patienter, der modtager ambulant psykiatrisk behandling, samtidig med kommunal misbrugsbehandling, herunder i forhold til retspsykiatriske patienter med misbrug

---

<sup>101</sup> SFI (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*

Derudover er der eksempler på, at sygehuse ikke tilbyder relevant psykiatrisk behandling til patienter med den begrundelse, at patienten først skal i misbrugsbehandling før den psykiatriske lidelse kan behandles. Samme problematik opleves af regionerne i forhold til den kommunale misbrugsbehandling, hvor patienter ikke tilbydes relevant misbrugsbehandling med den begrundelse, at de skal i psykiatrisk behandling først.

Skal indsatsen for mennesker med både psykisk lidelse og misbrug være effektiv skal den ske koordineret og i sammenhæng. Det er derfor en forudsætning, at den regionale psykiatri og kommunerne samarbejder og oplyser hinanden om udskrivning, indlæggelse og behandlingsplan.

#### Hvor i patientforløbet?

I forbindelse med at patienten udskrives fra sengeafsnit til ambulans behandling og kommunen dermed overtager ansvaret for misbrugsbehandlingen. Eller i forbindelse med at patienten er i kommunal misbrugsbehandling og samtidig har behov for indsatser i den regionale psykiatri.

#### Berørte parter: hvem oplever problemet?

Patienten som ikke modtager relevant behandling.

Kommunerne oplever, at mangel på og for lange ventetider til psykiatrisk udredning og behandling forhindrer at misbrugsbehandlingen får effekt<sup>102</sup>.

Den regionale psykiatri oplever, at der er mange forskellige kommunale misbrugsenheder, som gør det svært at koordinere indsatsen. Hertil kommer, at der er stor variation i indsatsen herunder i den faglige kvalitet i tilbuddene.

#### Væsentlighedskriterium: hvad er omfanget af problemet?

Antallet af patienter registreret med en psykiatrisk lidelse samtidigt med et stofmisbrug er steget væsentligt de seneste år. Nedenstående tabel viser udviklingen for personer med registrerede dobbeltdiagnoser dvs. en kombination af en misbrugsdiagnose (alkohol- eller stofmisbrug) og en psykiatrisk diagnose.

I opgørelsen indgår de personer, der har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen og er blevet registreret med en dobbeltdiagnose (alkohol- eller stofmisbrug). Opgørelsen omfatter dermed ikke personer med diagnosticeret eller ikke-diagnosticeret dobbeltdiagnose, som ikke har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Desuden omfatter den ikke personer, som har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, men ikke er blevet registreret med en dobbeltdiagnose.

Det fremgår, at stigningen fra 2002-2011 er på i alt 23 pct., hvilket dækker over en stigning på 3 pct. for personer med en alkoholrelateret dobbeltdiagnose og 65 pct. for personer med en stofrelateret dobbeltdiagnose.

#### **Tabel 7.8.**

#### **Unikke personer registreret med dobbeltdiagnose på psykiatriske sygehuse, 2002-2011**

---

<sup>102</sup> KL (2012): *Problemidentifikation på psykiatriområdet*

|              | 2002         | 2003         | 2004         | 2005         | 2006         | 2007         | 2008          | 2009          | 2010          | 2011          | Udvik-<br>ling<br>2002-<br>2011 i<br>pct. |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|
| Alkohol      | 6.225        | 6.210        | 6.345        | 6.141        | 6.172        | 6.135        | 7.120         | 6.874         | 6.774         | 6.438         | 3,4                                       |
| Stoffer      | 3.443        | 3.523        | 3.718        | 3.705        | 4.018        | 4.206        | 5.280         | 5.070         | 5.168         | 5.687         | 65,2                                      |
| <b>I alt</b> | <b>8.819</b> | <b>8.844</b> | <b>9.165</b> | <b>8.909</b> | <b>9.167</b> | <b>9.293</b> | <b>11.095</b> | <b>10.713</b> | <b>10.671</b> | <b>10.853</b> | <b>23,1</b>                               |

Kilde: Det psykiatriske Centralregister, Center for Psykiatrisk Grundforskning i Region Midtjylland

Anm.: Opgørelsen omfatter personer med F10-F19 "Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer" som registreret hoved- og/eller bidiagnose, dog ekskl. F18 (tobak). "I alt" er ikke en summation, da en person kan have registreret mere end af en de nævnte diagnoser.

Det fremgår af Danske Regioners fra 2011 "Retspsykiatri – Kvalitet og sikkerhed" rapport, at over halvdelen af de retspsykiatriske patienter har et diagnosticeret misbrug. Rapporten viser, at kun 25 pct. er i behandling for deres misbrug.

SFI gennemførte i perioden 2007-2009 en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Undersøgelsen belyser, hvilke former for social behandling brugere modtager. Undersøgelsen er bl.a. baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.013 brugere på 56 behandlingssteder i landet.

Undersøgelsen har afdækket omfanget af psykiske, fysiske og sociale problemer blandt brugerne, og om brugerne oplever at få hjælp til disse problemer. Af undersøgelsen fremgår det, 61 pct. af brugerne angiver, at de har psykiske problemer, og heraf oplever 47 pct. at de i mindre grad eller slet ikke får tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer. Det er særligt misbrugere i substitutionsbehandling og med en lav intensitet i den sociale behandling, der ikke modtager psykologisk/psykiatrisk behandling, men andelen er også forholdsvis høj i de øvrige grupper af misbrugere (hashmisbrugere). Blandt dem, som får psykologisk/psykiatrisk behandling, er det karakteristisk, at denne behandling navnlig foregår i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen og kun i begrænset omfang foregår i det psykiatriske behandlingssystem.

**Tabel 7.9.**

**Misbrugere med psykiske problemer, der modtager/ikke modtager psykologisk eller psykiatrisk hjælp**

| Hovedmisbrugsstof           | Modtager<br>psykologisk/<br>psykiatrisk behandling | Modtager ikke<br>psykologisk/psykiatrisk<br>behandling | I alt<br>procent | I alt<br>antal |
|-----------------------------|--|--|------------------|----------------|
| Opiater                     | 30   | 70   | 100              | 332            |
| Opiater med blandingmisbrug | 33   | 67   | 100              | 139            |
| Centralstimulerende stoffer | 43   | 57   | 100              | 97             |
| Hash                        | 53   | 47   | 100              | 53             |
| I alt                       | 36   | 64   | 100              | 621            |

Anm.:  $\chi^2 = 15$ ,  $p = 0,002$ .

Kilde: Bruger-surveyen.

Af rapporten fremgår det endvidere, at 26 pct. af misbrugsbehandlingsstederne angiver at have specialiserede tilbud til psykisk syge misbrugere. 44 pct. af døgntilbuddene angiver at have tilbud målrettet psykisk syge misbrugere.

Et projekt gennemført af Fredericia Kommunes Misbrugscenter og Aarhus Universitets Center for Rusmiddelforskning i 2009-10 viste, at over 80 pct. af misbrugerne mindst havde én psykiatrisk problemstilling, der kunne relateres til en diagnose – og at de fleste havde haft disse diagnosticerbare symptomer i flere år før deres misbrugsproblem opstod. Det mest udbredte var selvmordstanker, depression og angst, ligesom mange havde aggressiv adfærd. Misbrugerne var ikke blevet udredt for disse problemstillinger, og problemstillingerne indgik ikke i misbrugsbehandlingen.

En undersøgelse udarbejdet af Social Udviklingscenter SUS om kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug fra 2011<sup>103</sup> estimerer på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse i kommunerne, at 28 pct. af borgere med sindslidelse og misbrug ikke modtager behandling for den psykiatriske lidelse og 33 pct. ikke modtager misbrugsbehandling. 37 pct. af borgere med sindslidelse og misbrug skønnes at være i behandling i den regionale psykiatri. Størstedelen er borgere med sværere psykiske lidelser. SFIs undersøgelse viser endvidere, at en del brugere har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling i psykiatri med henvisning til deres misbrug.

**Tabel 7.10.**

**Brugere, der oplever at have fået afslag på behandling i psykiatri pga. misbrug**

| Bytype                            | Har oplevet at få afslag | Har ikke oplevet at få afslag | I alt procent | I alt antal |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------|-------------|
| Københavns Kommune                | 21                       | 79                            | 100           | 120         |
| Københavns omegn                  | 34                       | 66                            | 100           | 123         |
| Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg | 22                       | 78                            | 100           | 167         |
| > 30.000 indbyggere               | 34                       | 66                            | 100           | 121         |
| < 30.000 indbyggere               | 34                       | 66                            | 100           | 91          |
| I alt                             | 28                       | 72                            | 100           | 622         |

Anm.:  $n = 622$ ,  $\chi^2 = 12$ ,  $p = 0,014$ .

Kilde: Bruger-surveyen.

Endelig har SFI-undersøgelsen afdækket misbrugsbehandlingsstedernes oplevelse af samarbejdsrelationerne mellem øvrige sektorer/behandlingssteder. Her fremgår det, at den laveste grad af tilfredshed med samarbejdet er til den regionale psykiatri. 29 pct. af behandlingslederne vurderer samarbejdet med psykiatrien som meget godt eller godt, og 19 pct. karakteriserer samarbejdet som dårligt eller meget dårligt. 24 pct. af visitatorerne karakteriserer samarbejdet med psykiatrien som dårligt.

#### Konsekvenser: hvordan opleves problemet og hvad er konsekvenserne?

Mangel på samarbejde mellem den regionale psykiatri og de kommunale misbrugscentre om dobbelt-diagnosticerede kan resultere i underbehandling af den psykiatriske lidelse eller afmisbruget. Det kan betyde flere uhensigtsmæssige forløb med en høj genindlæggelsesfrekvens. Danske Regioners

<sup>103</sup> Social Udviklingscenter SUS (2011): *En tværfaglig udfordring – undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug*



Benchmark af psykiatrien fra 2009 viser, at for patienter med misbrugsbetinget psykiatriske lidelser, er en stor andel af indlæggelserne genindlæggelser (21 pct.).

#### Årsag: hvad skyldes problemet?

Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen, og regionerne har ansvaret for behandling af psykiatriske lidelser. Den regionale psykiatri er ansvarlig for behandling af misbruget, når en patient er indlagt herunder i retspsykiatrien.

Årsagen er mangel på samarbejde og koordination i patientens forløb. På trods af, at sundhedsaftalerne har fokus på mennesker med dobbeltdiagnosen psykisk sygdom og misbrug, er der således fortsat behov for at få aftalerne implementeret på det udførende niveau og skabe koordination i patientens forløb fx ved brug af udskrivningskonference, videregivelse af information til kommunen, når patienten udskrives, udarbejdelse af koordinationsplaner mv.

En problemstilling, der peges på bl.a. fra den regionale psykiatri er, at misbrugsbehandling efter kommunalreformen er blevet spredt på mange flere enheder, der gør det svært for sygehuset at koordinere. Efter kommunalreformen er antallet af misbrugsenheder vokset fra under 20 behandlingssteder til over 60 misbrugsenheder<sup>104</sup>. Derudover peger regionerne på, at der er stor variation i de kommunale tilbud herunder i forhold til kvalitet.

Statens Institut for Folkesundhed har for Lægeforeningen i 2012 udarbejdet en rapport om alkoholbehandlingen på baggrund af svar fra 94 kommuner og 1.644 praktiserende læger<sup>105</sup>. Rapporten afdækker bl.a. udviklingen i kommunernes alkoholbehandlingstilbud siden 2009. Rapporten viser bl.a., at 40 procent af kommuner screener for psykiske lidelser og at 62 procent har ansat sundhedsfagligt personale.

En SFI undersøgelse viser<sup>106</sup>, at personalet i misbrugsbehandlingen i begrænset omfang er specialiserede i behandling af misbrugere med psykiske problemstillinger, og at en lav andel af personaletimerne anvendes på psykologer og psykiatere.

Kommunerne oplever, at udviklingen i den regionale psykiatri (såvel senge- som ambulante) med færre enheder og specialisering af enhederne, gør samarbejdet vanskeligere, da de regionale enheder dels kommer længere væk fra den kommunale verden, og dels medfører flere kommuner i optageområdet og flere samarbejdspartnere.

Der er eksempler på, at kommuner har oprettet integrerede tilbud mellem misbrugsbehandling og psykiatriske tilbud fx tilkøb af konsulentbistand fra den regionale psykiatri med henblik på at skabe mere integrerede forløb. Endvidere har flere regioner fastlagt en arbejdsdeling, hvor patienter i ambulant behandling med komplekse psykiatriske problemstillinger, men med et stabiliseret misbrug, bliver behandlet for begge lidelse i den regionale psykiatri. I Region Midtjylland har man i sundhedsaftalen, aftalt en organisering af fællesteam for dobbeltdiagnosticerede, der skal beskrive lokale procedurer og behandlingsmæssige tilbud og sociale tilbud for voksne med psykiatri.

---

<sup>104</sup> Danske Regioner (2012): *Et menneske – to diagnoser*

<sup>105</sup> Statens Institut for Folkesundhed (2012): *Alkoholbehandling i kommunerne*.

<sup>106</sup> SFI (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*.

Det fremgår af flere af de regionale sundhedsaftaler, at regioner og kommuner i samarbejde vil igangsætte udviklingsprojekter for dobbeltdiagnosticerede inden for aftaleperioden 2011-2015.

Regioner, regering og Folketing har også sat fokus på problemstillingen og senest er der med satspuljeaftalen for 2012-2015 afsat mere end 100 mio. kr. ekstra over de næste fire år til regioner og kommuner til styrkelse af indsatsen over for dobbeltdiagnosticerede. Disse midler skal bidrage til såvel kapacitetsmæssig som kvalitativ udbygning af tilbuddene i sundhedsvæsenet med fokus på styrket samarbejde mellem kommuner og regioner om indsatsen.

#### **7.3.2.4. Snitfladeproblematikker vedr. beskæftigelsesindsatser for mennesker med psykisk sygdom**

##### Overordnet beskrivelse af problemet:

Siden 2001 har stadig flere fået tilkendt førtidspension på grund af psykiske lidelser. I dag drejer det sig om knap halvdelen af førtidspensionstilkendelserne. I 2001 var det ca. hver tredje. Det er især unge, som i dag får tilkendt pension på grund af en psykisk lidelse. Blandt alle under 40 år, som får tilkendt førtidspension, er psykiske lidelser årsag til omkring syv ud af ti tilkendelser

Mange tilkendelser af førtidspension sker på baggrund af en ikke-psykotisk lidelse som fx depression og angst. Det er sygdomme, som ved tidlig opsporing kan behandles med god effekt. Hertil kommer, at mange langtidssygemeldes på grund af en psykisk sygdom.

Indsatser mod langvarig sygdom kræver en helhedsorienteret indsats, som typisk involverer beskæftigelsesområdet, sundhedsområdet (såvel den regionale psykiatri, almen praksis samt den kommunale), det sociale område og evt. uddannelsesområdet.

Psykiatriudvalget konstaterer bl.a. på baggrund af COWIs rapport "Bedre koordination mellem sundheds og beskæftigelsesområdet, at der er snitfladeproblemer i forhold til de kommunale jobcentre og den regionale psykiatri omkring udredning og behandling. Hertil kommer, at ventetid til udredning og behandling kan udgøre en udfordring i forhold til at få sygemeldte hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet. Endelig er koordinationen mellem praktiserende læge og kommune om indsatsen for sygemeldte ikke altid velfungerende.

##### Hvor i patientforløbet opstår problemet?

Fx når patienten sygemeldes eller når kommunen skal vurdere, om patienten skal tilkendes førtidspension.

##### Berørte parter: Hvem oplever problemet?

Patienter/borgere som oplever manglende sammenhæng mellem den beskæftigelsesrettede indsats, den sociale indsats og sundhedsindsatsen, og kan risikere at miste tilknytning til arbejdsmarkedet.

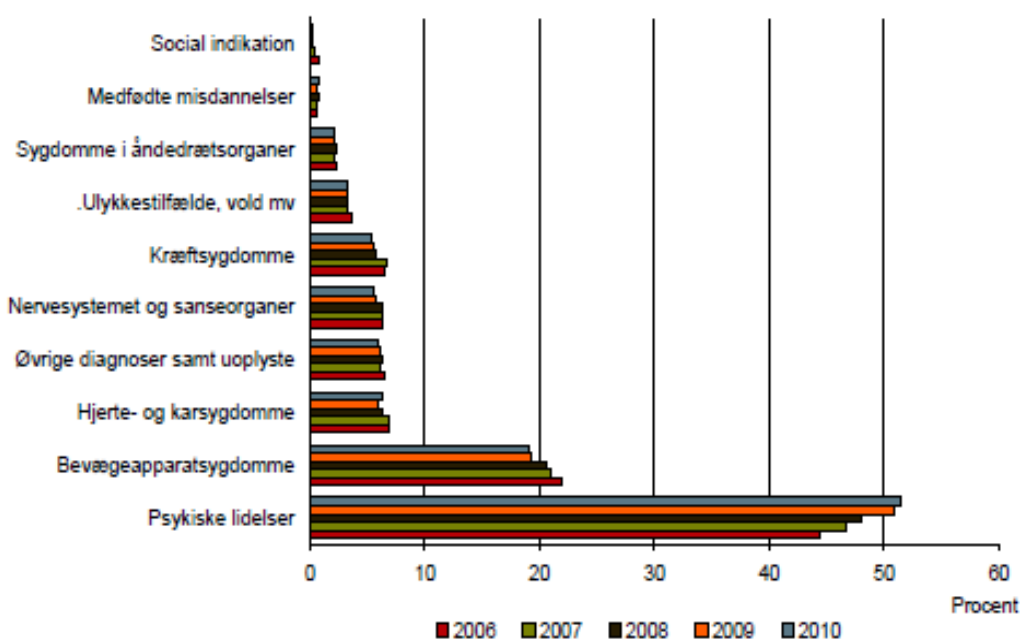
Kommunerne som oplever ventetid til udredning og behandling i den regionale psykiatri.

##### Væsentlighedskriterium: Hvad er omfanget af problemet?

Som nævnt er psykisk sygdom ofte årsag til langtidssygemeldinger og tilkendelser. Fx har andelen af tilkendelse af førtidspensioner pga. psykisk sygdom været stigende i perioden 2006-2010 44 pct. til 51 pct.

Figur 7.4.

Tilkendelse af førtidspensioner fordelt på årsager i perioden 2006-2010 i procent.



Konsekvenser: Hvordan opleves problemet, og hvad er konsekvenserne?

Konsekvensen kan være, unødigt forlængelse af sygefraværsperiode eller i sidste ende førtidspensionering og dermed øgede offentlige udgifter.

Årsag: Hvad skyldes problemet?

Med sundhedsloven er regioner og kommuner forpligtet til at indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af de regionale og kommunale opgaver på sundhedsområdet, herunder om indsatsen for sammenhæng og samarbejde mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer, fx socialsektoren, undervisningssektoren, beskæftigelsessektoren mv. Sundhedsaftalerne indeholder dog kun i begrænset omfang aftaler i forhold til koordineringen af indsatsen for sygemeldte/ledige borgere med psykiske sygdomme.

Regeringen, Venstre, Liberal Alliance og de Konservative indgik den 30. juni 2012 politisk aftale om at lave en reform for førtidspensionering og fleksjobordning. Et af de centrale initiativer i aftalen er indførelse af rehabiliteringsteam i alle kommuner.

Teamet skal sikre, at borgere med komplekse problemer får en helhedsorienteret og tværfaglig indsats, og at indsatsen bliver koordineret på tværs af beskæftigelsesområdet, sundhedsområdet, socialområdet og undervisningsområdet. Desuden skal en klinisk funktion i regionen være repræsenteret i rehabiliteringsteamet ved en sundhedskordinator. Personer under 40 år skal som udgangspunkt ikke have førtidspension. De skal i stedet have et individuelt tilrettelagt ressourceforløb, der kan vare op til fem år ad gangen. Målet med ressourceforløbene er at give borgere – særligt unge – en tværfaglig og sammenhængende indsats, der kan hjælpe den enkelte videre i livet – og på sigt væk fra offentlig forsørgelse.

### 7.3.3. Opsummering – identificerede snitfladeproblematikker

- Psykiatriudvalget finder overordnet, at den generelle udvikling i psykiatrien med kortere intensive indlæggelser med opfølgning i ambulant regi og fokus på rehabilitering af den enkelte borger i eget nærmiljø øger kravene til regioner og kommuner om samarbejde på området.
- Psykiatriudvalget finder, at sundhedsaftalerne og de kommunale rammeaftaler overordnet sætter en god ramme for samarbejde og koordinering af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Der er imidlertid fortsat udfordringer med at få intentionerne i sundhedsaftalerne implementeret fuldt ud på det udførende niveau, og der er en række udviklingspunkter, der skal arbejdes videre med.
- Psykiatriudvalget finder det særligt vigtigt, at der arbejdes videre med hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på en styrkelse af samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.
- Psykiatriudvalget finder, at den interne organisering i regioner og kommuner med opdeling i enheder og faglige 'søjler' og manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne' kan udgøre en barriere for en sammenhængende indsats for mennesker med psykisk sygdom.

Psykiatriudvalget har identificeret fire målgrupper og fokusområder med særlige snitfladeproblematikker. Det er i forhold til:

- 1) *Sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats.* Samarbejdet mellem den regionale psykiatri dvs. stationære og ambulante enheder og den kommunale sociale indsats fungerer ikke altid tilfredsstillende og borgere/patienter oplever, at forløbene ikke altid er koordineret. Den manglende sammenhæng i indsatserne kan resultere i uhensigtsmæssige forløb med hyppige behandlingsbrud, unødige (gen)indlæggelser og ressourcespild.
- 2) *Samarbejde mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri.* Der henvises stadigt flere børn til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Mange henvisninger afvises i den regionale psykiatri på grund af manglende dokumentation eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet. Bedre samarbejde om henvisninger vil formentlig kunne reducere unødigt ventetid, ressourcespild samt give mere sammenhængende forløb for den enkelte. Herudover er det væsentligt, at børn og unge får den rette støtte og vejledning, mens de venter på undersøgelse og behandling, fra egen læge og ikke mindst fra kommunen, mens de venter på undersøgelse og behandling. En kvalificeret kommunal indsats kræver ofte koordinering på tværs af forvaltninger og fagområder i kommunerne
- 3) *Samarbejde om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom og misbrug.* Psykiatriudvalget konstaterer flere snitfladeproblematikker relateret til behandlingen af de dobbelt-diagnosticerede, der har en psykisk sygdom og et misbrug. Der peges bl.a. på mangel på samarbejde og kommunikation mellem den regionale psykiatri og kommunale misbrugsenheder. Dette kan resultere i uhensigtsmæssige og afbrudte forløb og at patienten/borgeren ikke modtager den relevante behandling.
- 4) *Samarbejde vedr. beskæftigelsesindsatser for mennesker med psykisk sygdom.* Psykiatriudvalget konstaterer snitfladeproblemer i forhold til de kommunale jobcentre og den regionale psykiatri omkring udredning og behandling. Hertil kommer, at ventetid til udred-

ning og behandling kan udgøre en udfordring i forhold til at få sygemeldte hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet. Koordinationen mellem praktiserende læge og kommune om indsatsen for sygemeldte er ikke altid velfungerende. Dette kan have betydning for patienten mulighed for at bevare tilknytning til arbejdsmarkedet. Endelig kan den interne organisation i sektorer i kommunerne med en opdeling i faglige 'søjler' og manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af 'søjlerne' i kommunen udgøre en barriere for indsatsen.

Det bemærkes afslutningsvis, at psykiatriudvalget jf. kommissoriet bl.a. har til opgave at vurdere mulighederne for at sikre yderligere sammenhæng og koordination i indsatsen for personer med psykiske sygdomme. Psykiatriudvalgets forslag vil bygge på det samlede analysearbejde under udvalget og specifikke forslag til at sikre øget sammenhæng og koordination i indsatsen for personer med psykiske sygdomme vil indgå i udvalgets endelige afrapportering medio 2013.

#### **7.3.3.1 Anvendte kilder:**

- COWI: *Bedre koordination mellem sundheds og beskæftigelsesområdet – en analyse fra syv kommuner*, 2010
- Danske Regioner: *Benchmark af psykiatrien 2010*
- Danske Regioner: *Et menneske, to diagnoser*
- Danske Regioner: *Oplæg om snitfladeproblematikker på psykiatriområdet*
- Diverse landspatienttilfredshedsundersøgelser for psykiatri: distrikt, børn/unge, sengeafsnit
- DSI: *Opgaveudviklingen på psykiatriområdet*
- DSI: *Status notat evaluering af Region Sjællands sundhedsaftale*
- KL: *Papir om problemidentifikation på psykiatriområdet*
- National Indikatorprojekt Skizofreni
- Rambøll: *Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien*, 2008
- Region Hovedstadens sundhedsaftale
- Region Sjællands sundhedsaftale
- Region Midtjyllands sundhedsaftale
- Region Syddanmarks sundhedsaftale
- Region Nordjyllandssundhedsaftale
- Regeringens aftale for reform af førtidspension og fleksjobordning
- SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: *Et liv i egen bolig – Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser*, 2012
- SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: *Den sociale stofmisbrugsbehandling i DK*
- Statens Institut for Folkesundhed: *Alkoholbehandling i kommunerne*, 2012
- Sundhedsstyrelsen: *udviklingen i den børne-ungdomspsykiatriske virksomhed 2007- 2010*
- Sundhedsstyrelsen: *Evaluering af sundhedsaftalerne*
- Sundhedsstyrelsen: *Evaluering af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner*
- Implement: *Status for sundhedsaftalerne og løsninger*
- SUS: *En tværfaglig udfordring – en undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelser og misbrug.*

## 8. Fokusområde 4 – Sundheds-IT

### 8.1. Indledning og sammenfatning

Med oprettelsen af regionerne og samling af kommunerne i større enheder er der skabt styrkede forudsætninger for en sammenhængende it-udvikling i sundhedsvæsenet i Danmark, både internt i regioner og kommuner, hvor udvikling og drift af it-systemer kan konsolideres på færre løsninger, og gennem forbedrede muligheder for at skabe sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen.

Af kommissoriet for evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet fremgår det, at:

*”Det er centralt, at der på tværs af regionsgrænser sikres en rigtig arbejdsdeling og kapacitetsanvendelse samt udbredelse og standardisering af ny teknologi, herunder vurderes det nuværende samarbejde på sundheds-it-området.”*

På den baggrund har denne del af afrapporteringen til formål at afdække følgende hovedpunkter:

- Vurdering af fremdriften i den regionale indsats på sundheds-it-området, herunder implementering af regionale, tværregionale og tværsektorielle løsninger.
- Vurdering af det nuværende samarbejde på tværs af regionerne og mellem regioner, kommuner og stat.

Fokus er dermed på regionernes indsats og snitflader til kommuner og almen praksis, statens understøttelse heraf samt det fælles offentlige samarbejde på området. Den fælles kommunale indsats, indsatser internt i kommuner og hos praktiserende læger og speciallæger ligger dermed uden for denne analyse.

Det bemærkes desuden, at telemedicinske løsninger og lokale kronikerprojekter til it-understøttelse af tværsektorielle patientforløb behandles i kapitel 5 vedr. patientrettet forebyggelse.

Inddragelsen af udviklingen på sundheds-it-området som et element i afrapporteringen afspejler, at velfungerende sundheds-it-løsninger er et helt centralt redskab til at sikre sikker og sammenhængende patientbehandling af høj kvalitet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, bl.a. i relation til en styrket forebyggelsesindsats og behandling og pleje af store grupper af kroniske patienter, jf. også evalueringens kapitler vedr. patientrettet forebyggelse, genoptræning, sundhedsaftaler mv.

- For *patienten* vil velfungerende it-systemer bidrage til højere kvalitet og sikkerhed i behandlingen, bl.a. fordi informationsgrundlaget for beslutninger om behandling styrkes. Samtidig styrkes kommunikation og koordinering mellem de parter, der er involveret i behandling, genoptræning, pleje mv. af en patient. Det er endelig et centralt led i, at patienten kan tilgå egne journaloplysninger og relevante data.

Øget digitalisering kan samtidig bidrage til at skabe nemmere arbejdsgange for personalet og bidrage til en mere effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet.

- Velfungerende it-systemer bidrager til effektiv opgaveløsning, hvor it systematisk anvendes af *medarbejderne* i den daglige opgaveløsning og som beslutningsgrundlag for behandling. Det kan samtidig forenkle dagligdagen for sundhedspersonalet ved, at digital udveksling og deling af patientoplysninger overflødiggør manuel indhentning af patientoplysninger fra andre dele af sundhedsvæsenet, fx via telefon, brevpost eller telefax.
- Integrerede it-løsninger kan føre til mere effektiv ledelsesinformation, beslutningsstøtte og bedre arbejdstilrettelæggelse og dermed bidrage til mere effektiv *udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer*, fx ved at aktivitetsdata og kliniske data opsamlet i it-systemerne kan fungere som udgangspunkt for effektiv kapacitetsudnyttelse, planlægning, kvalitetsopfølgning mv.

Analysen giver en midtvejsstatus på arbejdet med at udmønte mål og milepæle fastsat i sundheds-it aftalen mellem regeringen og regionerne fra juni 2010, jf. aftalen om regionernes økonomi for 2011. Flere større milepæle i aftalen udløber ved udgangen af 2013, herunder regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdsplader. Analysen skal derfor også tydeliggøre udfordringer og fokusere indsatsen frem mod deadlines for dette arbejde.

Analysen skal samtidig danne grundlag for arbejdet med en ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet, som forventes aftalt mellem regeringen, Danske Regioner og KL i foråret 2013 i forbindelse med økonomiaftalerne for 2014.

Regionerne har sat et fælles strategiarbejde for sundheds-it i gang med henblik på at afklare regionernes fælles målsætninger og de forretningsmæssige behov, herunder også i forhold til den nye fælles offentlige digitaliseringsstrategi på sundhedsområdet. Regionerne vil bære deres input til strategiske prioriteringer ind i det nationale strategiarbejde. På baggrund af arbejdet i de to strategiprocesser forventes det, at der bliver formuleret konkrete initiativer for henholdsvis stat, regioner og kommuner.

### **8.1.1. Opgave- og ansvarsfordeling**

Evalueringen fokuserer som nævnt på den regionale indsats, statens understøttelse heraf samt det fælles offentlige samarbejde på området. Den overordnede opgave og ansvarsfordeling mellem stat og region er fastlagt i den aftale vedr. sundheds-it, som Regeringen og Danske Regioner indgik i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2011.

Ansvars- og arbejdsfordelingen indebærer, at regionerne har ansvar for, at der er effektiv sundheds-it på landets sygehuse. Det indebærer bl.a. ansvar for at sikre indkøb, udvikling og drift af it-løsninger og indsatsen for, at patientbehandling og arbejdsgange it-understøttes optimalt. Staten har ansvar for at sætte de juridiske rammer og sætte standarder for it-anvendelse og udmønte tværsektorielle it-projekter og fælles infrastruktur.

I forbindelse med aftalen blev der gennemført en række organisatoriske ændringer på området:

- Den fælles offentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD) blev nedlagt pr. 1. januar 2011. Samtidig er der etableret en ny national bestyrelse for sundheds-it med deltagelse af staten, KL og Danske Regioner.
- De statslige sundheds-it opgaver er samordnet under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, forankret i NSI (National Sundheds-IT) under Statens Serum Institut.
- Regionerne har etableret Regionernes Sundheds-IT organisation (RSI), som skal danne rammen om et tæt og forpligtende regionalt samarbejde.

### 8.1.2. Sammenfatning

Det er den generelle vurdering, at arbejdsdelingen på området, jf. sundheds-it aftalen i den regionale økonomiaftale for 2011, fortsat er hensigtsmæssig i forhold til at sikre videre fremdrift i udrulning og ibrugtagning af it-løsninger i det danske sundhedsvæsen. Tilsvarende er det vurderingen, at der på sundheds-it området er lagt de rigtige spor for det videre arbejde.

Det er imidlertid samtidig vurderingen, at der er behov for en accelereret fremdrift og fokus på anvendelsen af de it-løsningerne på sygehusene, en styrket indsats for tværsektoriel kommunikation, bedre monitorering samt konsistent indhøstning af gevinster ved it-systemerne på tværs af alle sektorer.

*Vurderingen af den regionale indsats på sundheds-it-området* peger på, at der i alle regioner er fremdrift ift. den tekniske etablering af kliniske it-arbejdspladser, herunder sammenhængende elektroniske patientjournalssystemer (EPJ). Det er samtidig vurderingen, at mere systematiske effektmål og dokumentation af og opfølgning på den faktiske anvendelse af it-systemerne på sygehusene vil kunne styrke gennemsigtheden på området, bl.a. ved at gøre det muligt at foretage mere præcise vurderinger af, hvor langt regionerne er nået i forhold til at få it-understøttede kliniske arbejdspladser udbredt og ibrugtaget hos alle relevante klinikere.

Der vurderes samtidig behov for en accelereret indsats for at udfase manuelle arbejdsgange, og fastsættelsen af ambitiøse regionale målsætninger for fuld udbredelse og ibrugtagning af effektive konsoliderede it-arbejdspladser, så der skabes sikkerhed for fuld udrulning inden udgangen af 2013.

Det er samtidig vurderingen, at mere systematiske effektmål og dokumentation for faktisk anvendelse på sygehusene vil kunne styrke gennemsigtheden på området, bl.a. for at gøre det muligt at foretage mere præcise vurderinger af, hvor langt regionerne er nået i forhold til at få it-understøttede kliniske arbejdspladser udbredt og ibrugtaget hos alle relevante klinikere.

Det indikerer dernæst, at beslutningsgrundlaget for de årlige udgifter til sundheds-it, senest i 2010 opgjort til ca. 2,1 mia. kr. på årsbasis, fremadrettet kan styrkes ved, at regionerne i højere grad systematisk opstiller indikatorer og mål for effekt knyttet til sundheds-it.

Samtidig peger analysen på, at regionerne er på forskellige modenhedsniveauer, afhængig af hvor indsatsen er sat ind. Det vurderes at afspejle afhængighed i forhold til bl.a. de systemlandskaber og det it-modenhedsniveau, som de enkelte regioner er dannet med, men forskellene indikerer samtidig, at indsatsen i regionerne i mindre grad er baseret på koordinerede prioriteringer af indsatsen. Dog kan Fælles Medicinkort ses som et nyligt og markant eksempel på styrket indsats for erfaringsudveksling og samarbejde med henblik på at sikre implementering regionerne imellem.

*Vurderingen af det nuværende samarbejde på tværs af regionerne og mellem regioner, kommuner og stat* peger på, at der i de nuværende samarbejdsstrukturer er potentiale for yderligere udbredelse og anvendelse af de eksisterende it-løsninger, der kan understøtte mere effektiv opgaveløsning og sammenhængende patientforløb. Det gælder særligt kommunernes indsats for at få digitaliseret den beskedsbaserede kommunikation i sundhedsvæsenet og brugen af det Fælles Medicinkort.

Samtidig anbefales en mere systematisk opfølgning på udbredelse og anvendelse og mere forpligtende aftaler mellem parterne på området, fx i regi af sundhedsaftalerne, med henblik på at øge implementeringshastigheden og bidrage til imødegå udfordringer omkring gensidige afhængigheder.



I relation til udbredelsen af tværregionale it-løsninger vurderes, herunder i regi af RSI, potentiale for en væsentligt styrket indsats, og det anbefales derfor, at regionerne i højere grad prioriterer de fællesregionale it-løsninger.

Regionerne har etableret RSI som en ramme for tættere fællesregionalt samarbejde og koordination. Der peges i evalueringen på, at der er potentiale for større fokus og samarbejde mellem regionerne om benchmarking af anvendelse og effekt fremadrettet og systematiske vurderinger af, om de forudsatte gevinster, som fuld anvendelse af systemerne potentielt medfører, bliver indhøstet, herunder understøttelse af patientbehandlingen, klinikernes daglige arbejdsgange, driftsudgifter til sundheds-it mv. i regionerne.

Det er samtidig vurderingen, at der er potentiale i øget fremdrift i arbejdet med at sikre konvergens mod fællesregionale it-løsninger, særligt i relation til systemer knyttet an til den kliniske it-arbejdsplads.

Dernæst peger analysen på, at der på statsligt niveau ikke i tilstrækkeligt omfang er leveret på de mål og milepæle, der blev fastsat i sundheds-it aftalen. Dette vurderes bl.a. at have baggrund i den hidtidige statslige organisering på sundheds-it området. Med flytningen af NSI til Statens Seruminstitut er der skabt styrkede forudsætninger for mere professionel drift af de registre og it-løsninger, som anvendes i det øvrige sundhedsvæsen og optimering af indsamlingen af oplysninger og skabelsen af én kanal til sikring af dækkende, pålidelig og aktuel information om sundhed.

Tilsvarende er det fortsat en udfordring at få de nationale it-infrastrukturprojekter til at udfylde den rolle, som de er tiltænkt. Det er dog vurderingen, at der både for National Serviceplatform og for Nationalt Patientindeks er igangsatt initiativer, der skal sikre projekternes realisering i samarbejde med sundhedsvæsenets øvrige parter, herunder med aftalen om etableringen af en finansierings- og styringsmodel for fælles offentlige it-infrastruktur på sundhedsområdet. Modellen vurderes at kunne danne rammen om et tættere fælles offentligt samarbejde om drift og udvikling af tværsektorielle it-løsninger i sundhedsvæsenet, bl.a. med henblik på at sikre, at finansieringen af løsningerne sker af de parter, der opnår gevinsterne ved brugen af løsningerne.

Endelig vurderes der behov for at tydeliggøre den nationale bestyrelse for sundheds-its rolle og opgaver, så bestyrelsen i højere grad koordinerer og sætter retning for det fælles offentlige samarbejde for sundheds-it i Danmark.

Kapitlets anbefalinger sammenfattes i tabel 8.1.

**Tabel 8.1.**

**Oversigt over arbejdsgruppens anbefalinger vedr. udviklingen på sundheds-IT området**

**Regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionernes arbejde med at etablere og ibrugtage sammenhængende kliniske it-arbejdspladser accelereres og at der sikres en systematisk opfølgning på at manuelle arbejdsgange udfases, bl.a. ved at (gamle) konkurrerende it-løsninger lukkes og ved at papirbaserede arbejdsgange og brugen af telefax og brevpost afskaffes.

### **Anvendelsen af it-løsninger i regionerne**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionerne i 1. kvartal 2013 fastsætter indikatorer og målsætninger for brugen af relevante it-systemer i den daglige opgaveløsning på sygehusene. Indikatorerne og målsætningerne skal give et dækkende billede af it-understøttelsen af centrale arbejdsgange med henblik på at sikre øget gennemsigtighed og ensartet brug af it-løsninger på tværs af regionerne og skabe sikkerhed for, at de politisk aftalte mål om etablering og ibrugtagning af sammenhængende kliniske it-arbejdspladser inden udgangen af 2013 realiseres.

### **It-understøttelsen af sammenhængende patientforløb**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regioner, kommuner og praktiserende læger og speciallæger sikrer at den beskedbaserede kommunikation digitaliseres og at arbejdet med at afskaffe manuelle papirgange accelereres. I den forbindelse anbefales det, at der indgås mere forpligtende aftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis om ibrugtagning af alle relevante elektroniske beskeder, fx i regi af sundhedsaftalerne, jf. kapitel 9.
- At indsatsen i almen praksis og i kommuner for at få Fælles Medicinkort fuldt teknisk udrullet og ibrugtaget opprioriteres, herunder at der i 2013 på regionsniveau etableres samarbejdsmodeller mellem alle parter med henblik på at sikre ensartet og koordineret implementering.
- At der snarest fastsættes en forpligtende dato for fuld udrulning og ibrugtagning af Fælles Medicinkort i kommunerne, så forsinkelser i forhold til politisk aftalte målsætninger reduceres mest muligt. Det anbefales samtidig, at regioner og kommuner aftaler standardiserede koncepter for kommunal implementering af Fælles Medicinkort og sikrer en løbende og systematisk opfølgning i den nationale bestyrelse for sundheds-it.

### **Regionernes samarbejde på sundheds-it området**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionernes arbejde med at indkøbe, udvikle og drive fælles regionale it-løsninger styrkes, for eksempel i forbindelse med en den kommende fælles regionale digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet.
- At regionerne i højere grad samarbejder om fastsættelsen af sundhedsfaglige indhold i sygehusenes it-systemer, fx med afsæt i kliniske retningslinjer, med henblik på at sikre ensartet patientbehandling i og på tværs af regionerne og med henblik på at styrke kommunikationen af fulde patientoplysninger på tværs af regioner og sygehuse.
- At regionerne sætter øget fokus på benchmarking af anvendelse og effekt fremadrettet og dermed foretager systematiske vurderinger af, om de forudsatte gevinster, som fuld anvendelse af systemerne potentielt medfører, bliver indhøstet, herunder understøttelse af patientbehandlingen, klinikernes daglige arbejdsgange, driftsudgifter til sundheds-it mv. i regionerne.
- At der i det kommende arbejde med en digitaliseringsreform af velfærdsområderne udarbejdes anskaffelsesmodeller, der inden for de gældende udbudsregler kan fungere som praktiske og anvendelige redskaber til udbredelse af fælles it-løsninger.

### Den statslige indsats på sundheds-it området

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At NSI styrker arbejdet med at etablere et professionelt driftsmiljø med særligt fokus på de it-systemer, der benyttes i det øvrige sundhedsvæsen.
- At NSIs arbejde med at etablere en fælles offentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet styrkes, herunder arbejdet med National Serviceplatform, med henblik på at styrke grundlaget for it-understøttelse af tværsektorielle patientforløb og struktureret udveksling af patientoplysninger. At NSIs arbejde med at etablere en fælles indberetningsmodel til de statslige sundhedsregistre videreføres i tæt dialog med sundhedsvæsenets øvrige parter og indgår i arbejdet med senest i 1. kvartal 2013 at udvikle en datastrategi for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses koncern.

### Det fællesoffentlige samarbejde på sundheds-it området

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At den nationale bestyrelse for sundheds-it styrkes, herunder at bestyrelsens koordinerede rolle og tværgående opgaver tydeliggøres i forbindelse med arbejdet med den nye digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet med henblik på at sikre, at koordineringen af sundheds-it udviklingen i højere grad forankres på nationalt niveau jf. sundheds-it aftalen fra 2010.
- At der i 1. halvår 2013 etableres en fælles offentlig ramme for effektiv styring og opfølgning, herunder etablering af baseline for den samlede fremdrift i udviklingen på sundheds-it området.
- at finansierings- og styringsmodellen for fælles offentlig sundheds-it, der træder i kraft den 1. januar 2013, udbredes og præciseres frem mod indgåelsen af økonomiaftalerne for 2014.

## 8.2. Problemstillinger

### 8.2.1. Vurdering af regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser

Regionerne har ansvaret for at indkøbe, udvikle og drive velfungerende og ibrugtagne it-løsninger og for at sikre indhøstning af gevinster, bl.a. ved at it-understøtte og omlægge kliniske arbejdsgange og etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser. Helt centralt i dette arbejde står indsatsen for at samle og videreudvikle elektroniske patientjournalssystemer, der effektivt understøtter klinikernes daglige arbejde på sygehusene.

Med sundheds-it aftalen fra juni 2010 er der fastsat mål og milepæle for regionernes arbejde med at samle de it-systemer, som de overtog ved amternes nedlæggelse, herunder de systemer der tilsammen udgør EPJ, jf. boks 8.2.

#### Boks 8.2.

##### Mål/Milepæl 1 fra sundheds-it aftalen vedr. elektroniske patientjournaler og kliniske it-arbejdspladser

1: Sygehusene skal have sammenhængende it-værktøjer, som understøtter effektive og veltilrettelagte arbejdsgange og som samtidig sikrer, at sundhedspersonalet altid har de data, som er nødvendige for at sikre en høj kvalitet i patientbehandlingen.

Inden udgangen af 2013 har hver region en fuldt konsolideret elektronisk patientjournal (EPJ) og en

sammenhængende it-arbejdsplads med fælles login til alle relevante sygehussystemer.

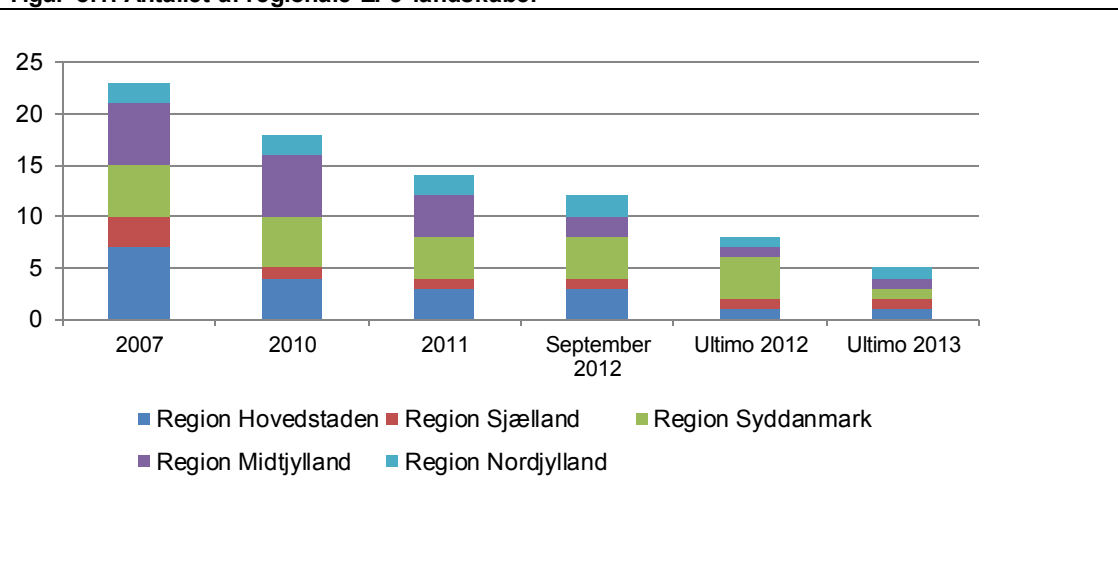
Kilde: Den regionale økonomiaftale for 2011

### Regionernes arbejde med at konsolidere de regionale EPJ-landskaber

Som led i realiseringen af denne målsætning arbejder regionerne på at konsolidere hver regions EPJ-systemer til et fuldt konsolideret EPJ-landskab. Dette indebærer, at de 5 EPJ-funktioner (Notat, pas, medicin, booking og rekvisition/svar) understøttes af en it-løsning for hele regionen.

Danske Regioner har oplyst, at regionerne fra 2007 til september 2012 har reduceret antallet af EPJ-landskaber fra 23 til 12. Region Sjælland har opfyldt målet om ét EPJ-landskab og Danske Regioner forventer, at yderligere 3 regioner vil nå dette mål inden udgangen af 2012. Det er desuden forventningen, at alle regioner når målsætningen om ét konsolideret EPJ-landskab inden udgangen af 2013, jf. figur 8.1.

Figur 8.1. Antallet af regionale EPJ-landskaber



Anm. Forventninger til antal EPJ-landskaber ultimo 2012 og ultimo 2013 er oplyst af RSI/Danske Regioner

Kilder: Deloitte, Next Puzzle, RSI

Tabel 8.2 sammenfatter på baggrund af regionernes indberetninger den aktuelle status for regionernes indsats med at konsolidere EPJ. I alle regioner omfatter konsolideringen alle fem moduler af EPJ. Af tabellen fremgår også, hvilken type EPJ-landskab, de enkelte regioner konsoliderer.

Tabel 8.2. Status for regionernes arbejde med at konsolidere EPJ-landskaberne

| Region      | Løsning <sup>1)</sup> | Status  |
|-------------|-----------------------|---|
| Hovedstaden | Portal                | Udruller H-EPJ, der dækker næsten alle regionens hospitaler. Bornholms Hospital forventes konsolideret på H-EPJ inden udgangen af 2012. Skt. Hans Hospital er ikke planlagt konsolideret på H-EPJ.  |
| Sjælland    | Portal                | Opus Arbejdsplads anvendes af alle hospitaler i regionen.   |
| Syddanmark  | Suite                 | Udruller Cosmic, der pt. er i brug på OUH, OUH Svendborg, og til dels Sygehus Sønderjylland. Har fortsat flere større EPJ-landskaber i drift. Endelig planlægning udestår med de sygehusenheder, som endnu mangler at blive konsolideret. |
| Midtjylland | Suite                 | Udruller Midt-EPJ, der i dag dækker hele regionen med undtagelse af Regionshospitalet i Viborg, der forventes at overgå til MidtEPJ inden udgangen af 2012.   |

|             |        |   |
|-------------|--------|---|
| Nordjylland | Portal | Udruller <i>Clinical Suite</i> , som i dag dækker alle regionens sygehuse på nær Thy-Mors, der forventes at overgå til <i>Clinical Suite</i> primo november 2012. |
|-------------|--------|---|

Kilde: RSI

Anm. 1) En portalløsning binder forskellige systemer, evt. fra forskellige leverandører, sammen, mens en suiteløsning indeholder alle funktioner fra en eller flere leverandører.

Etablering af sammenhængende kliniske it-arbejdspladser på sygehusene, jf. boks 8.1, omfatter desuden, at der fra de regionale EPJ-landskaber skabes adgang for sundhedspersonalet til parakliniske systemer (via single sign-on løsninger, jf. nedenfor). Regionerne har defineret, at de parakliniske systemer omfatter:

- RIS/PACS-systemer: Røntgenbilleder, CT- og MR-scanninger samt andet billeddiagnostisk data.
- Mikrobiologi: Data fra analyser gennemført på mikrobiologiske laboratorier.
- Klinisk/kemisk: Data fra analyselaboratorier, der gennemfører en lang række forskellige undersøgelser af blod, plasma, urin m.m.
- Patologi: Data vedr. patologisk-anatomisk diagnostik i forbindelse med undersøgelse af væv og celleprøver.

Danske Regioner har oplyst (september 2012), at Region Sjælland har gennemført målsætningen, mens de øvrige regioner har oplyst, at man forventer at kunne realisere målsætningen inden udgangen af 2013, således at alle relevante sundhedspersoner har adgang til en sammenhængende it-arbejdsplads.

**Regionernes arbejde med at skabe nem og hurtig adgang til de væsentligste systemer i den kliniske it-arbejdsplads (bl.a. single sign on).**

Med henblik på at sikre sygehuspersonalet nem og hurtig adgang til de væsentligste systemer i den kliniske it-arbejdsplads indeholder milepælen vedrørende etableringen af sammenhængende kliniske it-arbejdspladser, jf. boks 8.1 ovenfor, også et mål om etablering af fælles log-in (single sign on).

Som led i realiseringen heraf har regionerne defineret begrebet Effektiv Systemadgang (ESA) samt et realiseringskriterium for opnåelse af ESA (dvs. nem og hurtig adgang til den kliniske it-arbejdsplads) inden udgangen af 2013. Uanset regionens valg af teknisk løsning er effektiv systemadgang realiseret i den enkelte region, når følgende målbare kriterier som minimum er opfyldt:

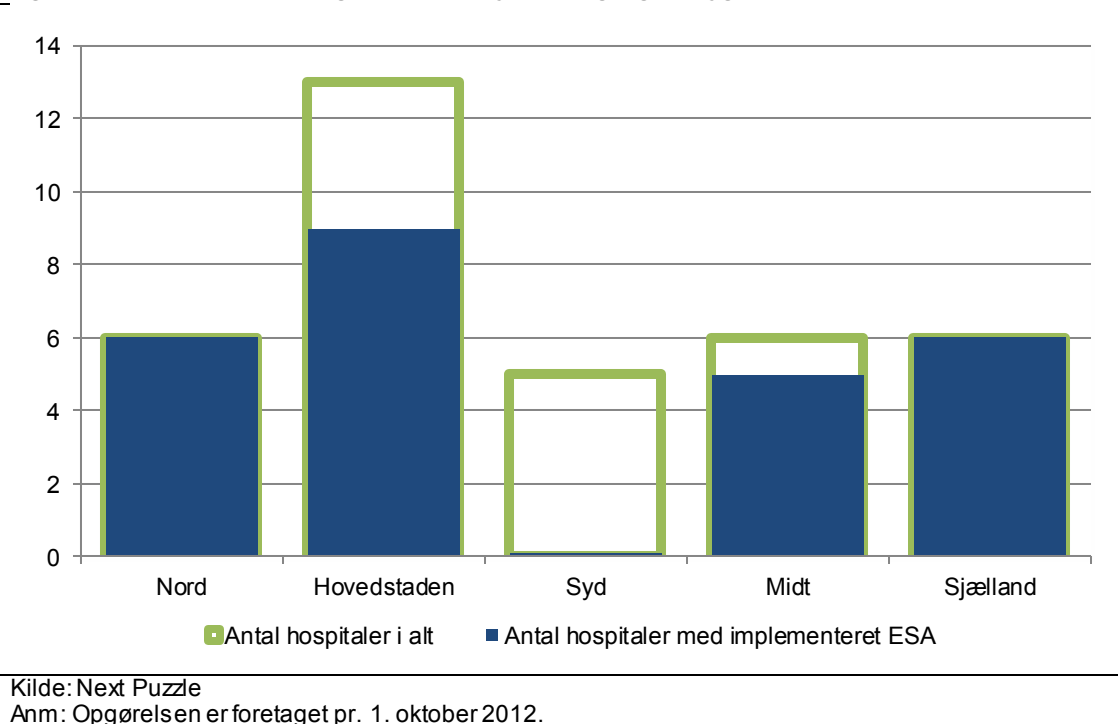
- Klinikere skal bruge mindre end 3 minutter til pålogging første gang i løbet af arbejdsdagen og mindre end 15 sekunder for efterfølgende pålogninger i det primære system (hurtig systemadgang).
- Klinikere har fra ét primært system adgang til patientdata fra notat, medicin, PAS, booking, rekvisition/svar, Ris/Pacs, klinisk kemisk, mikrobiologi og patologi (single sign on).
- Kliniker trækker sin åbne og parate session med sig gennem arbejdsdagen (sessionsbevarelse) og/eller bevarer patientkonteksten (fastholdelse af cpr-nummer).

Regionernes løsning skal i henhold til sundheds-it aftalen være implementeret til alle relevante sundhedspersoner på alle relevante hospitalsafdelinger inden udgangen af 2013.

Som led i opstillingen af indikatorer for brugen af it-systemer på sygehusene, jf. afsnit 8.2.2., er der på baggrund af regionale oplysninger foretaget en opgørelse over status for regionernes arbejde med at etablere effektiv systemadgang.

Opgørelsen viser, at effektiv Systemadgang er implementeret på alle hospitaler i Region Nordjylland og i Region Sjælland. I Region Hovedstaden og Region Midtjylland er løsningen implementeret på et flertal af hospitalerne, mens løsningen ikke er implementeret i Region Syddanmark, jf. figur 8.2.

**Figur 8.2. Status for udrulning af Effektiv Systemadgang på sygehuse**



Dermed er det på alle sygehuse i Region Nordjylland og Region Sjælland samt hovedparten af sygehuse i Region Midtjylland og Region Hovedstaden for alle relevante sundhedspersoner muligt at tilgå de ni systemer i den kliniske it-arbejdsplads, jf. ovenfor, inden for de kriterier, som er defineret som Effektiv Systemadgang, herunder ved at der gennem ét primært system er adgang til alle øvrige systemer i den kliniske it-arbejdsplads (single sign on).

Det bemærkes, at det ikke i undersøgelsen er afdækket, i hvilket omfang klinikere fortsat har mulighed for at tilgå systemer i den kliniske it-arbejdsplads ad anden vej, fx ved at logge direkte på de enkelte systemer, og dermed i hvilket omfang ESA er taget fuldt anvendelse.

En landsdækkende spørgeskemaundersøgelse fra Aalborg Universitet gennemført blandt cirka 2.000 læger, sygeplejersker og lægesekretærer i 2012 indikerer, at der kan være en afvigelse mellem teknisk implementering og faktisk ibrugtagning. Med forbehold for undersøgelsens tilrettelæggelse viser den, at klinikere i gennemsnit benytter op mod fire forskellige brugernavne og kodeord i det daglige arbejde. Det fremgår dog samtidig, at antallet er lavest i regioner, der har implementeret ESA, herunder Region Sjælland, og at der er sket et fald de seneste tre år antallet af systemadgange (eObservatoriet 2012). Det bemærkes, at undersøgelsen også kan omfatte brugernavne og passwords for it-systemer, der ligger uden for den kliniske it-arbejdsplads, herunder indberetningssystemer til statslige registre, kliniske kvalitetsdatabaser mv.

#### **Regionernes it-drift**

Regionerne overtog ved deres oprettelse en flerhed af sundheds-it-systemer og relativt fragmenterede it-driftsmiljøer. Derfor sigtede sundheds-it aftalens målsætning om konsolidering af regionernes sund-

heds-it-systemer, herunder også EPJ-systemer, også på at fremme, at der i regionerne etableres stabile og omkostningseffektive it-driftsmiljøer.

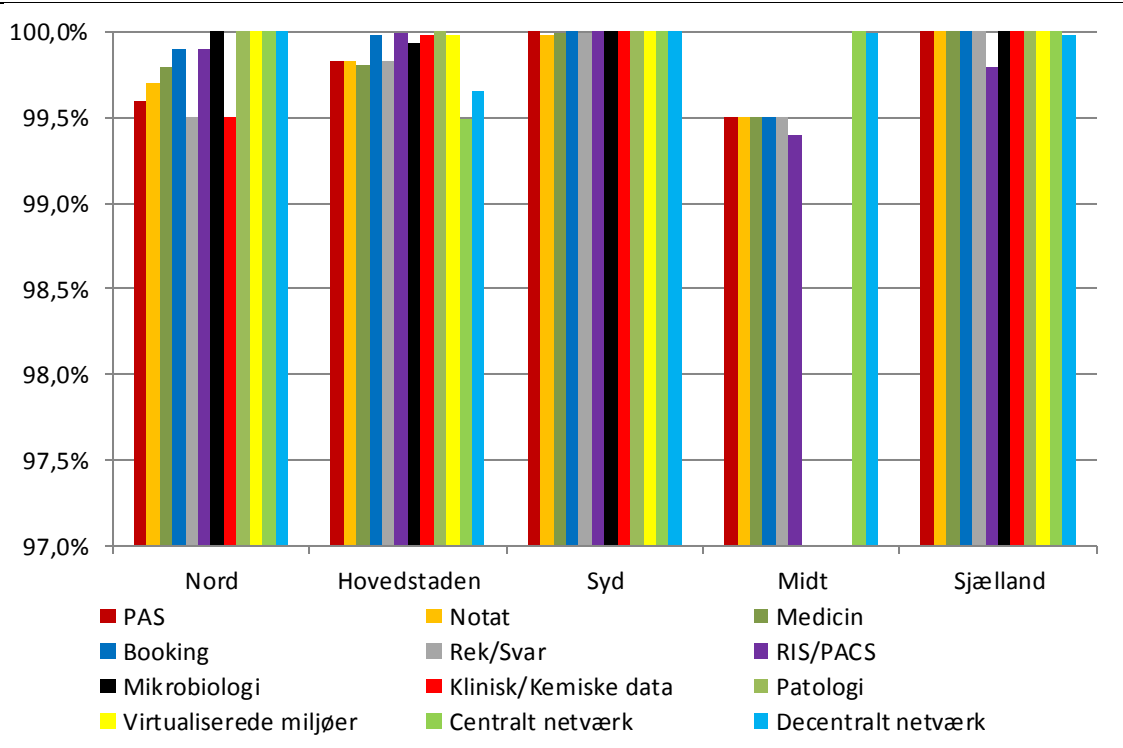
Effektiv og stabil drift med høje opetider på alle relevante it-systemer er en forudsætning for, at det kliniske personale har adgang til systemerne, når der er behov for det.

Som led i opstillingen af indikatorer for brug af it-systemer på sygehusene, jf. afsnit 8.2.2., er der på baggrund af indberetninger fra regionerne foretaget en opgørelse over driftsstabiliteten på centrale servere på de ni it-systemer, der indgår i den kliniske it-arbejdsplads, jf. definitionen heraf. Driftsstabiliteten på de enkelte hospitaler er ikke opgjort, og tallene er derfor ikke nødvendigvis udtryk for, hvordan brugerne oplever driften, herunder betydningen af stabiliteten af den hardware og infrastruktur, som findes decentralt, dvs. lokale krydsfelter, trådløse access points, PC-opetid m.v.

Opgørelsen viser, at opetiderne for hovedparten af de undersøgte systemer og netværks dele ligger på 100 pct. Det laveste niveau udgør 99,4 pct. svarende til en periode på 4 timer og 20 minutter i løbet af en kalendermåned uden tilgængelighed til det pågældende system. Regionerne har oplyst, at den undersøgte periode er repræsentativ for den generelle driftsstabilitet i de undersøgte systemer.

Tallene viser, at opetiderne i den undersøgte periode generelt har været højest i Region Syddanmark og Region Sjælland, mens opetiden har været lavest i Region Midtjylland, jf. figur 8.3.

**Figur 8.3. Tenisk Opetid for centrale it-løsninger i regionerne**



Note: Opetiden målt over en periode på en kalendermåned. Regionerne har indberettet data for september 2012, med undtagelse af Region Sjælland (august 2012)

Det bemærkes, at for den enkelte bruger vil oplevelsen af opetid for et givet system være resultatet af den kombinerede opetid af selve systemet og af det centrale og decentrale netværk.

Samtidig følger det af sundheds-it aftalen, at regionernes arbejde med at samle og konsolidere it-systemer også har til hensigt at sikre mere omkostningseffektiv drift. Som led i konsulentanalyse fra 2010 blev der påvist væsentlige variationer i regionernes udgifter til driften af it-systemerne, jf. boks 8.3.

### **Boks 8.3.**

#### **Opgørelse af regionernes udgifter til it-drift (2010)**

*"Regionernes samlede udgifter til sundheds-it1 opgøres til omkring DKK 2,1 milliarder. Heraf kan knap DKK 0,8 milliarder henføres til kliniske applikationer, mens DKK 1,3 milliard vedrører infrastruktur. Der er store forskelle mellem regionernes relative udgifter til sundheds-it, hvilket formodes delvist at afspejle forskelle i de it-landskaber, som regionerne overtog ved deres etablering."*

McKinsey 2010

Det må forventes, at regionernes arbejde med at konsolidere EPJ-landskaberne har resulteret i lavere udgifter til it-drift på de it-systemer, som er omfattet af konsolideringsprocessen. Omvendt har regionerne i samme periode gennem flere større nyinvesteringer, hvilket må forventes bidrage til øgede driftsudgifter. Det har ikke været muligt at vurdere de samlede effekter heraf.

I forbindelse i ovenstående konsulentanalyse blev antallet af regionale driftscentre opgjort. Det har i forbindelse med denne analyse ikke været undersøgt, i hvilket omfang regionerne har reduceret antallet af driftslandskaber.

### **Vurdering**

Baseret på oplysninger fra Danske Regioner er det vurderingen, at der i hovedparten af regionerne er lagt planer, der skal være med til at sikre, at målsætningen om teknisk etablering af sammenhængende kliniske it-arbejdspladser til alle relevante sundhedspersoner i hver region nås inden udgangen af 2013.

Variationen i status over regionernes arbejde afspejler, at regionerne overtog forskellige it-landskaber ved deres oprettelse, men også at regionerne har forfulgt forskellige strategier i arbejdet med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser. Der ses således ikke at være en sammenhæng mellem antallet af EPJ-landskaber ved regionsoprettelsen og antallet af nuværende EPJ-landskaber.

Det er væsentligt at bemærke, at der vurderes at være betydelige forskelle i funktionalitet og i graden af it-understøttelse af klinikernes daglige arbejde i de it-systemer, som regionerne konsoliderer. Dette afspejles i forskelle i den grad af effektivitet, som it-løsningerne bidrager til at fremme. Det er samtidig vurderingen, at det sundhedsfaglige indhold i systemerne i overvejende grad fastsættes lokalt. Det indebærer, at indholdet ikke udvikles koordineret på tværs af regionerne og at arbejdsgangene dermed defineres og understøttes forskelligt.

Økonomiaftalens mål/milepæl om konsolidering af EPJ-systemerne i regionerne er sket gennem en konsolidering til ét EPJ-landskab i hver region. Det kan i sig selv være en hensigtsmæssig konsolideringsstrategi, henset til funktionskrav, økonomi mv., men kan vanskeliggøre muligheden for, at der på længere sigt i højere grad indkøbes og drives fælles regionale it-systemer, bl.a. som følge af potentielle tab på allerede foretagne investeringer, jf. også afsnit 8.2.3.

### **8.2.2 Vurdering af anvendelsen af it-løsninger i regionerne**

Vurderinger af udviklingen på sundheds-it området har primært fokus på at belyse, i hvilket omfang konkrete it-løsninger teknisk er implementeret og til rådighed for alle relevante klinikere i deres daglige arbejde. Dette afspejler sig bl.a. i opgørelser af antallet af EPJ-landskaber i regionerne mv.



I rapporten "Udviklingen i regionale EJ-landskaber" fra 2010 fremgår det, at der på regionalt niveau er fokus på at sikre ibrugtagning og anvendelse af de systemer, der er til rådighed. Af rapporten fremgår, at:

*"Samtidig har man i regionerne i disse år øget fokus på at sikre en bred og god anvendelse af de løsninger, som teknisk stilles til rådighed for klinikerne. Dermed sikres, at løsningerne anvendes, og kvalitets- og effektivitetsmuligheder forbundet med brug af løsningerne høstes."* (Next Puzzle for Danske Regioner, 2010)

Der er i rapporten ikke foretaget en nærmere undersøgelse af indikatorer for denne indsats eller opstillet forslag til fremrettede initiativer eller anbefalinger, der kunne bidrage til at styrke regionernes arbejde med at monitorere den faktiske anvendelse af it og dermed realisering af gevinster for sundhedsvæsenet.

Blandt andet på den baggrund er der som led i nærværende evalueringsarbejde gennemført en ekstern konsulentanalyse med henblik på at opstille et sæt nationale indikatorer, der måler graden af anvendelse af sygehusenes it-systemer med fokus på understøttelse af interne arbejds gange og arbejds gange relateret til sygehusets samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Indikatorerne er opstillet på baggrund af en interviewrunde i regionerne, der havde til formål at klarlægge hvilke indikatorer, der efter regionernes opfattelse er relevante mål for anvendelsen samt at få belyst hvad der er muligt at måle med de data, der nu er til rådighed i regionerne. Med det udgangspunkt er der udpeget 5 indikatorer for anvendelse af it-systemer i regionerne:<sup>107)</sup>

1. Teknisk opetid for regionens centrale it-systemer.
2. Effektiv systemadgang på sygehusene.
3. Elektroniske beskeder til og fra hospitaler og elektroniske beskeder sendt mellem hospitaler og kommuner.
4. Integration af akuttavler.
5. Færdigregistrering af patienter.

De første tre indikatorer anvendes i afsnit 8.2.1 og 8.2.3. Nedenfor gennemgås indikator 4 og 5, der har sigte på klinikernes anvendelse af it-systemer internt på sygehusene

De to indikatorer har til formål at belyse, hvorvidt it-understøttelsen på et givet sygehus indebærer, at it-systemer er ibrugtaget og indarbejdet i klinikernes arbejds gange eller i hvilket omfang der fortsat findes supplerende papirbårne arbejds gange, foretages journalregistreringer i udkrevne papirjournaler e.lign. Det bemærkes, at opgørelsen er et udtryk for den aktuelle it-understøttelse og at der i regionerne fortsat udvikles på systemerne, jf. også målsætningen om etableringen af sammenhængende it-arbejdspladser inden udgangen af 2013.

---

<sup>107)</sup> Der blev også indsamlet data vedrørende en indikator for elektronisk afsendte epikriser. Disse data er ikke medtaget, da det ikke inden for rammerne af dette projekt har været muligt at skabe den tilstrækkelige ensartethed, som kræves for at kunne bestemme indikatorens niveau og udrede de regionale forskelle i data. Det vurderes, at der med yderligere indsats vil være mulighed for at etablere den krævede sammenlignelighed, jf. også afsnit 3.

### Integration af akuttavler

Undersøgelsen af brugen af akuttavler indikerer, i hvilket omfang sygehusenes it-systemer understøtter effektiv afvikling af produktionen på sygehuset og skaber grundlag for effektiv klinisk logistik på sygehusenes akutafdelinger. Det bemærkes, at den kliniske logistik på sygehusenes øvrige afdelinger dermed ikke er undersøgt. Det bemærkes endvidere, at udrulningen af akuttavler indgik som et mål i sundheds-it aftalen, jf. boks 8.4.

#### Boks 8.4.

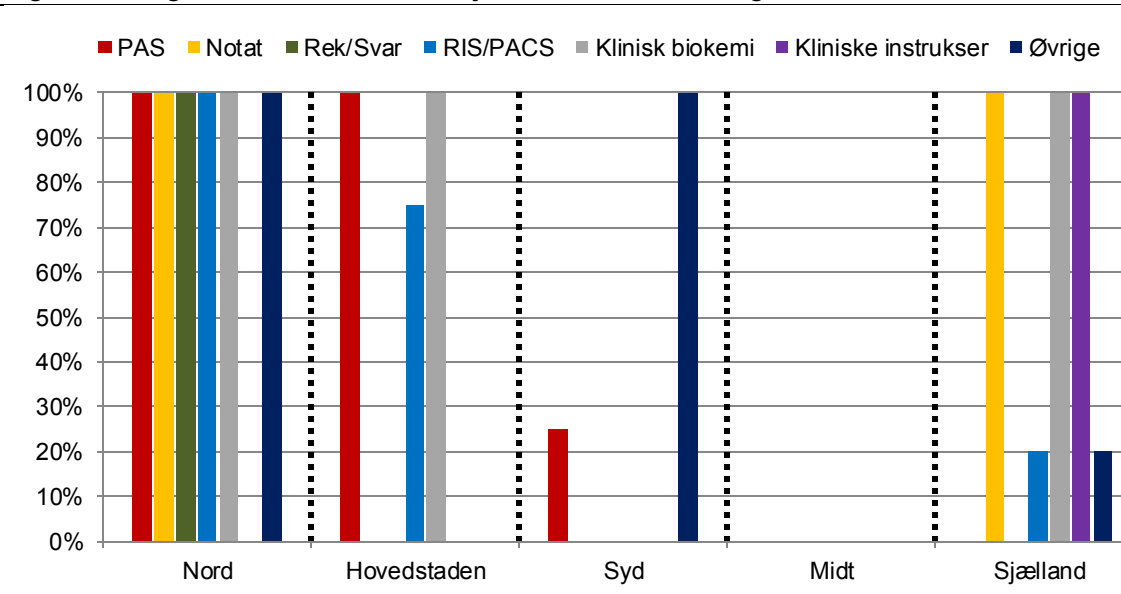
##### Mål/Milepæl 3 fra sundheds-it aftalen vedr. elektroniske akuttavler

2. Regionerne skal udnytte it til at sikre en høj produktivitet og en optimal anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

It-understøttelsen af sygehusenes produktionsplanlægning og logistikfunktioner styrkes, bl.a. ved at alle større fælles akutmodtagelser har fuldt overblik over kapacitet og ressourcer via elektroniske tavler inden udgangen af 2011.

Det er undersøgt, i hvilken grad akuttavlerne er integreret med sygehusets øvrige it-løsninger og i hvilket omfang akuttavler også anvendes til at formidle procesoplysninger om patienterne. Opgørelsen viser, at akuttavlerne i varierende grad er integreret med de bagvedliggende systemer. Integrationen er mest udbredt i Region Nordjylland og i Region Sjælland, mens integrationen er svagest i Region Midtjylland og Syddanmark, jf. figur 8.4.

Figur 8.4. Integration af akuttavler med systemer, andel af afdelinger

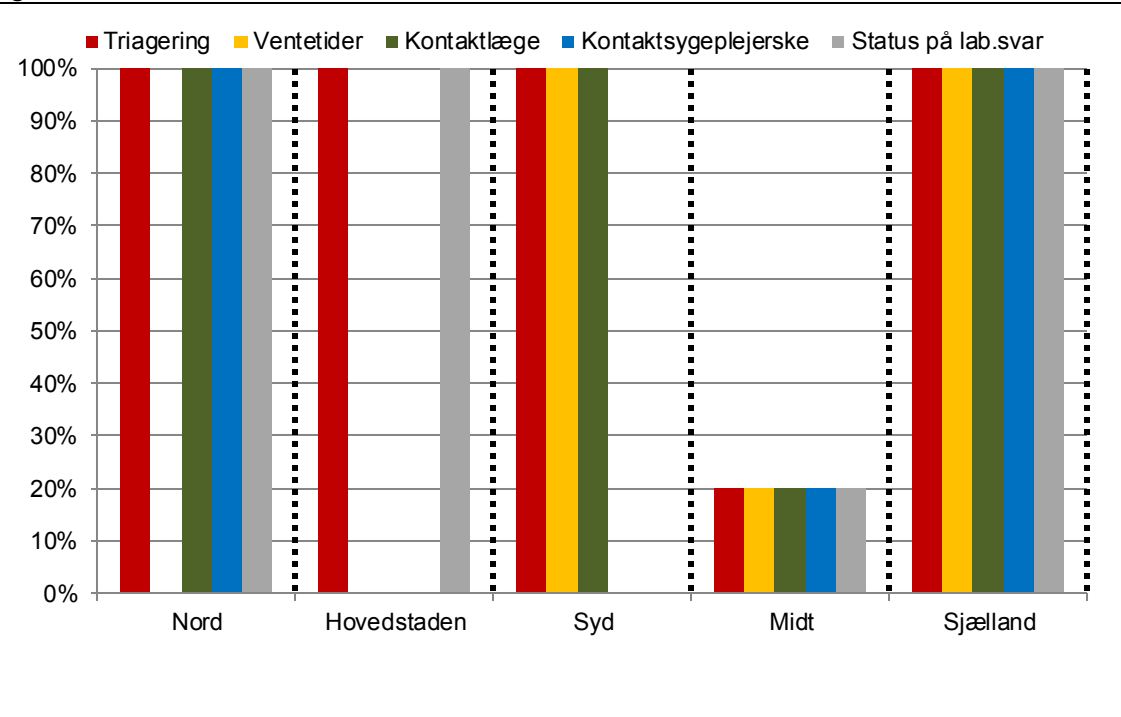


Anm. Opgørelsen viser, antallet af afdelinger, hvor akuttavler er integrerede med det pågældende system i procent af alle afdelinger med akuttavler. Integration til mikrobiologi eller patologi fremgår ikke af figuren. Ingen regioner har en sådan integration. Det bemærkes, at Region Midtjylland i oktober 2012 har afsluttet et udbud af it-understøttelse af den kliniske logistik, hvor relevant systemintegration er et centralt krav.

Kilde: Next Puzzle

Samtidig giver akuttavlerne i varierende grad oplysninger om en række proceselementer om patienterne på sygehusene. Brugen af akuttavler til præsentation af procesoplysninger er mest udbredt i Region Sjælland og i Region Nordjylland, mens udbredelsen er mindst i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, jf. figur 8.5.

**Figur 8.5. Udbredelse af brugen af akuttavler til præsentation af proceselementer, andel afdelinger**



Anm: Indikatoren viser antallet af afdelinger, hvor de pågældende proceselementer er understøttede i procent af alle afdelinger med akuttavler.

Kilde: Next Puzzle

Opgørelsen indikerer, at der på tværs af regionerne er forskelle i den måde, som akuttavlerne i dag understøtter den daglige kliniske logistik og dermed i måden hvorpå oplysningerne fra akuttavlerne indgår i det daglige arbejde på sygehusene. Dermed kan der i flere regioner fortsat være et potentiale for sikre bedre og mere integreret brug af tavlerne i det daglige arbejde, bl.a. med henblik på at sikre mere ensartet understøttelse af arbejdsgange og patientbehandling.

Opgørelsen illustrerer samtidig forskelle i måden, hvorpå regionerne har arbejdet med at opfylde sundheds-it aftalens mål om udbredelsen af akuttavlerne. Det skal i den forbindelse bemærkes, at udbredelsen af sammenhængende kliniske it-arbejdspladser i flere regioner også indebærer en tættere integration af akuttavlerne med de øvrige it-løsninger.

### Færdigregistrering af patienter

Med henblik på at give en indikation af, i hvilket omfang regionernes it-arbejdspladser er indarbejdet i de kliniske arbejdsgange og understøtter patientbehandlingen, er der defineret en indikator for graden af færdigregistrering af patienter ved udskrivelse. Færdigregistrering af patienter viser, i hvilken grad patienters procedurer, dvs. operationer, behandlinger, anæstesi m.v., er færdigregistrerede samme dag eller dagen efter, at de gennemføres. Dermed undersøges det, i hvilket omfang sygehusenes registrering er tidstro ift. aktiviteterne i patient-forløbet og indikerer dermed, i hvilket omfang systemanvendelsen er integreret i de kliniske arbejdsgange.

Ligesom graden af færdigregistrering kan belyse, i hvilket omfang arbejdsgangene på det enkelte sygehus er digitalt understøttet, har tidstro og afsluttet registrering af patienten også betydning for, at pati-

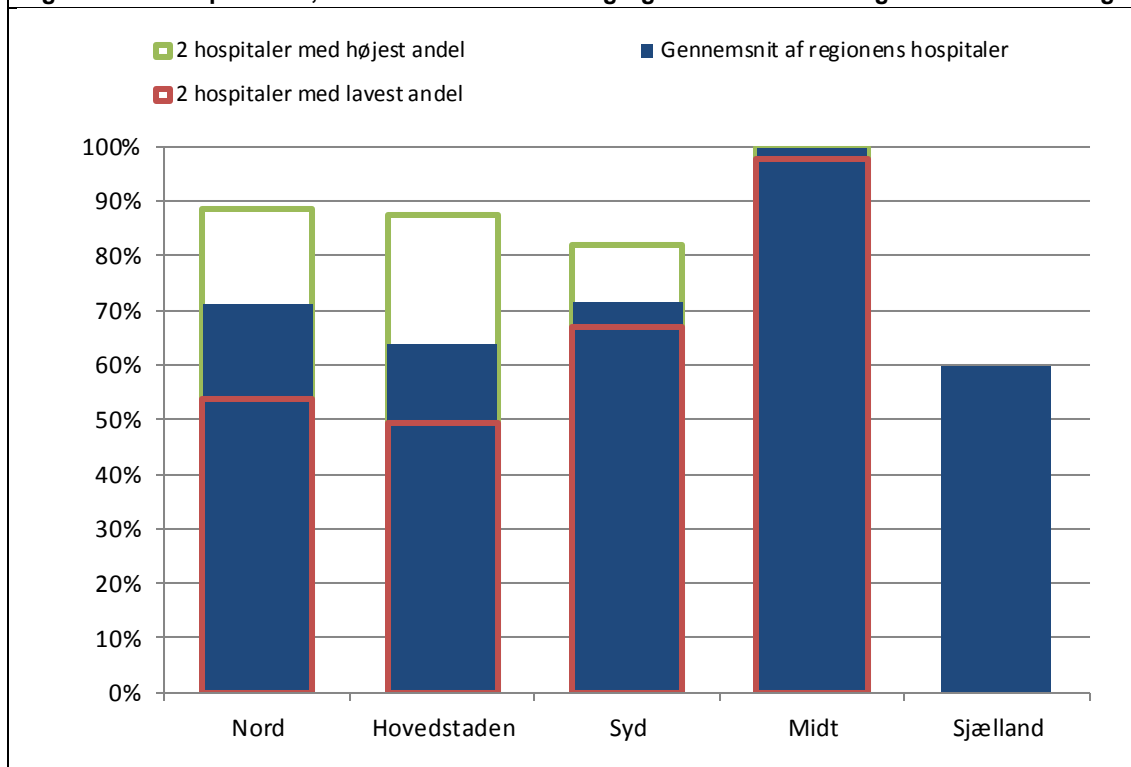
entoplysninger kan anvendes andre steder i sundhedsvæsenet, fx i de tilfælde hvor patientforløbet fortsætter på andre sygehuse eller i kommunalt regi – eller hvor patienten genindlægges kort efter udskrivning.

Opgørelsen er foretaget som et udtræk af alle patienter opereret en given ugedag i uge 34 i 2012, hvor der er foretaget en opgørelse af, hvor mange procedurer vedrørende aktiviteten den pågældende dag, der 5 uger senere er registreret i de udtrukne patienters journaler. Det er herefter undersøgt, hvor mange af disse procedurer, der allerede var registreret i journalen dagen efter den pågældende dag i uge 34.

Opgørelsen viser, at andelen af udskrevne patienter, som er færdigregistrerede senest dagen efter udskrivningen, ligger på knap 100 pct. i Region Midtjylland på tværs af sygehuse og afdelinger. I de øvrige regioner ligger niveauet mellem 60 og ca. 70 pct. i gennemsnit.

Opgørelsen viser desuden, at spredningen mellem de enkelte hospitaler er relativt stor, særligt i Region Nordjylland og Region Hovedstaden. På de hospitaler, som er hurtigst til at færdigregistrere, udgør en andelen 100 pct., mens niveauet for de hospitaler, som bruger længst tid, udgør ca. 50 pct. jf. figur 8.6.

**Figur 8.6. Andel patienter, som er elektronisk færdigregistrerede senest dagen efter udskrivning**



Anm: Den blå søjle viser gennemsnittet for alle regionens hospitaler. Den røde streg på tværs viser niveauet for de to hospitaler, som har den laveste andel i regionen, mens den grønne streg viser niveauet for de to hospitaler i regionen med den højeste andel. For region Sjælland har data ikke kunnet opgøres på de enkelte hospitaler. For region Syddanmark er data baseret på 2 af regionens 4 sygehuse. Indikatoren for Region Midt anvender udtræk fra den 1. oktober, da der teknisk ikke har været mulighed for at tage afsæt i datoer før dette tidspunkt. Der er set bort fra den efterregistrering af yderligere oplysninger, der sædvanligvis forekommer efter tidspunktet for færdigregistrering.  
Kilde: Next Puzzle

Det vil ikke være muligt at nå en færdigregistreringsgrad på 100 pct. i alle tilfælde, da der sædvanligvis vil skulle efterregistreres svar på prøver m.v., som først er fremkommet efter udskrivning af patienten.

Med disse forbehold in mente viser opgørelsen stor variation i sygehusenes registreringspraksis. Det er samtidig vurderingen, at den høje færdigregistrering i Region Midtjylland afspejler, at der i regionen har været fokus på at sikre, at registreringerne har et højt kvalitetsniveau. På baggrund af oplysninger indhentet i forbindelse med opgørelsen kan det konstateres, at kun Region Midtjylland systematisk foretager denne type af udtræk og dermed følger op på den elektroniske registreringspraksis.

Samtidig vurderes opgørelsen at afspejle, at Region Midtjyllands EPJ-løsning er på et modenhedsniveau, der er højere end andre regioners systemer og i højere grad er integreret som en understøttelse af de kliniske arbejdsgange på sygehusene.

### **Vurdering**

Analysen og arbejdet med at formulere indikatorer i samarbejde med regionerne har vist, at der er forskel i den måde, som it-systemerne anvendes og dermed understøtter arbejdsgange og patientbehandlingen på sygehuset. Integrationen af akuttavlerne til øvrige it-løsninger og til præsentation af proceselementer er mest udbredt i Region Sjælland og Region Nordjylland, mens udbredelsen oplysninger fra tavlerne til andre medier er størst i Region Syddanmark og Region Sjælland. Samtidig viser opgørelsen, at andelen af udskrevne patienter, som er færdigregistrerede senest dagen efter udskrivningen, ligger på knap 100 pct. i Region Midtjylland, mens niveauet i de øvrige regioner i gennemsnit ligger mellem 60-70 pct.

Dette indikerer, at der på tværs af regioner kan være betydelige gevinster at hente i patientbehandlingen ved at sikre bedre og mere ensartet brug.

Processen omkring fastsættelsen af indikatorerne og tilgængeligheden af data for anvendelsen af it-systemerne i regionerne har endvidere illustreret, at regionerne hidtil kun i begrænset omfang har arbejdet systematisk med at monitorere og sætte mål for anvendelsen.

Inden for rammerne af denne evaluering har det således ikke været muligt at opstille indikatorer, der belyser kernefunktionerne i den kliniske it-arbejdsplads. Dette er fx med til at vanskeliggøre muligheden for, at der på regionsniveau udarbejdes systematisk ledelsesinformation om anvendelsen af de it-systemer, der er til rådighed på sygehusene. Det er således ikke muligt at afdække, i hvilket omfang regionernes systemer anvendes i praksis eller om hidtidige manuelle arbejdsgange videreføres.

Dermed begrænses muligheden for at foretage systematiske opgørelser over effekter og gevinster ved it-systemerne, fx knyttet an til øget behandlingskvalitet, bedre udnyttelse af klinikernes tid mv.

Samlet set viser det, at der i regionerne er fokus på teknisk implementering af it-systemer, jf. også afsnit 8.2.1., men at målopfyldelsen vedrørende konsolidering af EPJ-landskaber og etablering af kliniske it-arbejdspladser ikke i samme omfang ses modsvaret af systematiske effektmål og dokumentation for faktisk anvendelse på sygehusene i alle regioner. Det hænger bl.a. sammen med, at konsolideringen i sig selv er en stor opgave, og at det er vanskeligt at formulere relevante og dækkende indikatorer. Men det peger også på, at der er potentiale for større fokus og samarbejde mellem regionerne om benchmarking af anvendelse og effekt fremadrettet.

Dermed vanskeliggøres muligheden for at foretage en systematisk vurdering af, hvorvidt de forudsatte gevinster, som fuld anvendelse af systemerne potentielt medfører, bliver indhøstet, herunder understøttelse af patientbehandlingen, klinikernes arbejdsgange, tidsforbrug.

Samtidig indikerer det, at beslutningsgrundlaget for de ret betydelige løbende investeringer i sundheds-it fremadrettet kan styrkes ved, at regionerne i højere grad systematisk opstiller indikatorer og mål for effekt knyttet til sundheds-it, fx knyttet til patientbehandling og arbejdsgange.

### 8.2.3 Vurdering af IT-understøttelsen af sammenhængende patientforløb

Velfungerende it-systemer er et centralt redskab til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, herunder sygehusets samarbejde med de øvrige parter i sundhedsvæsenet. Klarhed om arbejdsopgaver og adgang til relevante data på tværs af sektorer bidrager til at styrke kommunikation og koordinering mellem de parter, der er involveret i behandling, genoptræning, pleje mv.

Der er etableret en række løsninger, der skal sikre bedre adgang til relevante patientdata på tværs af regioner, kommuner og praktiserende læger. Nedenfor vurderes udbredelse og brug af tre systemer:

1. Udbredelsen af MedCom-standarderne til tværssektoriel kommunikation
2. Brugen af Fælles Medicinkort
3. Brugen af e-Journalsystemet

Desuden vurderes de juridiske barrierer for bedre it-understøttelse af sammenhængende patientforløb.

Det bemærkes, at af telemedicinske løsninger og lokale kronikerprojekter, der tilsvarende har til formål at sikre sammenhængende patientforløb, behandles i kapitel 5 vedr. patientrettet forebyggelse.

#### MedCom-standarderne til tværssektoriel kommunikation

Der er gennem de seneste 15 år opbygget en solid og robust infrastruktur omkring de såkaldte MedCom-kommunikationsstandarder, der benyttes til elektronisk udveksling af recepter, henvisninger, udskrivningsbreve og andet beskedbaseret kommunikation mellem sundhedsvæsenets parter.

Regionerne har i sundheds-it aftalen forpligtet sig til at have alle MedCom-beskeder fuldt udrullet på alle sygehuse inden udgangen af 2012, jf. boks 8.5.

#### Boks 8.5.

##### Mål/Milepæl 4 vedr. udbredelse af MedCom-standarderne

*4. Al relevant kommunikation mellem sundhedsvæsenets parter skal kunne foregå digitalt.*

Inden udgangen af 2012 er alle MedCom standarder fuldt udbredt på samtlige regionernes sygehuse

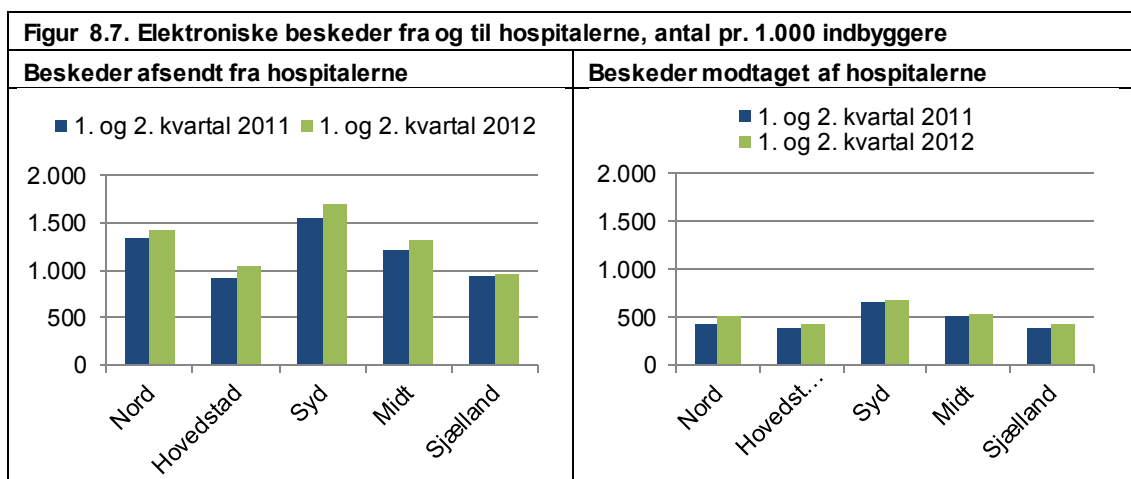
Regionerne har prioriteret målsætningen til at omfatte 25 specifikke meddelelser, som skal være færdigtestet, implementeret og fuldt ibrugtaget inden udgangen af 2012. Danske Regioner har oplyst (september 2012), at de 25 specifikke meddelelser er fuldt udbredt på alle sygehuse inden for denne frist, men at der er udeståender i forhold til beskeder om fødselsanmeldelse og sygehus-hjemmepleje kommunikation.

Ligeledes fremgår det af handlingsplanen for den fælleskommunale digitaliseringsstrategi 2011-2015, at kommunerne forventer at have hovedparten af de kommunalt rettede MedCom-beskeder implementeret inden udgangen af 2012. Dette omfatter bl.a. 100 pct. udbredelse af beskeder sendt mellem praksis og kommuner, 80 pct. udbredelse af elektroniske genoptræningsplaner og sygehus/kommune beskeder på

plejeområdet og 80 pct. udbredelse af LÆ-blanketterne, som anvendes i det socialmedicinske samarbejde mellem kommuner og læger.

Med henblik på at belyse it-understøttelsen af sammenhængende patientforløb og som led i opstillingen af indikatorer for brugen af it på sygehusene, jf. afsnit 8.2.2., er der på baggrund af oplysninger fra MedCom foretaget en opgørelse over status for brugen af MedCom-beskederne. Opgørelsen viser, at antallet af elektroniske beskeder både til og fra hospitalerne i alle regioner er steget fra 2011 til 2012.

Det fremgår endvidere, at niveauet for omfanget af digitale beskeder varierer mellem regionerne, hvor Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Midtjylland for afsendte og modtagne beskeder ligger højere end de to østdanske regioner, jf. figur 8.7.



Kilde: Next Puzzle

Der er dernæst lavet en opgørelse af den digitale kommunikation mellem hospitaler og kommuner, der udgør en delmængde af den samlede elektroniske kommunikation til og fra hospitalerne. Opgørelsen viser, at hyppigheden af digitale beskeder mellem kommuner og hospitaler er højere i region Syddanmark og Region Nordjylland end i de øvrige regioner, jf. figur 8.8.

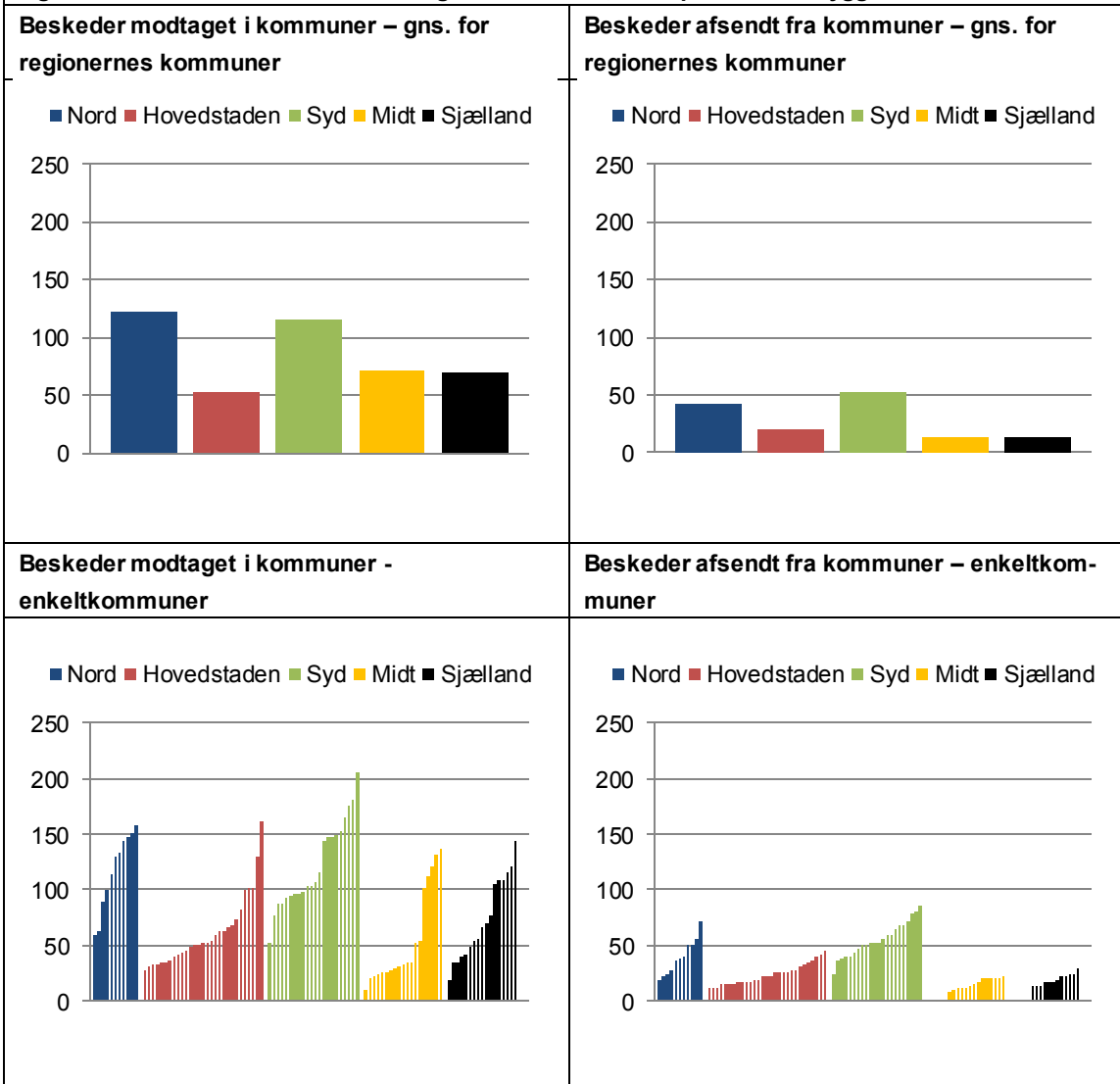
Samtidig viser data for kommunernes brug af digitale beskeder inden for den enkelte region, jf. den nederste halvdel af figur 8.8, endvidere meget stor spredning i omfanget af kommunernes digitale kommunikation. Ses på omfanget af modtagne beskeder, er der op til en faktor 8 i forskel mellem kommuner med lave og høje niveauer. Hertil kommer, at der i ca. 10 kommuner ikke er afsendt elektroniske beskeder til hospitalerne i den undersøgte periode.

Det fremgår endvidere, at spredningen er forskellig fra region til region. Således er kommunerne i Region Syddanmark og Region Nordjylland mere homogene<sup>108</sup> med hensyn til brugen af digital kommunikation med hospitalerne end kommunerne i de øvrige tre regioner.

Det fremgår desuden, at kommunerne generelt modtager flere beskeder fra hospitalerne, end de afsender til hospitalerne; jf. den venstre og højre halvdel af figur 8.8.

<sup>108</sup> Standardafvigelsen udgør 29 pct. i Nord, 34 pct. i Syd, 53 pct. i Sjælland, og 60 pct. i både Hovedstaden og Midt.

**Figur 8.8. Elektroniske beskeder fra og til kommuner, antal pr. 1.000 indbyggere**



Anm.: Data angiver summen af antallet af beskeder pr. 1000 indbygger i juni, juli og august 2012

Kilde: Next Puzzle og MedCom

Den udbredte brug af beskederne i Region Syddanmark vurderes at afspejle, at regionen i flere år har gjort en stor indsats for at sikre fuld digitalisering af den beskedbaserede kommunikation, bl.a. i forbindelse med regionens Sam:Bo-samarbejde, jf. boks 8.6.

**Boks 8.6.**

**Digital understøttelse af samarbejde og kommunikation: Sam:Bo i Region Syddanmark**

Samarbejdsaftalen om indlæggelses- og udskrivningsforløb i Region Syddanmark (Sam:Bo), der har været i drift siden 2007, er et eksempel på, at it og elektronisk kommunikation kan understøtte veldefinerede aftaler om organisatorisk tværsektorielt samarbejde om den enkelte patient. Sam:Bo beskriver procedurer og beskedformater, der skal sendes mellem sygehuse, praksis og kommuner i regionen i forbindelse med konkrete patientforløb og rammesætter dermed hvordan parterne skal samarbejde og kommunikere med hinanden digitalt, ligesom der stilles rammer for organisation og uddannelse. Det gælder fx behandlingsforløb under 24 timer, der indeholder detaljerede beskrivelser af procedurer ved-



rørende:

1. Kommunikation ved indlæggelse
2. Kommunikation til kommunen for patienter, der er kendte i det kommunale omsorgssystem
3. Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb
4. Kommunikation ved forberedelse af udskrivning
5. Kommunikation ved udskrivning

Region Syddanmark beskriver en række fordele ved Sam:Bo, herunder:

- Ved overdragelse af ansvar for behandling og pleje ved indlæggelse og udskrivning er det muligt, at data om borgere/patienter hurtigt, sikkert og effektivt kan overleveres elektronisk til den part, der aktuelt har ansvar for borgerens/patientens videre forløb
- Data kan genbruges og sendes på tværs af sektorerne direkte ind i modtagerens it-system.

Et centralt element i den elektroniske kommunikation er strukturerede og semi-strukturerede beskeder via Medcoms korrespondancemodul. Med Sam:Bo er det præciseret, hvilke informationer beskederne skal indeholde og dermed hvilke handlinger, der skal gennemføres af de enkelte parter i forløbet.

Kilde: Region Syddanmark

Som led i opgørelsen af beskederne er det samtidig undersøgt, om der er en sammenhæng mellem kommunestørrelse og omfanget af modtagne beskeder i kommunerne fra hospitalerne. En sådan sammenhæng kan ikke eftervises.

Den store variation imellem kommunerne, også internt i hver region, bidrager til at vanskeliggøre optimerede, ensartede og standardiserede samarbejdsformer mellem sygehuse og kommuner, da der for hver kommune kan være forskellige muligheder for at udveksle informationer med sygehuset digitalt. På det enkelte sygehus kan kommunikationsformen med kommunerne derfor variere alt efter hvilken kommune, kommunikationen sker med. Dette kan bidrage til at skabe uhensigtsmæssige arbejdsgange og samtidig skabe usikkerhed om koordineringen af patientforløb mellem sygehus og kommune.

### Fælles Medicinkort

Det blev i september 2009 besluttet at udbrede et fælles nationalt elektronisk medicinkort, der skal give alle klinkere i sundhedsvæsenet adgang til opdaterede informationer om en patients aktuelle medicinering, jf. boks 8.7.

#### Boks 8.7.

##### Fælles Medicinkort

Det Fælles Medicinkort er et centralt it-system, som opbevarer alle borgeres medicinoplysninger i et nationalt medicinregister. Dermed er data altid opdateret og tilgængelige for alle relevante behandlere.

Sundhedspersonalet på sygehuse og praktiserende læger har adgang til systemet gennem lokale it-systemer, mens borgere og patienter har adgang til at se medicinoplysninger via sundhed.dk.

Med løsningen afhjælpes ineffektive, manuelle arbejdsgange ifm. indhentning af en patients medicinoplysninger, hvilket i dag kan foregå pr. telefon, via fax eller ved at patienten selv medbringer medicinen eller en liste over de præparater, som de selv eller hjemmeplejen angiver, at de får.

Etablering og drift de første år er finansieret af staten med 200 mio.kr. fra Fonden for Velfærdsteknologi (tidl. ABT-fonden) fordelt med 100, 80 og 20 mio.kr. til hhv. stat, regioner og kommuner.

NSI er ansvarlig for udvikling og drift af den centrale løsning, mens ansvaret for den lokale implementering er forankret i regioner, kommuner, almen praksis mv.

Når Fælles Medicinkort er fuldt implementeret, vil både borgeren, læger, vagtlæger, tandlæger og andre relevante sundhedspersoner, som har borgeren i behandling, have adgang til opdaterede medicinoplysninger.

Fælles Medicinkort er højt prioriteret af sundhedsvæsenets parter og anses for at være et af de væsentligste initiativer i den fortsatte digitalisering af sundhedsvæsenet. Den fuldt udrullede løsning er et centralt redskab i ambitionen om at skabe bedre sammenhæng mellem sektorerne ved, at der sikres bedre sammenhæng og kvalitet i borgerens medicinske behandling.

Det fremgår af økonomiaftalerne for 2010, at Fælles Medicinkort skulle have været fuldt udrullet i alle regioner, i alle kommuner og hos de praktiserende læger inden udgangen af 2011.

Seneste opgørelse viser, at løsningen er teknisk fuldt implementeret på alle afdelinger på sygehusene i én region, i stor udstrækning er teknisk implementeret på alle sygehusafdelinger i yderligere 2 regioner og ikke anvendes i to regioner. Den tekniske udbredelse i almen praksis varierer på regionsniveau imellem 18,8 og 40,5 pct. Udbredelse blandt praktiserende speciallæger varierer mellem 25,9 og 39,4 pct. I lægevagten er systemet fuldt udbredt i alle regioner, mens den kommunale implementering endnu ikke er igangsat. jf. tabel 8.3.

**Tabel 8.3. Teknisk udbredelse af Fælles Medicinkort, september 2012 (pct.)**

|                    | Andel sygehuse | Andel almen praksis | Andel speciallæger | Andel vagtlæge | Kommuner |
|--------------------|----------------|---------------------|--------------------|----------------|----------|
| Region Hovedstaden | 0,0            | 40,5                | 25,9               | 100,0          | 0,0      |
| Region Sjælland    | 100,0          | 32,9                | 28,4               | 100,0          | 0,0      |
| Region Syddanmark  | 0,0            | 26,3                | 39,1               | 100,0          | 0,0      |
| Region Midtjylland | 83,0           | 18,8                | 36,7               | 100,0          | 0,0      |
| Region Nordjylland | 90,0           | 26,2                | 39,4               | 100,0          | 0,0      |

Note: Fælles Medicinkort har været i anvendelse i Region Hovedstaden, men regionens FMK-løsning er pga. manglende modenhed taget ud af drift og vurderes tidligst at kunne tages i anvendelse igen ultimo 2012. Almen praksis og speciallæger opgjort på ydernummer.

Kilde: NSI

Danske Regioner har oplyst, at fire regioner forventer at have implementeret Fælles Medicinkort på alle relevante sygehusafdelinger inden udgangen af 2012, mens Region Syddanmark først forventer at de sidste to hospitaler i regionen tager systemet fuldt i brug i første halvdel af 2013.

En rundtur gennemført af regionerne i august 2012 viste, at der er forskelle i den måde, som *regionerne* har implementeret Fælles Medicinkort på, bl.a. resulterende i forskelle i svartider, arbejds gange og uensartede brugergrænseflader. I enkelte regioner og på tværs af regionerne gennemføres der nu initiativer, der skal bidrage til øget udbredelse og modenhed af Fælles Medicinkort.

Den langsomme udbredelse i *almen praksis* vurderes at afspejle, at Fælles Medicinkort skal indbygges i de 10 forskellige it-systemer, som benyttes i almen praksis. Således er udbredelsen 100 pct. for enkelte lægepraksissystemer, mens andre lægepraksisleverandører først for nylig har igangsat udrulningen. Danske Regioner forventer, at det nuværende implementeringstempo vil indebære, at de sidste praksislæger i slutningen af 2013 fortsat ikke har taget Fælles Medicinkort i brug.

Desuden fremgår det af seneste overenskomst med PLO, at de praktiserende læger i en region først er forpligtet til at tage systemet i brug, når Fælles Medicinkort er taget i anvendelse på alle sygehuse i regionen. Den enkelte praktiserende læge kan dermed afvente at foretage den tekniske implementering indtil regionen får den tekniske implementering på plads på alle sygehuse.

Forsinkelsen i kommunerne er af KL oplyst at kunne henføres til, at der har været uklarhed over en sikkerhedsløsning, der kan anvendes til de mobile enheder (PDA'er, tablet computere), som anvendes i den kommunale hjemme(syge)pleje ved tilgang til Fælles Medicinkort. KL har i september 2012 fastlagt specifikationer for en sikkerhedsløsning til kommunernes mobile enheder og forventer på den baggrund at kunne iværksætte en bred implementering i kommunerne fra 2014 efter pilottest i 3 kommuner i efteråret 2013. Der er ikke fastsat en dato for, hvornår udbredelse i kommunerne kan forventes afsluttet.

Da en fuldt udrullet og ibrugtaget løsning er en forudsætning for, at de forudsatte gevinster ved at indføre systemet kan indhøstes, er det kritisk for værdien af Fælles Medicinkort, at installationshastighed og ibrugtagning af Det Fælles Medicinkort på såvel sygehuse som i praksissektoren øges væsentligt, og at den kommunale udbredelse og ibrugtagning igangsættes snarest muligt.

Med udbredelsen af Fælles Medicinkort er det samtidig blevet klart, at udrulning af tværsektorielle it-projekter i sundhedsvæsenet nødvendiggør et tættere tværsektorielt samarbejde og stærkere koordinering i forhold til drift og videreudvikling. Hertil kommer, at Fælles Medicinkort skal implementeres i et betydeligt antal it-systemer af forskellige leverandører til forskellige kunder, jf. boks 8.8.

#### **Boks 8.8.**

##### **Gensidige afhængigheder og snitfladeproblematikker i relation til Fælles Medicinkort**

Med udrulningen af FMK, der vurderes at være den hidtil mest ambitiøse og komplekse tværsektorielle it-satsning i det danske sundhedsvæsen, er udfordringer vedr. gensidige afhængigheder og snitfladeproblematikker på tværs af sundhedsvæsenets sektorer blevet tydeliggjort.

Med Fælles Medicinkort er det blevet illustreret, at parterne først opnår de fulde gevinster ved systemet, når alle parter har taget løsningen i brug, bl.a. fordi parterne hver især føder oplysninger ind i systemet, som andre parter skal benytte. Dette understreger behovet for, at der mellem sektorerne sikres tæt koordinering i forbindelse med udbredelse, bl.a. for at sikre den rette timing i forbindelse med ibrugtagningen.

Samtidig har indbygningen af Fælles Medicinkort i en række lokale it-systemer på sygehusene, men især i almen praksis, understreget behovet for, at der lokalt stilles præcise og relevante krav til it-leverandørerne mhp. at sikre ensartede og velfungerende løsninger i alle systemer. Det vurderes samtidig, at der kan sikres mere ensartet og jævn implementering ved, at parterne i højere grad går sammen om at efterspørge løsningerne, fx på tværs af almen praksis eller kommuner.

### e-journal

Siden 2002 er e-journalsystemet rullet ud på de danske sygehuse og til patienter og borgere i Danmark, jf. boks 8.8. Løsningen har været landsdækkende siden 2010. Formålet med e-journal er at dele journalinformationer om borgerne på tværs af landets hospitaler og almen praksis. E-journal er dermed behandlere og borgeres adgang til den samlede journal for patienten uanset, hvilket sygehus de har været i behandling på.

#### Boks 8.8.

##### e-Journal

I e-journal kan borgere, praktiserende læger og sundhedspersoner på tværs af hospitaler og lægepraksis se klinisk relevante data om behandlinger, undersøgelsesresultater og cave-oplysninger fra de offentlige hospitaler i Danmark, hvis der har fundet en behandling sted indenfor de sidste 10 år. Der findes data fra ca. 85 pct. af den danske befolkning i e-journal.

Oplysningerne i e-journal stammer fra hospitalernes elektroniske patientjournaler og -administrative systemer. It-systemerne er forskellige, og det varierer derfor fra region til region, hvilke oplysninger der vises i e-journal. Journaloplysninger kan fx bestå af notater fra skadestue, i patientjournalen og udskrivelsesnotater til praktiserende læge, procedurer (f.eks. indgreb) og diagnoser.

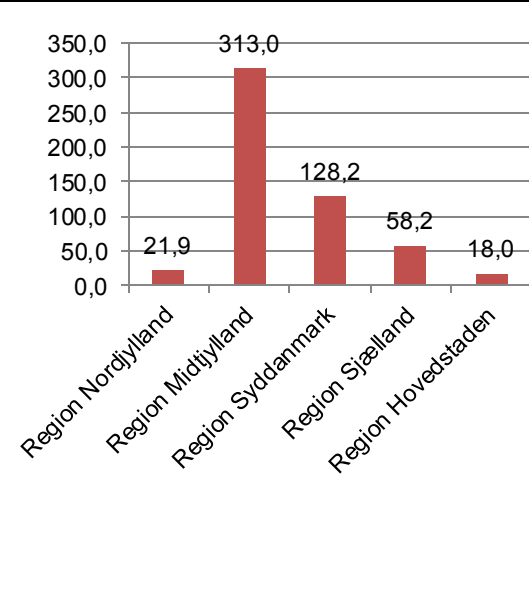
Regionerne har etableret adgang til e-journalen fra de kliniske it-arbejdspladser på sygehusene, og dermed forbedret muligheden for at tilgå patientoplysninger, der opbevares i andre EPJ-systemer, både i samme region eller i andre regioner.

Borgere har adgang til diagnoser, behandlinger og cave for hele perioden, mens notater og undersøgelsesresultater kun vises fra 1/10-2008 (Region Hovedstaden), 1/12-2009 (Region Sjælland), 1/9-2009 (Region Syddanmark og Region Midtjylland) og 15/3-2010 (Region Nordjylland).

Der kan konstateres stor variation i regionernes brug af e-Journal. I Region Midtjylland blev der foretaget opslag i løsningen 313 gange i 2011 for hver 1.000 borgere i regionen, mens det kun skete 18 gange for hver 1.000 borgere i Region Hovedstaden, jf. figur 8.9.

Samtidig er brugen af e-journal koncentreret på opslag fra sygehusene og fra borgere. På trods af at almen praksis har haft adgang til systemet siden januar 2007, er brugen fortsat beskeden. Således har almen praksis kun stået for 0,4 pct. af alle opslag i systemet 2011, jf. figur 8.10.

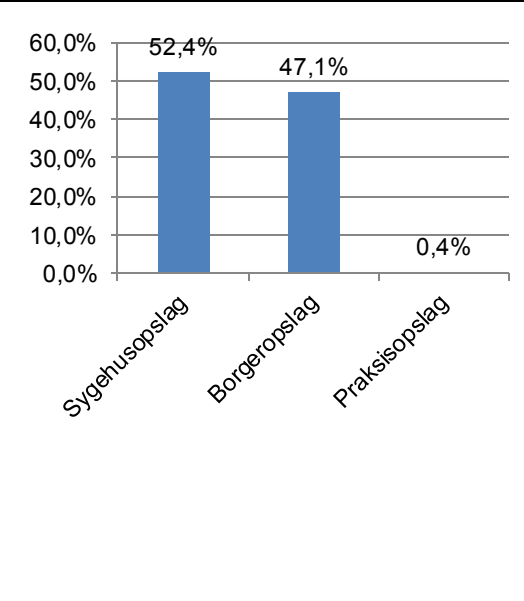
**Figur 8.9. Opslag fra sygehuse i e-Journal pr. 1.000 indbyggere i 2011**



Kilde: MedCom

Note: Et opslag er defineret som en kliniker, der foretager ét opslag på en patient i døgnet.

**Figur 8.10. Fordeling af opslag mellem sygehus, borger og almen praksis i 2011**



Kilde: MedCom

De viste tal for anvendelsen af e-journal er ikke et udtryk for et niveau for den hensigtsmæssige brug af systemet, men variationen på tværs af regioner og på tværs af parterne i sundhedsvæsenet indikerer, at der fortsat er betydeligt potentiale til forbedring af den tværsektorielle kommunikation i sundhedsvæsenet ved at øge brugen af e-journal, både i flere af regionerne og i almen praksis.

Det bemærkes, at behovet for at anvende e-journal i regionerne falder i takt med konsolideringen af regionernes EPJ-landskaber, da der via EPJ-systemerne derved gives direkte adgang til alle oplysninger om en patient *inden* for regionen. Med et fuldt konsolideret EPJ vil e-journal derfor kun være relevant at benytte i de tilfælde, hvor der indhentes oplysninger fra sygehuse uden for regionen. Blandt andet har Region Midtjylland meldt om faldende brug af e-journal i takt med, at MidtEPJ er blevet udrullet til flere sygehuse.

I løbet af 2013 forventes e-Journal videre udbygget til Sundhedsjournalen, der vil vise data fra flere kliniske datakilder - herunder E-Journal, journaloplysninger fra praktiserende læger, Laboratorieportalen, Fælles Medicinkort, Det danske vaccinationsregister og det kommende fællesregionale billedindeks, jf. boks 8.9 og afsnit 8.2.5.

**Boks 8.9. Sundhedsjournalen**

Regionerne udbygger frem mod udgangen af 2013 e-journalen til at blive Sundhedsjournalen, hvorfra der kan opnås adgang til en række patientdata, herunder journalnotater fra sygehuse og praktiserende læger, laboratoriedata, medicin og billeddiagnostiske data.

Sundhedsjournalen forventes fuldt udrullet hos de nuværende brugere af e-journal, dvs. på alle sygehuse og hos praktiserende læger og speciallæger. Som for e-journalen får sundhedsprofessionelle mu-

lighed for at se data i egne lokale it-systemer, mens borgerne kan se deres egne data via sundhed.dk.

Adgangen til patientdata vil på sigt ske via Nationalt Patientindeks, men pga. forsinkelser i Nationalt Patientindeks vil Sundhedsjournalen i den første version være uden anvendelse heraf, jf. afsnit 8.2.5. Det er dermed ambitionen, at Sundhedsjournalen skal fungere som brugergrænseflade for visning af de data, som der kan opnås adgang til igennem indekset.

#### **Juridiske udfordringer vedr. it-understøttelsen af sammenhængende patientforløb**

Som led i sundheds-it aftalen fra juni 2010, jf. afsnit 8.1.1., blev det aftalt, at der fra statslig side skulle arbejdes for at forbedre de lovgivningsmæssige rammer for den videre digitalisering af sundhedsvæsenet, jf. boks 8.10.

#### **Boks 8.10.**

##### **Mål/Milepæl 8 fra sundheds-it aftalen vedr. lovgivningsmæssige rammer for digitalisering i sundhedsvæsenet**

*8. Lovgivningen skal understøtte en effektiv og sikker digitalisering i sundhedsvæsenet.*

Staten vil vurdere juridiske barrierer som bl.a. kan begrænse regionerne i at anskaffe fælles it-systemer og forhindre deling af data. Staten vil i den forbindelse tage initiativ til senest i 2011 at evaluere gældende regler om adgang til patienternes data, bl.a. under hensyntagen til udbygningen af det nationale patientindeks.

Som led i opfyldelsen heraf vedtog folketinget i foråret 2011 en ændring af Sundhedslovens bestemmelser om sundhedspersoners adgang til patientoplysninger. Med lovændringen blev antallet af faggrupper, der har adgang til patientoplysninger, udvidet til også at omfatte tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer og ambulancebehandlere.

Tilsvarende blev der med Folketingets vedtagelse af L 139 den 8. juni 2012 etableret lovgivningsmæssige rammer for etablering og drift af et nationalt patientindeks, jf. også afsnit 8.2.5.

Det er vurderingen, at der fortsat kan være andre lovgivningsmæssige barrierer i forhold til ambitionen om at it-understøtte et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor eksisterende patientoplysninger kan tilgås på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Danske Regioner har oplyst, at det lokalt kan give tekniske udfordringer at leve op til Persondatalovens bestemmelser om, at den dataansvarlige skal træffe nødvendige organisatoriske og tekniske foranstaltninger til sikring af, at data ikke slettes, forvanskes eller misbruges.

Samtidig har Danske Regioner oplyst, at lovgivningen er til hinder for, at data fra centrale registre, herunder oplysninger i den centrale Fælles Medicinkort database må anvendes til kvalitetsarbejde, implementeringsredskab eller opfølgning i regioner, kommuner eller praksis. Efter Danske Regioners vurdering bør lovgivningen gøre det muligt, at relevante parter får muligheden for at trække data, der kan kobles med organisationernes egne data med henblik på ibrugtagning, arbejdsgange, tidstrohed og evt. mulig fejlanvendelse. En åbning i forhold hertil kan efter regionernes vurdering bidrage til bedre styring af ibrugtagning af fælles offentlige systemer og forbedre muligheden for at dele viden og igangsætte målrettede indsatser for tværsektoriel kommunikation.

Der henvises endvidere til afsnit 8.2.4. vedr. udbudsregler og udbredelsen af fælles regionale it-løsninger.

## Vurdering

Det er samlet vurderingen, at der fortsat er et betydeligt potentiale i at forbedre it-understøttelsen af sammenhængende patientforløb ved at styrke udbredelse og ibrugtagning af de løsninger, der allerede findes i sundhedsvæsenet.

Således viser opgørelser af brugen af MedCom beskederne til elektronisk stor variation i brugen af Medcom-kommunikationsstandarder på tværs af regioner og kommuner og mellem kommunerne internt i hver region. Dette vurderes bl.a. at være en barriere for ensartet kommunikation og behandlingsforløb mellem sygehuse og kommuner.

Tilsvarende er det fortsat vanskeligt at få Fælles Medicinkort udbredt i den hastighed, som var forudsat ved projektets igangsættelse. Det er vurderingen, at der i hovedparten af regionerne er lagt planer, der skal sikre fuld teknisk udrulning inden udgangen af 2012, men det er fortsat en udfordring at få sikret fuld og korrekt ibrugtagning. Tilsvarende er det udfordring at få sat tilstrækkelig tempo på udrulningshastigheden i almen praksis, bl.a. som følge af et stort antal it-leverandører, og især i kommunerne, hvor en bred implementeringsindsats først forventes at kunne igangsættes i 2014.

Endelig vurderes det, at der på trods af de seneste ændringer i lovgivningen på sundhedsområdet, bl.a. udvidelsen af kredsene af sundhedspersoner, der har adgang til patientoplysninger, fortsat kan være juridiske problemstillinger i forhold til at sikre bedre it-understøttelse af sammenhængende patientforløb.

### 8.2.4 Vurdering af regionernes samarbejde på sundheds-it området

I afsnittet vurderes det tværregionale samarbejde på sundheds-it området, herunder de organisatoriske rammer og principper, som regionerne har etableret for det fælles regionale samarbejde.

#### Organisatoriske rammer for tværregionalt samarbejde om indkøb, udvikling og drift af fælles it-systemer

Regionerne etablerede i februar 2010 Regionernes Sundheds-it (RSI). RSI har med afsæt i princippet om "følg eller forklar" skabt en organisatorisk ramme for et tættere samarbejde mellem regionerne end tidligere.

RSI-konstruktionen er desuden nævnt i økonomiaftalen for 2011 mellem regeringen og regionerne, jf. boks 8.11.

#### Boks 8.11.

##### Fællesregionalt sundheds-it samarbejde – uddrag af den regionale økonomiaftale for 2011

"Regionerne har ansvaret for konsolidering, udvikling og drift af sundheds-it på sygehusene, herunder elektroniske patientjournaler. Den overordnede it-udvikling foregår indenfor rammerne af den nationale digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet, og styres på grundlag af politisk fastsatte mål og milepæle aftalt i de årlige økonomiaftaler.

Regionerne har i RSI (Regionernes Sundheds It) etableret et tæt og forpligtende samarbejde om udvikling og investering i sundheds-it på sygehusene. RSI skal understøtte regionernes arbejde med den kliniske it-arbejdsplads, herunder:

- sikre konvergens mod fælles it-løsninger, herunder navnlig i relation til den elektroniske patientjournal.

- på alle relevante områder, gennemføre fælles udbud og indkøb, tværregional drift samt fællesregional it-infrastruktur.
- koordinere, at regionale data stilles til rådighed og indberettes til centrale registre via en national infrastruktur efter nationalt fastsatte standarder.”

RSI er bygget op som en bestillerlignende organisation med et sekretariat, der har et årligt budget på ca. 3,0 mio.kr. RSI-samarbejdet ledes af en styregruppe, hvor regionerne og Danske Regioner deltager på koncerndirektørniveau. Styregruppen ledes af en regionsdirektør.

For hvert projekt udpeges en projektledende region, som får mandat til at påtage sig projektledelsen, herunder forestå betjeningen af projektets styregruppe.

Regionerne definerede i foråret 2010 i alt 24 pejlemærker for sundheds-it, som er politisk godkendt i Danske Regioners bestyrelse. Pejlemærkerne udstikker kursen for regionernes indsats på sundheds-it området i perioden 2010-2013. RSI har derudover iværksat yderligere et antal samarbejdsprojekter, som tilsammen udgør den portefølje af projekter, som RSI i dag har ansvaret for.

For at styre det samlede set up har RSI udarbejdet en forretningsmodel, som definerer de styngsmæssige, organisatoriske og økonomiske rammer for, hvordan regionerne samarbejder omkring de af-talte projekter, herunder identificerer og initierer nye projekter. Forretningsmodellen specificerer bl.a., at projekter skal være baseret på en business case, og at der månedligt følges op på projekternes fremdrift i relation til parametrene tid, økonomi og kvalitet.

Porteføljestyringen understøttes af månedlige styregruppemøder, hvor RSI-styregruppen tager stilling til fremdrift, udfordringer og eventuelle korrigerende handlinger. Den månedlige porteføljestatus offentliggøres efter godkendelse på RSI's hjemmeside. Jf. boks 8.12.

#### Boks 8.12. Eksempel på RSIs månedlige porteføljestatus

| ID  | DEADLINE | PEJLEMÆRKER  | STYRING  | STATUS   | FARVE  |
|-----|----------|--|--|--|--------|
| 1.3 | 2013     | Hver region har et <b>konsolideret EPJ-landskab</b> (notat, medicin, rekvisition/svar, booking og PAS).  | Monitorering af 5 regionale implementeringsprojekter.  | Samlet gul status. 1 region melder gul status pga. udestående ift. udrulningsplan. 3 regioner melder grøn status, og 1 region har gennemført pejlemærket.<br>● ● ● ● G | Orange |
| 1.4 | 2013     | Hver region har udbygget sit EPJ-landskab til en <b>klinisk it-arbejdsplads</b> , hvorfra der er adgang til de væsentligste parakliniske informationer (RIS/PACS, mikrobiologi, klinisk/kemisk og patologi). | Monitorering af 5 regionale implementeringsprojekter.  | Samlet grøn status. 3 regioner melder grøn status og 2 regioner har gennemført pejlemærket.<br>● ● ● ● G G   | Grøn   |
| 1.5 | 2013     | Regionernes sygehuse <b>har nem og hurtig adgang</b> til alle væsentlige systemer fra den kliniske it-arbejdsplads (bl.a. single sign on).   | Monitorering af 5 regionale implementeringsprojekter. Endvidere har Region Midtjylland været projektledende region ift. at definere "Nem og hurtig adgang". Definition blev godkendt af RSI-styregruppen 03-05-2012. | Samlet gul status. 1 region melder gul status pga. udestående vedr. bemanning. 3 regioner melder grøn status. 1 region har gennemført pejlemærket.<br>● ● ● ● G        | Orange |
| 2.5 | 2012     | <b>Teletolkning</b> stilles til rådighed for alle  | Monitorering af 5 regionale implementeringsprojekter.  | Gul status pga. begrænset fremdrift. RSI-  | Orange |

#### Resultater af det fællesregionale samarbejde på sundheds-it området



RSI har oplyst, at der er gennemført 13 af de 24 pejlemærker, som regionerne opstillede på sundheds-it området. Det vigtigste vurderes at være:

- Regionernes sygehuse har elektroniske tavler på alle større fælles akutmodtagelser, jf. også afsnit 8.2.
- Alle regionernes sygehuse kan levere relevante data fra PAS og EPJ til e-journalen, og alle sygehuse har adgang til e-journalen via den kliniske it-arbejdsplads, jf. også afsnit 8.2.3.
- Regionerne har indgået aftale om, at de praktiserende læger og speciallæger stiller data til rådighed for e-journalen og sidenhen Sundhedsjournalen.

I samme periode har regionerne gennemført følgende fælles anskaffelsesprojekter:

- Indkøb af et fællesregionalt billedindeks, som via den kliniske it-arbejdsplads giver klinikere adgang til de enkelte regioners billedmateriale inden for og mellem regionerne.
- Fælles indkøb af præhospital patientjournal, der forventes gennemført inden udgangen af 2012. Dermed får alle regioner samme præhospital patientjournal.
- Fælles udbud af et nyt administrationssystem til alle landets sygehusapoteker.

Det vurderes, at ovenstående anskaffelser udgør en begrænset andel af regionernes årlige it-udgifter på ca. 2,1 mia.kr., heraf ca. 600 mio.kr. til investeringer.

Det bemærkes i forlængelse heraf, at regionerne oplever, at udbredelsen af velfungerende it-løsninger fra en region til de øvrige regioner i flere tilfælde forsinkes eller bremses pga. udbudsmæssige forhold. Det drejer sig bl.a. om en ambulancejournal, der i en årrække har været benyttet i Region Nordjylland, og som er integreret med journalsystemer og akuttavler på sygehusene. Udbredelsen til andre regioner har forudsat gennemførelsen af et udbud, hvilket har forsinket udbredelsen.

Der er eksempler på fællesregionale pejlemærker/projekter, som enten delvist eller slet ikke har nået de forventede mål:

- Ovenfor nævnte billedindeks skulle have været i drift i alle regioner inden udgangen af 2012, men er forsinket i tre regioner. Den sidste region forventes først på løsningen ved udgangen af 2013.
- Regionerne har måttet renoncere på planerne om at gennemføre et *fælles udbud på bookingområdet*. Under forberedelserne kunne det konstateres, at et fælles udbud på et isoleret EPJ-modul ikke var foreneligt med en række regioners ønske om at udbyde bookingfunktionalitet som en del af en større samlet it-løsning, der indeholder flere moduler end blot booking (dvs. en såkaldt suite).

Samtidig har regionerne i regi af RSI-samarbejdet konstateret et behov for ensartede retningslinjer for systemforvaltning af fælles it-løsninger, herunder drift, vedligehold og videreudvikling af systemerne.

Derfor har regionerne etableret en styringsmodel for systemforvaltning af fællesregionale it-løsninger, der bl.a. skal understøtte, at der etableres en tværgående koordination og prioritering af de it-løsninger, som regionerne driver i fællesskab, herunder sikre en effektiv beslutningsproces.

### **Planer og roadmaps for udviklingen frem mod udgangen af 2013**

Nedenfor gennemgås regionernes overordnede fremadrettede planer for indkøb, udvikling og drift af fælles it-systemer frem mod udgangen af 2013. Planerne ligger i forlængelse af planer for etableringen

af sammenhængende kliniske it-arbejdspladser, udbredelse af Fælles Medicinkort mv., som er gennemgået ovenfor.

Med henblik på at styrke samarbejdet mellem sygehus og almen praksis vil regionerne etablere en sundhedsjournal, der på tværs af de regionale systemer give adgang til de væsentligste kliniske data (journal, medicin, laboratorie, cave og billeddiagnostiske data), jf. boks 8.9. ovenfor.

For at it-understøtte patientempowerment vil regionerne afdække mulighederne for at etablere det fælles projekt "Patientens område". Projektet indebærer, at der på sundhed.dk etableres en selvbetjeningsløsning, hvor patienten får mulighed for at forholde sig til eget sygdoms- og behandlingsforløb, herunder mulighed for at videreformidle egne oplevelser samt relevante stamdata til brug for behandlingsforløbet.

På det *telemedicinske område* deltager regionerne i flere projekter, som indgår i den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin, jf. kapitel 5 vedr. patientrettet forebyggelse.

Projekterne gennemføres som led i opbygningen af en fælles infrastruktur for kommende telemedicinske løsninger. Projekterne skal endvidere bidrage til at dokumentere de telemedicinske løsningers forretningsmæssige effekter, herunder omlægning af arbejdsgange.

Derudover har regionerne lagt følgende planer om indkøb og drift af fælles it-systemer:

- *Sygesikringsområdet*, hvor regionerne har besluttet, at de i samarbejde med kommunerne går i fælles udbud på et nyt fælles system til administration af tilskud fra sygesikringen. Det nye system skal erstatte den nuværende løsning, der ikke længere er tidssvarende.
- *Tarmkræftscreening*, hvor regionerne planlægger en fælles anskaffelse af et indkaldelses- og administrationsmodul til screeningsprogrammet, som bl.a. benytter de fælles offentlige fjernprint og Digital Post løsninger.
- *Lægens Uddannelsesbog*, hvor regionerne har besluttet at anskaffe et fælles webbaseret system til at dokumentere uddannelseslægers kompetencer, som skal benyttes af samtlige læger i basis- og speciallægeuddannelse mhp. at opnå autorisation fra Sundhedsstyrelsen.

Samtidig vil regionerne i løbet af 2. halvår 2012 udarbejde en fælles regional strategi for it-understøttelse af sundhedsvæsenet. Strategien vil være den første fælles regionale it-strategi på sundhedsområdet.

Strategien skal give regionerne et grundlag for at kunne prioritere nye relevante pejlemærker for periode 2014-2016. Derudover skal strategien hjælpe regionerne til at kunne indgå som afklaret part i de øvrige nationale strategiproceser, der gennemføres på sundheds-it området i den nærmeste fremtid.

### **Vurdering**

Det er samlet vurderingen, at regionerne i regi af RSI har etableret organisatoriske rammer, der bidrager til tættere tværregionalt samarbejde og koordination på sundheds-it området end hidtil. Der vurderes dog samtidig at være potentiale for at styrke dette samarbejde yderligere.

Det kan samtidig konstateres, at 13 af de 24 pejlemærker for sundheds-it udviklingen, som RSI lancerede i 2010 er gennemført. Dette vurderes hovedsagelig at være på områder, hvor pejlemærkerne omfatter it-tilpasninger i de enkelte regioner, fx som led i etableringen af sammenhængende kliniske it-arbejdspladser, og pejlemærker, der omfatter udarbejdelsen af strategier og planer på tværs af regionerne.

Hovedfokus vurderes desuden at være lagt på anskaffelse og udvikling af it-systemer, mens der ud over nylige initiativer vedr. ibrugtagning af Fælles Medicinkort ikke ses at være igangsat initiativer, der skal bidrage til den faktiske anvendelse af it-løsningerne i regionerne, herunder for eksempel i relation til den kliniske it-arbejdsplads.

Det er samtidig vurderingen, at der ikke i tilsvarende grad er sikret fremdrift i arbejdet med at sikre konvergens mod fælles regionale it-løsninger. Regionerne har i perioden i fællesskab anskaffet et fælles regionalt billedindeks til udveksling regionernes egne billeddiagnostiske oplysninger og to regioner har i fællesskab et nyt laboratoriesystem, men derudover er der i perioden ikke foretaget fælles regionale indkøb af løsninger, der vedrører funktionaliteterne i den kliniske it-arbejdspladser, jf. definitionen heraf.

Tilsvarende er der siden 2010 ikke udviklet planer for en fælles regional konsolidering af de fysiske lokationer for it-driften inden for regioner og på tværs af regionerne.

#### **Boks 8.13.**

##### **Udbud af ny sundheds-it platform i Region Hovedstaden og Region Sjælland**

Region Hovedstaden og Region Sjælland forventes inden udgangen af 2012 at sende anskaffelsen af en ny platform for sundheds-it i EU-udbud og skaber dermed grundlag for en fælles patientjournal for hele Østdanmark. De øvrige regioner er med på en option, og har dermed indenfor optionsperioden mulighed for at købe samme system. Prisen forventes at blive et større 3-cifret millionbeløb.

Af en pressemeddelelse fremgår det, at den nye it-sundhedsplatform skal erstatte de væsentligste dele i de kliniske it-systemer de to regioner og skabe et grundlag for en fælles patientjournal for hele Østdanmark. Systemet vil omfatte patientadministration, notatskrivning, medicinering, planlægning og booking, bestilling og svar samt opslag i andre kliniske systemer, eksempelvis laboratorie- og røntgen-systemer.

Systemet forventes i pilotdrift i 2014 i Region Hovedstaden og forventes taget i brug primo 2015 i hele Region Sjælland og løbende frem mod ultimo 2016 i resten af Region Hovedstaden.

#### **8.2.5. Vurdering af den statslige indsats på sundheds-it området**

Som nævnt har regionerne ansvar for opgaver vedr. indkøb, udvikling og drift af konkrete it-systemer til sygehusene. I dette afsnit vurderes statens indsats for at etablere rammer for dette arbejde.

Det følger af sundheds-it aftalen fra juni 2010, at sundheds-it indsatsen i Sundhedsministeriets koncern skal samordnes, at der samtidig skal stilles kravensartet og effektiv udveksling af relevante patientoplysninger på tværs af sundhedsvæsenet, og at staten skal forestå udmøntning af konkrete tværgående sundheds-it initiativer, jf. boks 8.14.

#### **Boks 8.14.**

##### **Statslige forpligtelser i sundheds-it aftalen**

"It-opgaverne i de statslige styrelser samordnes i en tværgående koncernorganisering under Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Organiseringen skal, indenfor eksisterende økonomiske rammer, varetage udførende sundheds-it opgaver i staten, herunder:

- konsolidere drift og udvikling af nationale sundhedsregistre og systemer med henblik på mere effektiv og stabil it-drift, fælles udvikling og indkøb samt koordineret kontrakt- og leverandørstyring.
- sikre samarbejde mellem ministeriets institutioner om administrative it-løsninger, herunder ud-

vikle it-understøttelsen af de interne arbejdsprocesser med henblik på kvalitet og effektivitet.

- styrke servicen overfor sundhedsvæsenets parter, herunder smidigt stille relevante tidstro data til rådighed for økonomi- og kvalitetsstyring, standardisere eksterne snitflader til indberetning, sikre stabil drift m.v.

Endvidere skal Indenrigs- og Sundhedsministeriet stille krav til en ensartet og effektiv udveksling af relevante patientoplysninger på tværs af sundhedsvæsenets forskellige systemer, herunder:

- fastsætte standarder for tværsektoriel kommunikation på baggrund af rådgivning fra en national bestyrelse for sundheds-it jf. nedenfor.
- forstå udmøntning af konkrete tværgående sundheds-it initiativer efter aftale herom i de årlige økonomiaftaler og med udgangspunkt i politisk fastsatte mål og milepæle.”

I forlængelse af aftalen og nedlæggelsen af den fælles offentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark blev opgaverne vedr. patientrettet sundheds-it pr. 1. juni 2011 overflyttet til National Sundheds-it (NSI), der blev oprettet som en selvstændig styrelse under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Etableringen indebar bl.a. flytning af it-opgaver fra Sundhedsstyrelsen, den daværende Lægemiddelstyrelse og Statens Seruminstitut.

I starten af 2012 blev det besluttet at samle al sundhedsdokumentation inden for ministerområdet i én organisation. Som led heri blev NSI pr. 1. marts 2012 lagt ind under Statens Seruminstitut sammen med en række dokumentationsopgaver fra Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og ministeriets departement.

Sammenlægningerne har dermed afspejlet, at opgaverne vedr. sundheds-it, dokumentation og forskning og opgaver vedr. sundhedsvæsenets afregningssystemer tidligere har været placeret i flere forskellige dele af Sundhedsministeriets koncern, hvilket har skabt potentiale for styrket koordinering og udnyttelse af synergieffekter på tværs af opgaveområderne.

Med sammenlægningen er alle data for befolkningens sundhedstilstand og data vedrørende aktivitet, økonomi og kvalitet i sundhedsvæsenet samlet på Statens Seruminstitut. Det vurderes, at der derved er skabt et bedre fundament for mere rationel drift med optimering af indsamlingen af oplysninger og skabelsen af én kanal til sikring af dækkende, pålidelig og aktuel information om sundhed.

Tilsvarende har derfor været et hovedhensyn bag flytningen af NSI til Statens Seruminstitut og sammenlægningen med blandt andet driften af de statslige sundhedsregistre fra Sundhedsstyrelsen, at der derved skabes styrkede faglige forudsætninger for at sikre professionel drift af de it-løsninger, som benyttes i det øvrige sundhedsvæsen.

#### **Fastsættelse af it-standarder på sundhedsområdet**

NSI er statslig myndighed med ansvar for at fastsætte nationale standarder og fremme en sammenhængende arkitektur for it-anvendelsen i sundhedsvæsenet. Som led heri og med udgangspunkt i Sundhedslovens § 193 a, der giver ministeren for sundhed og forebyggelse adgang til at fastsætte krav til it-anvendelsen på sundhedsområdet, har NSI i januar 2012 udmeldt en 1. version af et katalog over it-standarder i sundhedsvæsenet. Kataloget omfatter ca. 400 IT-standarder, hvoraf 21 er kategoriseret som obligatoriske at benytte.

Kataloget forventes inden udgangen af 2012 yderligere formaliseret ved, at der i regi Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udmeldes en bekendtgørelse vedr. krav til it-anvendelsen i sundhedsvæse-

net. Bekendtgørelsen forventes at fastslå, at NSI offentliggør og vedligeholder et katalog over godkendte IT-standarder i sundhedsvæsenet samt standarder, der kandiderer til godkendelse. Desuden formaliseres roller, ansvar mv. i forbindelse med standardiseringsarbejdet i overensstemmelse med anbefalingerne i rapporten "Standarder og referencearkitekturer vedr. sundheds-it området", der blev godkendt på et møde i den nationale bestyrelse for sundheds-IT den 15. september 2011.

Endvidere er der i regi af NSI nedsat et rådgivende udvalg vedr. standarder og arkitektur. Det rådgivende udvalg har til formål at sikre, at NSIs vurderinger og indstillinger til den nationale bestyrelse for sundheds-it behandles ud fra såvel politiske, forretningsmæssige som it- og sundhedsfaglige perspektiver.

Det er endnu vanskeligt at vurdere katalogets betydning for udviklingen på sundheds-it området, da den første version af kataloget i overvejende grad er en formalisering af den gældende brug af IT-standarder i sundhedsvæsenet. Det er dog hensigten, at kataloget på sigt kan blive et væsentligt redskab i ambitionen om at sikre en mere koordineret og ensartet udvikling på sundheds-it området i Danmark på tværs af alle sektorer, bl.a. ved at det forud for indkøb og udvikling af nye it-løsninger på tværs af sundhedsvæsenets sikres, at it-løsningerne overholder de krav til anvendelsen af standarder, som er fastsat i kataloget.

#### **Indberetning til og udstilling af data i statslige registre**

Som led i sundheds-it aftalen fra 2010 blev der fastsat to mål/milepæle for statens arbejde med de nationale sundhedsregistre, jf. boks 8.15.

#### **Boks 8.15.**

##### **Mål/milepæl 6 og 7 i sundheds-it aftalen vedr. statslige sundhedsregistre**

*6. Sundhedspersonalet skal nemt og enkelt kunne indberette data til de nationale registre så dobbeltregistreringer i sundhedsvæsenet minimeres.*

Som led i en samlet effektivisering og konsolidering af sundheds-it opgaverne i staten, vil der i 2012 være etableret en fælles model for indberetning og genbrug af data i nationale sundhedsregistre.

*7. Regionerne skal have let adgang til nationale oplysninger, som sikrer en effektiv styring af økonomi og kvalitet i sundhedsvæsenet.*

Staten vil inden udgangen af 2011 sikre, at aktuelle data fra de centrale registre, herunder Landspatientregistret kan stilles hensigtsmæssigt til rådighed for sundhedsvæsenets parter.

Som baggrund for arbejdet med realiseringen af mål/milepæl 6 vedr. en fælles model for indberetning og genbrug af data i nationale sundhedsregistre har der i regi af NSI været gennemført en kortlægning af indberetningsløsningerne til de statslige registre.

På den baggrund har NSI i dialog med Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen udformet et oplæg til beskrivelse af en model for indberetning og genbrug af nationale sundhedsdata. Dialogoplægget har overordnet et to-delt sigte: At effektivisere arbejdsgangene i sundhedsvæsenet og løfte kvaliteten ved at sørge for, at indholdet i de enkelte registre er sammenfaldende. Arbejdet har mundet ud i et roadmap over konkrete initiativer, der skal bidrage til at sikre mere ensartede indberetningsløsninger.

Der er endnu ikke taget konkrete initiativer til at udmønte roadmappet.

Til realisering af mål/milepæl 7 vedr. udstilling af aktuelle data fra centrale registre har regionerne siden november 2011 haft adgang til aktuelle data (rådata) fra Landspatientregistret. Det betyder, at de grunddata, som findes i centrale sundhedsregistre til beskrivelse af aktiviteten på sygehuse, er tilføjet økonomiplysninger for de enkelte leverede ydelser. Dette har forbedret regionernes og sygehuses muligheder for at foretage analyser af aktivitet, økonomi mv.

Der vurderes dog fortsat at være et væsentligt potentiale i at data i de centrale registre i højere grad stilles til rådighed for det øvrige sundhedsvæsen, herunder også bearbejdede data. Det er derfor vurderingen, at der fremadrettet er behov for tættere dialog med regionerne herom.

#### **Udmøntning og drift af tværgående sundheds-it initiativer**

National Sundheds-it udvikler og driver flere større it-projekter på sundhedsområdet, som skal udgøre den centrale infrastruktur for at dele informationer på tværs af sundhedsvæsenet. Nedenfor vurderes arbejdet med at udvikle og drive projekterne med henblik på at sikre et stærkere grundlag og tydeligere retning for det fremadrettede arbejde.

Dette gælder *Fælles Medicinkort*, jf. afsnit 8.2.3. National sundheds-it har ansvar for drift, vedligeholdelse og videreudvikling af den centrale del af Fælles Medicinkort.

Den centrale it-løsning har været i drift i regi af Lægemedelstyrelsen og senere NSI siden 2009. Systemet opererer i henhold til driftskontrakten med en opetid på 99,5 pct. Den faktiske opetid er normalt 100 pct., men systemet kan lokalt opleves ustabil pga. manglende driftsstabilitet i tilknyttede systemer, herunder National Serviceplatform, jf. nedenfor, og it-løsningen bag digital medarbejdersignatur.

I regi af National Sundheds-it arbejdes der desuden på en forbedring af systemets testmiljø, der skal forbedre mulighederne for at teste de lokale FMK løsninger effektivt, før de sættes i drift på sygehuse, i almen praksis mv.

National Sundheds-it driver og videreudvikler endvidere infrastrukturprojekterne National Serviceplatform og Nationalt Patientindeks. Løsningerne har til formål at skabe en fælles offentlig it-infrastruktur, der gør det nemmere digitalt at udveksle og tilgå patientoplysninger på tværs af sundhedsvæsenet og at etablere nye lokale it-løsninger oven på national, standardiseret it-infrastruktur.

Infrastrukturkomponenten *National Serviceplatform* har til formål at kosteffektivt formidle data mellem dataansvarlige og aftagere på en sikker måde og med høj tilgængelighed, jf. boks 8.16.

#### **Boks 8.16.**

##### **National Serviceplatform**

It-infrastrukturkomponenten National Serviceplatform skal fungere som "datafordeler" i sundhedsvæsenet. Dette betyder, at aftagerne af data kan forenkle deres anvendelse af forskellige datakilder eftersom adgangen til data er standardiseret og opsættes ensartet gennem National Serviceplatform.

I den nuværende version er der adgang til data fra Fælles Medicinkort og en sikkerhedskomponent, som giver klinikere adgang til Fælles Medicinkort via digital medarbejdersignatur på en nem og effektiv måde. Næste version af National Serviceplatform er under udrulning i regionerne og indeholder dels en række tekniske ændringer af infrastrukturen og tekniske services, dels adgang til nye forretnings-services.

Det har i forbindelse med evalueringen ikke været muligt at tilvejebringe tal for brugen af National Serviceplatform, herunder tal for data trafik eller statistik. Tilsvarende har det heller ikke været muligt at tilvejebringe tal for driftsstabilitet (opetid).

Det vurderes, at i det hidtidige arbejde med at udvikle og udrulle National Serviceplatform har inddragelsen af lokale ønsker og krav til udvikling og drift været relativt beskedent. Dette afspejles bl.a. i, at det roadmap, der er lagt for den fremadrettede udvikling, ikke formelt er godkendt af de parter i regioner og kommuner, der skal benytte National Serviceplatform.

Samtidig har forsinkelser i leverancen af de komponenter, der er planlagt indbygget i National Serviceplatform, herunder sikkerhedsløsninger, medført forsinkelser eller behov for ændringer i de it-projekter, der skal benytte National Serviceplatform som underliggende it-infrastruktur. Det drejer sig bl.a. om de tværsektorielle it-projekter til understøttelse af kronikerbehandlingen, som er igangsat i flere regioner.

Det er på den baggrund vurderingen, at der fremadrettet er behov for at styrke fokus på at sikre stabil drift, og at den videre udvikling i højere grad skal ske med tæt inddragelse af de parter i regionerne (og på sigt også kommuner), der benytter løsningen. I den forbindelse er der behov for at sikre, at aftagernes ønsker til forretningsservices, driftsbehov, betalingsvilje mv. indgår i prioriteringen af kommende videreudviklingsinitiativer.

Tilsvarende varetager NSI projektledelsen for etableringen af et *Nationalt Patientindeks*. Målet er, at Nationalt Patientindeks i fremtiden vil være det sted, hvor andre it-systemer i sundhedsvæsenet rettet mod borgere og sundhedsfaglige vil kunne opnå information om, hvilke datakilder, der indeholder sundhedsrelaterede digitale informationer om en given patient, jf. boks 8.17.

#### **Boks 8.17.**

##### **Nationalt Patientindeks**

Nationalt Patientindeks har været nævnt i de 3 seneste nationale IT strategier for sundhedsvæsenet og skal udgøre en fælles "telefonbog" for patientdata i sundhedsvæsenet. I indekset registres de databaser, der indeholder helbredsoplysninger om en given patient. Dette kan af andre it-systemer i sundhedsvæsenet benyttes til at søge efter tilgængelige informationer. Derved får sundhedspersonalet og borgere adgang et samlet overblik over eksisterende helbredsoplysninger om en patient i de datakilder, der knyttet til indekset. Der er afsat 15 mio.kr. til dets realisering.

Projektet er aftalt som led i den regionale økonomiaftale for 2011. Heraf fremgår det, at indekset skulle have været etableret inden udgangen af 2011 og løbende udbygget med stadig flere data om patienten, herunder:

- Medicinoplysninger i Det Fælles Medicinkort
- Journaloplysninger i e-Journal
- Vaccinationsoplysninger i Det Danske Vaccinationsregister
- Billeddiagnostiske oplysninger i et fælles regionalt billedarkiv
- Kontaktoplysninger i Landspatientregisteret

Endvidere fremgår det af aftalen, at NPI skal være fuldt integreret til regionernes kliniske it-arbejdspladser inden udgangen af 2013. På sigt er det ambitionen at almen praksis og andre relevante aktører også stiller oplysninger til rådighed og anvender oplysninger fra løsningen.

Projektets gennemførelse er forsinket, da afklaringen af projektets udformning, herunder snitflader til øvrige igangværende projekter, økonomi og organisering har taget længere tid end forudsat. Dette har resulteret i, at projektets indeksløsning først er leveret og klar til idriftsættelse i tredje kvartal 2012. Desuden er der endnu ikke tilknyttet datakilder til indekset (september 2012). Dette skyldes, at den tekniske integration til de bagvedliggende datakilder har vist sig vanskeligere end forudsat.

Samtidig er det vurderingen, at der i projektets opstarts fase ikke har været tilstrækkeligt fokus på opstilling af en business case og risikovurdering. Dette er efterfølgende blevet styrket, bl.a. i dialog med Statens it-projektråd og i forlængelse af et eksternt review af projektet gennemført i sommeren 2012.

Patientdata fra Nationalt Patientindeks vil i første omgang blive vist i den brugergrænseflade, der udvikles i det regionale projekt om udbygning af e-journal til Sundhedsjournalen, jf. afsnit 8.2.4. Forsinkelsen i projektet har derfor betydet, at planerne for Sundhedsjournalen har måttet ændres, således at Sundhedsjournalen i første version ikke benytter Nationalt Patientindeks.

### **Vurdering**

Det er samlet vurderingen, at der med placeringen af NSI som en del af Statens Seruminstitut og dermed en samling af de opgaver i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses koncern, der vedrører indsamling og udstilling af sundhedsvæsenets data, er skabt styrkede forudsætninger for at sikre professionel drift og videreudvikling af de nationale sundhedsregistre og it-løsninger, som benyttes af sundhedsvæsenets øvrige parter. Dermed afspejles det også, at den hidtidige organisering af opgaverne i ministeriet ikke i tilstrækkeligt omfang været i stand til at sikre en hensigtsmæssig løsning af disse opgaver.

Tilsvarende har NSI varetaget opgaven som statslig myndighed med ansvar for at fastsætte nationale standarder og fremme en sammenhængende arkitektur for it-anvendelsen i sundhedsvæsenet ved at udmelde et katalog over it-standarder i sundhedsvæsenet. Det er vurderingen, at kataloget på sigt har potentiale til at blive et væsentligt redskab til at sikre en mere ensartet udvikling på sundheds-it området i Danmark.

Det er samtidig vurderingen, at staten kun delvist har været i stand til at realisere de mål og milepæle vedr. de statslige sundhedsregistre, der blev aftalt som led i sundheds-it aftalen. Dette vurderes at afspejle, at den hidtidige statslige organisering på området, herunder med NSI som en selvstændig styrelse, ikke har været hensigtsmæssig i forbindelse med realiseringen af milepælene.

Tilsvarende er der fortsat udfordringer i at få de nationale it-infrastrukturprojekter til at udfylde den rolle, som de er tiltænkt, bl.a. som følge af forsinkelser i projekternes fremdrift. Dette har bl.a. medført, at det har været nødvendigt at foretage ændringer i de lokale projekter, som oprindeligt var planlagt etableret ovenpå infrastrukturen, herunder flere regioners it-projekter til understøttelse af kronikerbehandlingen.

### **8.2.6. Vurdering af det fælles offentlige samarbejde på sundheds-it området**

#### **Samarbejdet i den nationale bestyrelse for sundheds-it**

Den nationale bestyrelse for sundheds-it, der blev oprettet som led i sundheds-it aftalen i den regionale økonomiaftale for 2011, skal koordinere og sætte retning for det fælles offentlige samarbejde for sundheds-it i Danmark, jf. boks 8.18.



**Boks 8.18.****Den nationale bestyrelse for sundheds-it i sundheds-it aftalen – uddrag af den regionale økonomiaftale for 2011**

*”Der etableres en ny national bestyrelse for sundheds-it med repræsentanter fra staten (3 medlemmer) regionerne (3 medlemmer) og kommunerne (1 medlem). Staten er formand for bestyrelsen med overordnet reference til den ansvarlige ressortminister. Bestyrelsen betjenes af et sekretariat, som etableres i ISM’s departement med deltagelse af Finansministeriet.*

*Den nationale bestyrelse skal:*

- *rådgive den ansvarlige ressortminister vedr. sundhedsvæsenets it strategi, overordnet it-arkitektur, standardisering m.v. med henblik på ministeriets fastsættelse af nationale krav og standarder for sundheds-it*
- *drøfte udviklingen på området og forestå den løbende koordination og årlige opfølgning til regeringen (og Danske Regioner), herunder vedr. fremdrift og gevinstrealisering i forhold til mål/milepæle aftalt i de årlige økonomiaftaler*
- *foranledige og kvalitetssikre forslag til nye tværsektorielle investeringer, bl.a. som grundlag for drøftelser i de årlige økonomiforhandlinger, herunder sikre et tilstrækkeligt beslutningsgrundlag i form af positive business cases m.v.*

*Bestyrelsen kan nedsætte relevante rådgivende fora af teknisk og faglig karakter, såfremt der vurderes behov herfor.”*

Bestyrelsen mødes 4 gange årligt i regi af National Sundheds-it, der varetager den primære sekretariatsbetjening med inddragelse af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses departement.

Nedenfor vurderes bestyrelsens opgavevaretagelse med udgangspunkt i beskrivelsen af bestyrelsens rolle i økonomiaftalen for 2011, jf. boks 8.18.

**1. Rådgivning af den ansvarlige ressortminister**

Under bestyrelsen er der oprettet et rådgivende udvalg for standardisering og referencearkitekturer. Udvalget rådgiver bestyrelsen i forbindelse med bestyrelsens opgaver relateret til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses fastsættelse af nationale krav og standarder for sundheds-it.

Dette arbejde har bl.a. resulteret i, at ministeriet i regi af National Sundheds-it i januar 2012 udmeldte en første version af et katalog over it-standarder i sundhedsvæsenet. Kataloget indeholder ca. 400 standarder, hvor 20 er kategoriseret som værende obligatoriske at overholde. De skal dermed benyttes i både eksisterende og nye it-systemer i sundhedsvæsenet.

I løbet af efteråret 2012 forventes kataloget yderligere formaliseret ved, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udsteder en bekendtgørelse vedr. krav til it-anvendelsen i sundhedsvæsenet. Kataloget og bekendtgørelsen udgør dermed tilsammen en udmøntning af Sundhedslovens § 193 a, der giver ministeren for sundhed og forebyggelse adgang til at fastsætte krav til it-anvendelsen i sundhedsvæsenet, herunder EPJ.

**2. Drøfte udviklingen på området og forestå den løbende koordination**

Bestyrelsen drøfter løbende fremdriften i de mål og milepæle, der er aftalt som led i den regionale økonomiaftale for 2011.

Det er dog vurderingen, at bestyrelsen ikke i tilstrækkeligt omfang har udfyldt rollen som omdrejningspunkt for den overordnede koordinering af sundheds-it området i Danmark. Det afspejler bl.a., at en række andre projekter af strategisk karakter på området igangsættes og følges i andre fora, herunder fælles offentlige styregrupper og rene regionale eller kommunale fora.

Samtidig har utilstrækkelig opstilling af klare milepæle, succeskriterier og roadmaps for de igangsatte projekter, gjort det vanskeligt for bestyrelsen at foretage en tilstrækkelig tæt og forpligtende opfølgning på de projekter, som afrapporterer status til bestyrelsen. Dette gælder såvel regionale, kommunale som fælles offentlige projekter, herunder projektet vedr. etableringen af det Fælles Medicinkort.

### 3. *Foranledige og kvalitetssikre forslag til nye tværsektorielle investeringer*

Der er siden bestyrelsens etablering ikke forelagt bestyrelsen forslag til nye tværsektorielle investeringer. I regi af andre fora er der dog i perioden igangsat nye tværsektorielle projekter, herunder også projekter af strategisk karakter, bl.a. MedComs arbejde med at udvikle et nationalt kronikerdatasæt og den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin i regi af den fælles offentlige digitaliseringsstrategi.

Bestyrelsens opgave med at initiere nye projekter eller muligheden for at influere igangsætningen af nye projekter i andet regi har derfor i praksis været beskedent. Dette illustreres i den manglende udmøntning af den pulje til fælles regionale it-investeringer, som tils varende blev oprettet som led i den regionale økonomiaftale for 2011, jf. boks 8.19.

Som følge af manglende afklaring mellem parterne om puljens formål, udbetalingsform og samt fora for drøftelse af puljen er den ikke kommet til udmøntning og blev med den regionale økonomiaftale for 2013 nedlagt.

#### **Boks 8.19.**

##### **Puljen til fællesregionale investeringer i sundheds-it – uddrag af den regionale økonomiaftale for 2011**

*"Indenfor regionernes anlægsbudgetter etableres desuden en årlig central pulje til fællesregionale investeringer på 50 mio. kr. i 2011, 150 mio. kr. i 2012 stigende til 200 mio. kr. i 2013. Midlerne disponeres efter aftale mellem Danske Regioner, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet på baggrund af en samlet strategi (inkl. budget) for årets fællesregionale investeringer."*

Samtidig er det fortsat en udfordring at få skabt tilstrækkelig gennemsigtighed om fremdrift i it-indsatsen på både statsligt, regionalt og kommunalt niveau, herunder at få skabt et tilstrækkeligt klart samlet billede af fremdriften på området og større overblik over igangværende projekters gensidige afhængigheder.

Dermed vanskeliggøres muligheden for en løbende vurdering af, om de aftalte projekter er på rette vej og kan realiseres inden for den fastsatte slutdato.

Udfordringen forstærkes af uklare relationer mellem de forskellige fora på området, herunder den nationale bestyrelse for sundheds-it, RSIs styregruppe, MedComs styregruppe, sundhed.dks bestyrelse og styregruppen for den fælles offentlige digitaliseringsstrategi.

Et relativt stort antal styregrupper, bestyrelser mv. er ikke en udfordring i sig selv, men uklarhed om gruppernes gensidige tilknytninger vanskeliggør muligheden for at få et samlet overblik over fremdriften på området og sikre tilstrækkelig koordinering i opfyldelsen af projekter og mål. Det vanskeliggør desuden muligheden for tilstrækkelig koordination i initieringen af nye projekter og opfølgning og afrapportering for allerede igangsatte.

Samtidig kan forskellige afrapporteringssystemer mellem de forskellige fora afspejle forskelle i gruppernes informationsbehov, men kan samtidig bidrage til skabe usikkerhed om et projekts status og fremdrift som følge af uens afrapporteringsværktøjer, varierende indhold mv.

### **Koordinering af større tværsektorielle it-projekter**

I forlængelse af arbejdet i den nationale bestyrelse for sundheds-it er der igangsat en række større it-projekter i sundhedsvæsenet, som på sigt er planlagt taget i anvendelse i alle sektorer. Dette drejer sig bl.a. om Fælles Medicinkort og National Serviceplatform, og på sigt også om det nationale patientindeks og handlingsplanen for telemedicin, jf. ovenfor.

Særligt i forbindelse med udrulningen af Fælles Medicinkort og National Serviceplatform er det blevet klart, at de tværsektorielle løsninger bidrager til at skabe en større gensidig afhængighed i mellem alle sektorer i sundhedsvæsenet, både i forbindelse med sikringen af stabil drift og vedligeholdelsesopgaver og i forbindelse med at prioritere videreudviklingen af systemerne baseret på sundhedsvæsenets forretningsmæssige behov, jf. også boks 8.8., vedr. gensidige afhængigheder og snitfladeproblematikker i relation til FMK.

Det må forventes, at denne afhængig vil vokse i årene fremover i takt med, at der realiseres flere it-systemer, som skal understøtte tværsektorielle behandlings- og pleje forløb.

Der findes således i dag ikke et samlende forum, hvor problemstillinger af denne karakter kan drøftes.

## 8.3. Arbejdsgruppens anbefalinger

### 8.3.1. Regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser

Evalueringen af regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser, jf. afsnit 8.2.1., har vist, at alle regioner forventer at kunne nå målsætningerne herom inden udgangen af 2013, herunder at der etableres fælles log-in (single sign-on) til alle væsentlige kliniske it-systemer.

Med henblik på at opnå de gevinster, som forudsættes indhøstet i forbindelse med etableringen af sammenhængende it-arbejdspladser, anbefales det i forlængelse heraf, at der i regionerne sættes yderligere fokus på arbejdet med at udfase andre (manuelle) arbejdsgange. Dette skal bl.a. sikre, at arbejdsgange ikke understøttes af andre (gamle) konkurrerende it-løsninger, og papirbaserede arbejdsgange og brugen af telefax eller brevpost afskaffes.

Dette vurderes at kunne bidrage til at sikre mere ensartet patientbehandling og mere ensartede kommunikationsformer internt på sygehusene og mellem sygehusene og det øvrige sundhedsvæsen.

#### **Anbefaling 8.1.**

##### **Regionernes arbejde med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionernes arbejde med at etablere og ibrugtage sammenhængende kliniske it-arbejdspladser accelereres og at der sikres en systematisk opfølgning på at manuelle arbejdsgange udfases, bl.a. ved at (gamle) konkurrerende it-løsninger lukkes og ved at papirbaserede arbejdsgange og brugen af telefax og brevpost afskaffes.

Tilsvarende er der i forbindelse med nærværende evaluering foretaget en opgørelse af driftsstabiliteten af de centrale dele af de systemer, der tilsammen udgør den kliniske it-arbejdsplads. Der vurderes i den forbindelse fortsat behov for regionalt fokus på at sikre stabil og effektiv drift af it-systemerne på sygehusene, herunder sikre at regionernes egen drift samordnes på få fysiske lokationer inden for regionerne og på tværs af regionerne.

### 8.3.2. Ibrugtagningen af it-løsninger i regionerne

På baggrund af evalueringen af anvendelsen af it-systemerne i regionerne er det vurderingen, at der kan opnås bedre og mere ensartet patientbehandling og bedre it-understøttelse af arbejdsgange på sygehusene ved at sikre større og mere ensartet brug af eksisterende it-løsninger i og på tværs af regionerne.

På den baggrund vurderes det hensigtsmæssigt at øge det regionale fokus på ibrugtagning og fuld anvendelse af de it-systemer, der er til rådighed i klinikken med henblik på at sikre gevinstrealisering og fuld ibrugtagning.

Samtidig har arbejdet med opstillingen af indikatorer for anvendelsen af it-systemerne, jf. afsnit 8.2.2, vist, at der i regionerne gøres forsøg med at vurdere graden af anvendelse af de udrullede it-løsninger, men at der kun i begrænset omfang foregår systematisk overvågning af fremdriften i anvendelsen.

Det anbefales på den baggrund, at regionerne i 1. kvartal 2013 fastsætter indikatorer og målsætninger for brugen af it-systemer på sygehusene og it-understøttelsen af arbejds gange. Der foretages en måling af baseline herfor på sygehus- og afdelingsniveau.

Indikatorer og målsætninger fastsættes på relevante områder og skal for det første give øget gennemsigthed i regionernes arbejde med at udrulle og anvende kliniske it-arbejdspladser og for det andet sikre mere ensartet brug og større faktisk anvendelse af de it-systemer, der er til rådighed i klinikken. Fastsettelsen skal dermed give et fuldt dækkende billede af it-understøttelsen af centrale arbejds gange på sygehusene.

#### **Anbefaling 8.2.**

##### **Anvendelse af it-løsninger i regionerne**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionerne i 1. kvartal 2013 fastsætter indikatorer og målsætninger for brugen af relevante it-systemer i den daglige opgaveløsning på sygehusene. Indikatorerne og målsætningerne skal give et dækkende billede af it-understøttelsen af centrale arbejds gange med henblik på at sikre øget gennemsigthed og ensartet brug af it-løsninger på tværs af regionerne og skabe sikkerhed for, at de politisk aftalte mål om etablering og ibrugtagning af sammenhængende kliniske it-arbejdspladser inden udgangen af 2013 realiseres.

Arbejdet med at fastsætte indikatorer og målsætninger drøftes med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og afrapporteres til den nationale bestyrelse for sundheds-it, første gang ultimo 2012.

Målsætningerne skal samtidig bidrage til en vurdering af, hvordan sundheds-it kan understøtte realiseringen af målsætninger for sundhedsvæsenet, der i højere grad fokuserer på effekt i forhold til bedre patientbehandling og bedre udnyttelse af sundhedspersonalets ressourcer.

#### **8.3.3. IT-understøttelse af sammenhængende patientforløb**

Evalueringen har vist, at der fortsat er et betydeligt potentiale i at styrke it-understøttelsen af tværsektorielle patientforløb i sundhedsvæsenet, bl.a. ved at sikre fuld digitalisering af den beskedbaserede kommunikation og større ibrugtagning af de tværsektorielle systemer, der skal sikre at patientdata kan deles på tværs af sundhedsvæsenet, herunder e-journal og Fælles Medicinkort (FMK).

Særligt på kommunalt niveau er det fortsat en udfordring at få den beskedbaserede kommunikation til og fra det øvrige sundhedsvæsen fuldt ud digitaliseret med henblik på at skabe ensartede arbejds gange og patientforløb på tværs af kommuner og sygehuse.

Det anbefales derfor, at der indgås mere forpligtende aftaler mellem parterne på området, fx i regi af sundhedsaftalerne, med henblik på at øge implementeringshastigheden og bidrage til imødegå udfordringer omkring gensidige afhængigheder og forpligtelser (fx at den ene part først vil forberede muligheden for at modtage elektroniske beskeder, når den anden part er parat til sende og omvendt).

Mere forpligtende aftaler om rammerne for udveksling af MedCom-beskeder vurderes at være et oplagt indsatsområde, både med hensyn til at sikre mere ensartede patientforløb og med henblik på at optimere arbejds gange og ressourceudnyttelse i både regioner og kommuner. I den forbindelse kan det være

relevant at overveje, om der samtidig kan fastsættes mål for udfasning af telefaks, brevpost og andet papirbaseret kommunikation.

Det anbefales samtidig, at indsatsen for at få Fælles Medicinkort udrullet og ibrugtaget opprioriteres i alle sektorer, herunder særligt i almen praksis og i kommunerne. Det anbefales i den forbindelse, at der på regionsniveau etableres samarbejdsmodeller med henblik på at sikre ensartet og koordineret implementering, fx ved at der opstilles krav til teknisk udbredelse og brug af systemerne, fx afstemning i Fælles Medicinkort og drøftelse heraf i forbindelse med udskrivningskonferencer e.lign.

Det vurderes i den forbindelse endvidere hensigtsmæssigt, at der arbejdes med at udvikle standardiserede koncepter for udbredelse og ibrugtagning af Fælles Medicinkort i kommunerne, bl.a. for at sikre hurtig og ensartet udbredelse og ibrugtagning.

### **Anbefaling 8.3**

#### **It-understøttelse af sammenhængende patientforløb**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regioner, kommuner og praktiserende læger og speciallæger sikrer, at den beskedbaserede kommunikation digitaliseres og at arbejdet med at afskaffe manuelle papirgange accelereres. I den forbindelse anbefales det, at der indgås mere forpligtende aftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis om ibrugtagning af alle relevante elektroniske beskeder, fx i regi af sundhedsaftalerne, jf. kapitel 9.
- At indsatsen i almen praksis og i kommuner for at få Fælles Medicinkort fuldt teknisk udrullet og ibrugtaget opprioriteres, herunder at der i 2013 på regionsniveau etableres samarbejdsmodeller mellem alle parter med henblik på at sikre ensartet og koordineret implementering.
- At der snarest fastsættes en forpligtende dato for fuld udrulning og ibrugtagning af Fælles Medicinkort i kommunerne, så forsinkelser i forhold til politisk aftalte målsætninger reduceres mest muligt. Det anbefales samtidig, at regioner og kommuner aftaler standardiserede koncepter for kommunal implementering af Fælles Medicinkort og sikrer en løbende og systematisk opfølgning i den nationale bestyrelse for sundheds-it.

#### **8.3.4. Regionernes samarbejde på sundheds-it området**

Evalueringen har vist, at regionerne i regi af RSI-samarbejdet har skabt organisatoriske rammer, der bidrager til tættere samarbejde og koordination på sundheds-it området, men at der er potentiale for at styrke det fælles regionale samarbejde yderligere, bl.a. med henblik på at sikre en fælles prioritering af indsatsen i perioden frem til udgangen af 2013.

Det er samtidig vurderingen, at der er potentiale i et øget fremdrift i arbejdet med at sikre konvergens mod fælles regionale it-løsninger, jf. sundheds-it aftalen fra 2010. Det anbefales derfor, at regionerne som led i arbejdet med den kommende fælles regionale digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet opprioriterer indsatsen for at indkøbe, udvikle og drive fælles regionale it-løsninger, bl.a. med henblik på at sikre omkostningseffektiv opgaveløsning.

Det anbefales i forlængelse heraf, at der i det kommende arbejde med en digitaliseringsreform af velfærdsområderne udarbejdes anskaffelsesmodeller, der inden for de gældende udbudsregler kan fungere som praktiske og anvendelige redskaber til udbredelse af fælles it-løsninger.

Det er samtidig vurderingen, at RSIs 24 pejlemærker for sundheds-it udviklingen primært har haft fokus på anskaffelse og udvikling af it-systemer. Det anbefales på den baggrund, at der igangsættes fællesregionale initiativer, der skal bidrage til at øge den faktiske anvendelse af it-løsningerne i regionerne, herunder i relation til den kliniske it-arbejdsplads.

#### **Anbefaling 8.4**

##### **Regionernes samarbejde på sundheds-it området**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionernes arbejde med at indkøbe, udvikle og drive fælles regionale it-løsninger styrkes, for eksempel i forbindelse med en den kommende fællesregionale digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet.
- At regionerne i højere grad samarbejder om fastsættelsen af sundhedsfaglige indhold i sygehusernes it-systemer, fx med afsæt i kliniske retningslinjer, med henblik på at sikre ensartet patientbehandling i og på tværs af regionerne og med henblik på at styrke kommunikationen af fulde patientoplysninger på tværs af regioner og sygehuse.
- At regionerne sætter øget fokus på benchmarking af anvendelse og effekt fremadrettet og dermed foretager systematiske vurderinger af, om de forudsatte gevinster, som fuld anvendelse af systemerne potentielt medfører, bliver indhøstet, herunder understøttelse af patientbehandlingen, klinikernes daglige arbejdsgange, driftsudgifter til sundheds-it mv. i regionerne.
- At der i det kommende arbejde med en digitaliseringsreform af velfærdsområderne udarbejdes anskaffelsesmodeller, der inden for de gældende udbudsregler kan fungere som praktiske og anvendelige redskaber til udbredelse af fælles it-løsninger.

#### **8.3.5. Den statslige indsats på sundheds-it området**

Det er vurderingen, at der med placeringen af NSI som en del af Statens Seruminstitut er skabt styrkede forudsætninger for at sikre stabil drift og videreudvikling af de nationale sundhedsregistre og it-løsninger, som benyttes af sundhedsvæsenets øvrige parter.

Det anbefales derfor, at NSI styrker dette arbejde med henblik på sikringen af effektiv og stabil drift og etableringen af professionelle driftsmiljøer, herunder i tilstrækkeligt omfang supportfunktioner, testmiljøer mv.

Dernæst er det vurderingen, at der både for National Serviceplatform og for Nationalt Patientindeks er igangsat initiativer, der skal sikre projekternes realisering i samarbejde med sundhedsvæsenets øvrige parter.

For Nationalt Patientindeks er der i samråd med parterne bag projektet og i forlængelse af et eksternt review af projektet gennemført en tilpasning af scope, der skal blandt andet sikre en mere hensigtsmæssig anvendelse af projektets restbudget. Der er på den baggrund enighed parterne i mellem

om en revideret tidsplan, der indebærer en pilotafprøvning af indeksløsningen i 1. kvartal 2013. Pilotafprøvningen har bl.a. til formål at demonstrere, at indeksløsningen fungerer som forudsat.

Tilsvarende vurderes det, at it-infrastrukturprojektet National Serviceplatform kan styrkes ved en tættere inddragelse af de parter i sundhedsvæsenet, der skal benyttes løsningen, herunder regioner og kommuner. Dette skal bl.a. bidrage til at sikre, at videreudviklingen af løsningen afspejler sundhedsvæsenets forretningsmæssige behov.

Det anbefales derfor, at det videre arbejde National Serviceplatform løftes i den finansierings- og styringsmodel, der er aftalt mellem parterne som led i økonomiaftalerne for 2013, jf. afsnit 8.3.6.

En fortsat prioritering og videreudvikling af en fælles offentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet, herunder National Serviceplatform, vurderes at være et væsentligt bidrag til at skabe bedre muligheder for, at der sikres bedre it-understøttelse af tværsektorielle patientforløb og struktureret udveksling af patientoplysninger, fx gennem delte eller fælles journaler i sundhedsvæsenet.

Det vurderes, at indsatsen for at styrke mere sammenhængende og struktureret datakommunikation mellem sektorer, fx via delte journaladgange, vil være en relativt ambitiøs opgave, bl.a. fordi arbejdsopgaver, informationsbehov, personaleprofiler mv. naturligt varierer på tværs af sektorer. En styrket indsats bør derfor så vidt muligt tage afsæt i de erfaringer og redskaber, der allerede findes på feltet.

Endelig er det vurderingen, at indsatsen i forbindelse med realiseringen af milepælen vedr. etableringen af en fælles indberetningsmodel til de statslige sundhedsregistre, kan styrkes ved en tydeligere inddragelse af sundhedsvæsenets øvrige parter, bl.a. for at sikre enighed om målet for arbejdet og prioritering af indsatsen. Det anbefales derfor, at der sikres tættere inddragelse af parterne i det fremadrettede arbejde med at etablere fælles indberetningsløsninger.

Samtidig er der i regi af Statens Seruminstitut taget initiativ til formuleringen af en fælles datastrategi for ministerområdet, som det videre arbejde med realiseringen af milepælen forventes at indgå i.

Det anbefales derfor, at der i regi af NSI fortsat arbejdes på realiseringen af milepælen vedr. etableringen af en fælles indberetningsmodel til de statslige sundhedsregistre, og at dette ses i sammenhæng med arbejdet med at udvikle en samlet datastrategi for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses koncern.

#### **Anbefaling 8.5**

##### **Den statslige indsats på sundheds-it området**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At NSI styrker arbejdet med at etablere et professionelt driftsmiljø med særligt fokus på de it-systemer, der benyttes i det øvrige sundhedsvæsen.
- At NSIs arbejde med at etablere en fælles offentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet styrkes, herunder arbejdet med National Serviceplatform, med henblik på at styrke grundlaget for it-understøttelse af tværsektorielle patientforløb og struktureret udveksling af patientoplysninger.
- At NSIs arbejde med at etablere en fælles indberetningsmodel til de statslige sundhedsregistre videreføres i tæt dialog med sundhedsvæsenets øvrige parter og indgår i arbejdet med senest i 1.



### 8.3.6. Fællesoffentligt samarbejde på sundheds-it området

Evalueringen har vist, at den nationale bestyrelse i dag kun delvist opfylder den beskrivelse, som fremgår af sundheds-it aftalen fra juni 2010, bl.a. ved at bestyrelsen ikke i tilstrækkeligt omfang har formået at udfylde rollen som omdrejningspunkt for den overordnede koordinering af sundheds-it området i Danmark

En tydeliggørelse af bestyrelsens rolle vil indgå i arbejdet med den nye digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet. Det vil i den forbindelse blive overvejet, hvordan bestyrelsens rolle som koordinerende for den generelle udvikling på sundheds-it området kan styrkes, herunder også i forhold til øvrige styregrupper og bestyrelser på området.

Samtidig bidrager manglende gennemsigtighed til at vanskeliggøre beslutninger om forpligtende aftaler. Parterne har utilstrækkeligt billede af vilkår for opgaveløsning og fremdrift, og det skaber bl.a. situationer, hvor alle venter på alle.

Større gennemsigtighed kan derfor bidrage til, at parterne i højere grad bliver i stand til at forpligte sig selv og hinanden og dermed sikre nødvendig fremdrift og målretning i forhold til implementering af it-systemer mv., særligt når det kommer til omlægning af arbejdsgange og ansvar, hvor ibrugtagning af nye systemer udfordrer vante arbejdsgange og samarbejdsformer. Her vil øget gennemsigtighed om fremdrift bidrage til, at parterne i højere grad kan sætte indsatser ind, hvor der er behov.

#### Anbefaling 8.6

##### Det fællesoffentlige samarbejde på sundheds-it området

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At den nationale bestyrelse for sundheds-it styrkes, herunder at bestyrelsens koordinerede rolle og tværgående opgaver tydeliggøres i forbindelse med arbejdet med den nye digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet med henblik på at sikre, at koordineringen af sundheds-it udviklingen i højere grad forankres på nationalt niveau jf. sundheds-it aftalen fra 2010.
- At der i 1. halvår 2013 etableres en fællesoffentlig ramme for effektiv styring og opfølgning, herunder etablering af baseline for den samlede fremdrift i udviklingen på sundheds-it området.

For at sikre et tættere fællesoffentligt samarbejde omkring tværssektorielle it-løsninger i sundhedsvæsenet og for at sikre, at finansieringen af løsningerne sker af de parter, der opnår gevinsterne ved brugen af løsningerne, er der som led i den regionale økonomiaftale for 2013 aftalt at udarbejde en styrings- og finansieringsmodel for drift og videreudvikling af fællesoffentlig sundheds-it. Af aftalen fremgår, at:

*"Regeringen, Danske Regioner og KL er ligeledes enige om, at der skal indføres en ny finansierings- og styringsmodel for fællesoffentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet, herunder for it-infrastrukturprojektet National Serviceplatform. Omkostninger finansieres af de parter, der opnår gevinsterne. Parterne er enige om, at løsningen medfører, at den Nationale Serviceplatform finansieres med 4,0 mio.kr. fra kommunerne, 6,0 mio.kr. fra regionerne og 2,5 mio.kr. fra staten i 2013. Endvidere afsættes i regionerne 3 mio.kr. i 2013 til udvikling af den centrale FMK-løsning."*

Tilsvarende fremgår det af den kommunale økonomiaftale:

*”Regeringen, KL og Danske Regioner er ligeledes enige om, at der frem mod sommeren 2013 udarbejdes forslag til en ny finansierings- og styringsmodel for fællesoffentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet, hvor omkostninger finansieres af de parter, der opnår gevinsterne. I forlængelse heraf er parterne bl.a. enige om at kommunerne bidrager til finansiering af den nationale serviceplatform med 4 mio.kr. i 2013.”*

Asymmetrien har bl.a. baggrund i, at den nationale serviceplatform i øjeblikket kun er i anvendelse i regionerne.

Styrings- og finansieringsmodellen har hen over efteråret 2012 været drøftet mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i regi af NSI, Danske Regioner og KL. Som led i dette arbejde er det foreslået, at der under den nationale bestyrelse for sundheds-it etableres en domænestyregruppe, hvis opgaver og ansvar blandt andet er at:

- Indgå og følge op på driftsaftaler (SLA) vedr. it-systemernes tilgængelighed, svartider, support, backup og fejlhåndtering
- Tilse at der etableres ensartet procedure, som sikrer, at større videreudviklingsønsker fra de forskellige systemer/brugere kvalificeres, prioriteres og godkendes, herunder at alle systemer videreudvikles i nødvendigt omfang og baseret på business cases
- Kontrakter løbende optimeres og vedligeholdes, herunder at udbudsforpligtelser overholdes
- Godkende planer og roadmaps
- Budgetopfølgning.

Den nationale bestyrelse for sundheds-it har i september 2012 tiltrådt disse hovedprincipper. Modellen vil på den baggrund operationaliseres hen over efteråret med henblik på at modellen kan træde i kraft 1. januar 2013.

Der vurderes dog fortsat at være behov for, at modellen som led i arbejdet med en ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet og frem mod økonomiaftalerne for 2014 evalueres og evt. justeres, bl.a. med henblik på at udvide modellen til at omfatte flere løsninger. I den forbindelse afklares også parternes finansiering af løsningerne for 2014 og frem.

#### **Anbefaling 8.7**

##### **Finansierings- og styringsmodellen for fællesoffentlig sundheds-it udbredes**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at finansierings- og styringsmodellen for fællesoffentlig sundheds-it, der træder i kraft den 1. januar 2013, udbredes og præciseres frem mod indgåelsen af økonomiaftalerne for 2014.

## 9. Sundhedsaftaler – det forpligtende samarbejde

### 9.1. Indledning og sammenfatning

For at understøtte samarbejdet på tværs af sektorer og sikre sammenhængende patientforløb blev det med sundhedsloven gjort lovpligtigt for regionsråd og kommunalbestyrelser at etablere Sundhedskoordinationsudvalg og indgå sundhedsaftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet, jf. sundhedslovens §§ 204-205<sup>109</sup>.

Sundhedsaftalerne er den overordnede politiske ramme for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet. Der er tale om aftaler indgået mellem to ligeværdige myndigheder. Og sundhedsaftalerne er et vigtigt dialogredskab på det både det politiske niveau og det administrative niveau, hvor der bliver afstemt forventninger til hinanden som samarbejdspartnere, og hvor fælles værdier og målsætninger for samarbejdet bliver kommunikeret. Det er samtidig væsentligt at være opmærksom på, hvad der kan og skal løses i sundhedsaftaleregii, og hvad der kræver andre og supplerende tiltag.

Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne fra december 2011<sup>110</sup>, jf. boks 9.3, samt delanalyserne i forbindelse med de enkelte fokusområder i evalueringerne på sundhedsområdet understreger samlet, at sundhedsaftalerne generelt er et velegnet redskab til at sikre dialog og samarbejde mellem kommuner og regioner. Sundhedsstyrelsens evaluering viser ligeledes, at der har været en positiv udvikling i samarbejdet og i indholdet i de konkrete aftaler fra de første sundhedsaftaler til de nuværende sundhedsaftaler, som gælder i perioden 2011-2014.

Det påpeges dog også, at sundhedsaftalerne i deres nuværende form og tilrettelæggelse har en række svagheder, herunder at den nuværende ordning ikke i tilstrækkeligt omfang forpligter parterne, samt at der er problemer med at sikre den nødvendige implementering af aftalerne i de udførende led, hvilket til dels kan være forbundet med graden af overordnet forpligtelse.

På den baggrund beskrives i dette afsnit beskrevet en række generiske problemstillinger og udfordringer ved de nuværende sundhedsaftaler. Nedenstående boks sammenfatter de beskrevne problemstillinger.

---

<sup>109</sup> De nærmere regler vedr. sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er fastlagt i bekendtgørelse (BEK nr. 778 af 13. august 2009), ligesom Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledning på området (VEJ nr. 9698 af 21. august 2009). Både bekendtgørelse og vejledning blev revideret i august 2009.

<sup>110</sup> Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering. Sundhedsstyrelsen, december 2011.

|   |
|---|
| <p><b>Boks 9.1.</b><br/><b>Generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler</b></p>   |
| <p><b>Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det nuværende aftalesystem sikrer ikke tilstrækkeligt effektivt, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen.</li> <li>• Der ses i både kommuner, regioner og almen praksis udfordringer ift. at implementere forløbsprogrammer for kroniske patienter op til det aftalte ambitionsniveau.</li> </ul>   |
| <p><b>Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der findes i dag 98 sundhedsaftaler, som er indgået med afsæt i en regional grundaftale udarbejdet af Sundhedskoordinationsudvalget. Det betyder, at der kan være variation i sundhedsaftalerne indenfor den enkelte region, hvilket kan vanskeliggøre samarbejdet og betyde for stor uensartethed i tilbuddene.</li> </ul>   |
| <p><b>Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med godkendelse af sundhedsaftalerne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsstyrelsen fokuserer i sin godkendelse på, om sundhedsaftalerne opfylder bekendtgørelsens obligatoriske kraveller ej. Nogle kommuner og regioner har efterspurgt en individuel tilbagemelding på de enkelte sundhedsaftaler i forbindelse med godkendelsen.</li> </ul>   |
| <p><b>Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er fortsat udfordringer i forhold til at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos medarbejderne i de udførende led.</li> </ul>   |
| <p><b>Mål, indikatorer og opfølgning.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er fortsat behov for at styrke opfølgningen på sundhedsaftalerne med henblik på at sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalerne virker som tilsigtet, samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af indsatsen og samarbejdet mellem aftaleparterne.</li> </ul>   |
| <p><b>Sundhedsaftalernes indhold – obligatoriske indsatsområder.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De nuværende sundhedsaftaler indeholder seks obligatoriske indsatsområder, som generelt har meget forskellig karakter. Samtidig sker en løbende udvikling af sundhedsvæsenet og af patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet.</li> <li>• Sundhedsaftalerne anvendes ikke i tilstrækkeligt omfang til at sikre lokale forpligtelser mellem regioner og kommuner i forhold til udbredelse og implementering af sundheds-it.</li> </ul> |

I flere af delanalyserne fremhæves videreudvikling og styrkelse af sundhedsaftalerne således som et konkret løsningsforslag til fremadrettet at styrke indsatsen og sikre mere sammenhængende patientforløb.

Samtidig ændrer patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet sig løbende i takt med ny teknologi og nye behandlingsmuligheder, ligesom sundhedsvæsenet i disse år ændrer sig i takt med stigende specialisering af sygehusene og udvikling af det nære sundhedsvæsen.

Der er derfor behov for, at sundhedsaftalerne videreudvikles som redskab, så de fremadrettet i højere grad kan understøtte/ det tværsektorielle samarbejde og bidrage til at skabe sammenhængende patientforløb.

Nedenstående boks indeholder arbejdsgruppens forslag og anbefalinger til fremadrettet at styrke sundhedsaftalerne som samarbejdsværktøj, således at der sikres et mere forpligtende samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og de kommunale sundhedstilbud i regi af sundhedsaftalerne.

|  |
|--|
| <b>Boks 9.2.</b><br><b>Oversigt over arbejdsgruppens anbefalinger til at styrke sundhedsaftalerne</b>  |
| <b>5 sundhedsaftaler – én i hver region</b><br>Arbejdsgruppen anbefaler: <ul style="list-style-type: none"><li>• At der sker en styrkelse af sundhedsaftalerne, så disse baserer sig på 5 sundhedsaftaler – én i hver region – og tager afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner, på de obligatoriske indsatsområder.</li><li>• At der sikres det fornødne rum til at gøre aftalerne tilstrækkeligt fleksible i forhold til kommunernes forskellighed, herunder at de konkrete målsætninger kan variere fra kommune til kommune.</li></ul>   |
| <b>Fastsættelse af de obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte</b><br>Arbejdsgruppen anbefaler: <ul style="list-style-type: none"><li>• At der forud for, at der skal udarbejdes nye sundhedsaftaler, sker en revurdering af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye indsatsområder, bl.a. med henblik på at sikre, at sundhedsaftalerne i højere grad understøtter håndteringen af den stigende kronikerudfordring og den patientrettede forebyggelse.</li><li>• At sundhedsaftalerne i videre udstrækning anvendes til at sikre lokale forpligtelser mellem regioner og kommuner i forhold til udbredelse og implementering af sundheds-it, samt at der i højere grad arbejdes med deadlines for udbredelse af nye it-systemer.</li></ul> |
| <b>Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med sundhedsaftalerne udbygges</b><br>Arbejdsgruppen anbefaler: <ul style="list-style-type: none"><li>• At Sundhedsstyrelsen giver en mere individualiseret og målrettet tilbagemelding på de 5 sundhedsaftaler (grundaftaler) – fx i forhold til fokusområder for det fremadrettede samarbejde – med henblik på at understøtte en løbende udvikling af det tværsektorielle samarbejde.</li></ul>   |
| <b>Øget styringsmuligheder for myndighederne i forhold til almen praksis</b><br>Arbejdsgruppen anbefaler: <ul style="list-style-type: none"><li>• At regionerne får øget styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det skal i højere grad være muligt for regionen at definere de opgaver, som almen praksis skal løse i et sammenhængende sundhedsvæsen og efterfølgende kontrollere og sanktionere, hvis en praksis ikke efterlever dette.</li></ul>   |
| <b>Styrket implementering af sundhedsaftalerne</b><br>Arbejdsgruppen anbefaler: <ul style="list-style-type: none"><li>• At der i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler skal indgå, at</li></ul>  |

sundhedsaftalen skal indeholde en plan for implementering, samt at det i Sundhedsstyrelsens vejledning præciseres, hvad aftaleteksten vedr. implementering kan omfatte.

### **Styrket dokumentation og systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der udvikles dækkende, nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, som løbende monitoreres, og hvor data offentliggøres årligt. Formålet er at monitorere effekten af sundhedsaftalerne samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af samarbejdet mellem aftaleparterne og udbredelse af best practice.
- At regioner og kommuner forpligtes til som del af sundhedsaftalen at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet og de enkelte indsatsområder, bl.a. med udgangspunkt i de nationale indikatorer, og til løbende at følge op på disse, herunder regelmæssigt afrapportere til Sundhedskoordinationsudvalget om fremdriften. Målsætningerne aftales lokalt og kan variere fra kommune til kommune med henblik på at tage højde for lokale forskelle.
- At Sundhedskoordinationsudvalget som led i den systematiske opfølgning på sundhedsaftalerne en gang årligt gennemgår sundhedsaftalen og vurderer behovet for at revidere sundhedsaftalens indhold.

## **9.2. Status for det tværsektorielle samarbejde gennem sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg**

### **9.2.1. Sundhedsaftaler**

Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne, jf. boks 9.3, samt delanalyserne i forbindelse med de enkelte fokusområder i evalueringen på sundhedsområdet understreger samlet, at sundhedsaftalerne generelt er et velegnet redskab til at sikre dialog og samarbejde mellem kommuner og regioner.

Regioner og kommuner har siden indførelsen af det nye samarbejdsværktøj lagt meget arbejde i sundhedsaftalerne, og indenfor alle fem regioner og tilhørende kommuner er fastlagt en omfattende struktur, der understøtter samarbejdet. Der er udarbejdet en række konkrete samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer m.v., ligesom der er igangsat tværgående udviklingsprojekter.

Det er generelt Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er sket en positiv udvikling fra de første sundhedsaftaler i 2007/2008 til de nye sundhedsaftaler, som dækker perioden 2011-2014. De aktuelle aftaler er alle opdelt i politiske og administrative aftaler, og generelt er der et øget politisk fokus på det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet.

Såvel Sundhedsstyrelsens evaluering som delanalyserne i denne evaluering påpeger dog også, at sundhedsaftalerne i deres nuværende form og tilrettelæggelse har en række svagheder, som betyder, at de ikke i tilstrækkeligt omfang bidrager til at skabe sammenhængende patientforløb og koordinering af indsatsen. Det påpeges bl.a., at der er behov for et mere forpligtende samarbejde på tværs og særligt i forhold til almen praksis, samt for at styrke arbejdet med opfølgning og implementering.

Dette kapitel belyser på den baggrund en række generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler, samt en række forslag til, hvordan sundhedsaftalerne kan styrkes som samarbejdsværktøj.

### Boks 9.3.

#### Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne

Sundhedsstyrelsen har i 2010 og 2011 gennemført en evaluering af sundhedsaftalerne i samarbejde med kommuner og regioner.

Det er Sundhedsstyrelsens overordnede vurdering, at sundhedsaftalerne giver en god platform for samarbejdet om patienter/borgere. Det er dog samtidig Sundhedsstyrelsens vurdering, at der fortsat er potentiale for udviklingen af rammerne for sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsen anbefaler således:

- At bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler revideres med henblik på næste generation af sundhedsaftaler.
- At det forud for revisionen afklares, hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Sundhedsstyrelsen vurderer ligeledes:

- Sundhedsaftalerne kan medvirke til at udvikle det borgernære sundhedsvæsen, således at det kan håndtere de udfordringer, der vil komme i de kommende år med flere ældre borgere og flere borgere, som lever med en kronisk sygdom. En revision af bekendtgørelse og vejledning kan derfor hensigtsmæssigt have særligt fokus på at understøtte udviklingen af samarbejdet i det borgernære sundhedsvæsen.
- I den forbindelse bør der være fokus på inddragelse af relevante aktører i det borgernære sundhedsvæsen, herunder særligt den øvrige praksissektor, og på, at alle relevante målgrupper bliver omfattet af den generelle aftale.
- Der bør ske en afklaring af, om sundhedsaftalerne i højere grad kan medvirke til at sikre den nødvendige fælles kompetenceudvikling i forbindelse med nye opgaver og opgaveflytning/-overdragelse.
- Sundhedsaftalerne anvendes generelt som tiltænkt til at indgå aftaler om it-understøttelse. Sundhedsaftalerne bør imidlertid i videre udstrækning omfatte implementeringer af eksempelvis nationale strategier og standarder for at sikre en ensartet udvikling landet over.
- En revision af bekendtgørelse og vejledning bør medvirke til at sikre øget ejerskab til sundhedsaftalerne for alle aftaltparterne. I den forbindelse bør også ske en afklaring af, hvordan brugerne kan inddrages i arbejdet med sundhedsaftalerne.

Kilde: Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering. Sundhedsstyrelsen, december 2011.

De næste sundhedsaftaler skal, jf. nuværende lovgivning, indgås og indsendes til Sundhedsstyrelsen senest januar 2015.

#### 9.2.2. Sundhedskoordinationsudvalg

Ifølge sundhedslovens § 204 er regioner og kommuner forpligtet til at etablere regionale sundhedskoordinationsudvalg. Udvalgene har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af regioner og kommuner og har bl.a. til opgave at udarbejde et generelt udkast til sundhedsaftalerne. Ne-

denstående boks 9.4 indeholder en kort beskrivelse af sundhedskordinationsudvalgenes hovedopgaver.

**Boks 9.4.**

**Sundhedskordinationsudvalgenes hovedopgaver**

- At udarbejde et generelt udkast til sundhedsaftaler.
- Efter behov at følge og drøfte sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stille sine vurderinger til rådighed for aftaleparterne.
- At vurdere regionernes udkast til sundhedsplan og komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen imellem sygehuse, praksissektor og kommuner.
- I øvrigt drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i behandlingsforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.
- Informere sundhedskordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommuner i regionen, hvis kendskabet kan fremme koordinationen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Kilde: BEK nr. 778 af 13. august 2009 om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Det er samtidig vigtigt, at det gennem sundhedskordinationsudvalget sikres, at regionen og kommunerne løbende orienterer om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder det sociale område, samt konsekvenserne heraf.

Hvor ikke andet aftales består udvalgene af 3 regionale repræsentanter, 5 kommunale repræsentanter samt 2 repræsentanter for praksisudvalget i regionen. I udvalget er der mulighed for at drøfte samarbejdet og samspil mellem de tre aktører på det generelle niveau.

Almen praksis er som nævnt repræsenteret i sundhedskordinationsudvalgene, men aftaler med praksissektoren kan ikke aftales via sundhedskordinationsudvalget. Almen praksis er således heller ikke automatisk forpligtet til at følge en arbejdsdeling, som en kommune og en region har vedtaget i en sundhedsaftale – fx i forbindelse med et forløbsprogram for en kronikergruppe. Der er heller ikke nogen planlægningsmæssig sammenhæng mellem sundhedskordinationsudvalget og det regionale samarbejdsudvalg på almen lægeområdet. Såfremt diskussioner i sundhedskordinationsudvalget fører til ønsker om at indgå konkrete aftaler m.v. med almen praksis, skal dette drøftes i det regionale samarbejdsudvalg, og aftale indgås mellem regionen og PLO (praksisudvalget).

Jf. afsnit 9.3.1 for en nærmere beskrivelse og vurdering af almen praksis' rolle i sundhedsaftalerne.

Det er generelt vurderingen, at sundhedsaftalekomplekset, og herunder sundhedskordinationsudvalgene, har løftet dialogen og samarbejdet på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Danske Regioner og KL vurderer, at sundhedskordinationsudvalgene fungerer efter hensigten og er en hensigtsmæssig administrativ arbejdsstruktur.



### 9.3. Generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler

Dette afsnit belyser en række generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler. Problemstillingerne kan have den konsekvens, at sundhedsaftalerne ikke i tilstrækkeligt omfang bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet og koordinering af indsatsen på tværs af sygehuse, almen praksis og kommunale tilbud.

Følgende problemstillinger belyses:

- Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis
- Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation i indsatsen
- Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med godkendelse af sundhedsaftalerne
- Tidsmæssig kadence for indgåelse af sundhedsaftaler
- Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne
- Mål, indikatorer og opfølgning
- Udvikling om implementering af tværsektoriel it-understøttet kommunikation
- Sundhedsaftalernes indhold – obligatoriske indsatsområder

#### 9.3.1. Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis

Det er en generel vurdering, herunder i Sundhedsstyrelsens evaluering, og et gennemgående tema i drøftelserne i forbindelse med arbejdet om evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet, at der er behov for i højere grad at forpligte aftaltparterne i sundhedsaftalerne.

##### **Sundhedsaftalerne forpligter ikke almen praksis**

Sundhedsstyrelsens evaluering viser, at de nuværende sundhedsaftaler afspejler en øget integration af almen praksis i forhold til de første sundhedsaftaler. Det konkluderes dog samtidigt, at almen praksis bør medvirke mere forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på styrke almen praksis' samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Almen praksis indgår på flere niveauer i arbejdet omkring sundhedsaftalerne, herunder både politisk, planlægningsmæssigt/administrativt og i de konkrete patientforløb.

På det politiske niveau er praksisudvalgene (PLO) repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalgene og har dermed indflydelse på grundaftalen. Praksisudvalget er imidlertid ikke en egentlig part i de endelige sundhedsaftaler, da der er tale om en politisk aftale mellem regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser.

I de konkrete patientforløb er almen praksis en vigtig aktør i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Deres rolle skal derfor eksplicit beskrives under alle indsatsområder i sundhedsaftalerne, hvilket blev præciseret i den reviderede vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fra 2009. Generelt beskriver alle sundhedsaftaler og forløbsprogrammer m.v. almen praksis' rolle, men det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er en udfordring i forhold til at få disse aftaler implementeret i alle almen praksis.

Ydelserne i almen praksis er en del af det regionale ansvar, men det nuværende aftalesystem sikrer ikke tilstrækkeligt effektivt, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen, som sammenhængende patientforløb forudsætter, herunder i forbindelse med implementering af sundhedsaftalernes konkrete indhold.

Sundhedsaftalerne slår således ikke direkte igennem over for almen praksis, men skal udmøntes via overenskomstsyste met eller lokal aftale, hvor PLO har vetoret i de besluttende organer, og hvor ændringer ofte bliver mødt af krav om merøkonomi.

Dette understøttes af Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksis sektoren, hvor hovedkonklusionen er, de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksis sektoren, og at der således er behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styringsmuligheder.

Den grundlægende problemstilling er således, at det nuværende aftalesystem ikke tilstrækkeligt effektivt sikrer, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen.

Der henvises til afsnit 5.4.2. for en nærmere beskrivelse og vurdering af denne problemstilling.

#### **Uensartet implementering af forløbsprogrammer**

Forløbsprogrammerne for kroniske sygdomme udmøntes via sundhedsaftalerne, men der ses i både kommuner, regioner og almen praksis udfordringer i forhold til at implementere forløbsprogrammerne i henhold til det aftalte ambitionsniveau.

Som det fremgår af arbejdsgruppens delanalyse om patientrettet forebyggelse udfordres i implementeringen af forløbsprogrammer i sundhedsaftalerne af, at flere kommuner erfaringsmæssigt opfatter de faglige retningslinjer i forløbsprogrammer som vejledende, og ikke som et evidensbaseret grundlag, de forpligter sig på at udmønte på samme niveau i alle kommuner. Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer i deres nuværende udformning løser således ikke alle problemer vedrørende arbejdsdeling.

Der henvises til kapitel 5 for en nærmere drøftelse af denne problemstilling.

#### **9.3.2. Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation i indsatsen**

Sundhedsaftalen er både en politisk aftale, som beskriver rammerne og målsætningerne for samarbejdet mellem parterne på en række indsatsområder, samt en administrativ aftale, som fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

De konkrete aftaler omfatter derudover et stort bilagsmateriale, som uddyber aftalen i form af eksempelvis samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer.

Grundaftalen i en region udarbejdes af Sundhedskoordinationsudvalget. De kommunespecifikke aftaler udarbejdes med baggrund i grundaftalen. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne, at det i nogle regioner er alle kommuner, der har tilsluttet sig grundaftalen, mens det i andre regioner er op til anslået en fjerdedel af den samlede aftale, som ligger i de kommunespecifikke aftaler. I de kommunespecifikke aftaler afspejles de enkelte klynges samarbejder/sygehusområder, idet aftalerne indenfor et sygehusområde/klynge ofte er ens, men ikke nødvendigvis magen til naboklyngens.

Det fremgår ligeledes af Sundhedsstyrelsens evaluering, at enkelte kommuner vælger at stå alene på konkrete områder og derved fravælge dele af grundaftalen. Derudover kan der også være en forskellig kadence i forhold til implementering af nye værktøjer, herunder fx forløbsprogrammer og it-understøttede kommunikationsværktøjer.

For stor variation i sundhedsaftalerne på tværs af en region kan vanskeliggøre samarbejdet på tværs af sektorer, ligesom det kan resultere i for stor uensartethed i de tilbud, som borgerne tilbydes. Det kan ligeledes resultere i for stort ressourceforbrug.

Dey kan derfor overvejes, om der fortsat skal være 98 sundhedsaftaler, eller om der fremadrettet eksempelvis skal være én sundhedsaftale for hver region, men med det fornødne rum for at gøre aftalerne tilstrækkeligt målrettede i forhold til kommuners forskellighed i de respektive regioner.

Ulempen ved 98 sundhedsaftaler kan være, at der bliver for stor variation i sundhedsaftalerne indenfor den enkelte region, hvilket kan vanskeliggøre samarbejdet på tværs af sektorer. Fx for et sygehus, der samarbejder med flere kommuner – eller omvendt for en kommune, der samarbejder med flere sygehuse. For mange forskellige organiseringer i kommunerne kan eksempelvis mindske mulighederne for at indhøste effekterne af en mere effektiv tilrettelæggelse af indsatsen, herunder for at neddrøse aktivitet i sygehusregi som følge af kommunal indsats. I DSI's midtvejsevaluering af sundhedsaftalen i Region Sjælland<sup>111</sup> fremhæves det eksempelvis som et problem blandt personalet, at der i realiteten findes 17 forskellige og ikke én forpligtende sundhedsaftale. Der efterlyses på den baggrund yderligere harmonisering af det tværsektorielle samarbejde.

Sundhedsstyrelsens evaluering og evalueringen af Region Sjællands sundhedsaftaler viser imidlertid også, at de kommunespecifikke aftaler medvirker til at sikre kommunalt ejerskab til aftalen og mulighed for håndtering af eventuelle kommunespecifikke/lokale problemstillinger. Også set i lyset af, at ikke alle kommuner er repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalget.

### **9.3.3. Tidsmæssig kadence for indgåelse af sundhedsaftaler**

Det fremgår af bekendtgørelsen om sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg, at der skal indgås sundhedsaftaler én gang i hver valgperiode, dvs. hvert 4. år. Det er samme kadence som for de regionale sundhedsplaner.

Sundhedsaftalerne på de obligatoriske indsatsområder skal således i henhold til nugældende regler indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse inden udgangen af januar i valgperiodens andet år. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning, at regioner og kommuner kan vedtage ændringer i en godkendt sundhedsaftale indenfor hele eller dele af de obligatoriske indsatsområder. Såfremt disse ændringer er af væsentlig karakter, skal den reviderede sundhedsaftale indsendes til Sundhedsstyrelsen til fornyet godkendelse.

Det er vigtigt, at sundhedsaftalerne løbende udvikles og justeres i takt med udviklingen på området, herunder den lokale opfølgning på sundhedsaftalerne, jf. afsnit 9.3.6, ny viden, nye samarbejdsmodeller, udvikling i centrale retningslinjer m.v. Det kan derfor overvejes at præcisere behovet for, at Sundhedskoordinationsudvalget som led i den systematiske opfølgning på sundhedsaftalerne en gang årligt gennemgår sundhedsaftalerne og vurderer behovet for at revidere sundhedsaftalens indhold. Dette skal ske uden, at aftalerne dermed som udgangspunkt skal indsendes til fornyet godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Alternativt kan det overvejes at ændre på den tidsmæssige kadence for indgåelse af sundhedsaftalerne.

---

<sup>111</sup> Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland, Status på den foreløbige implementering. DSI, juni 2012.

### 9.3.4 Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalerne

Sundhedsstyrelsen skal i henhold til sundhedsloven godkende sundhedsaftalerne med baggrund i bekendtgørelse og vejledning. I godkendelsesprocessen foretager Sundhedsstyrelsen en vurdering af, om sundhedsaftalen omfatter alle obligatoriske krav.

I sin godkendelse af 2. generationsaftalerne har Sundhedsstyrelsen i sin tilbagemelding til regioner og kommuner alene forholdt sig til, om sundhedsaftalen kan godkendes. Derudover har Sundhedsstyrelsen i godkendelsesbrevet beskrevet en række generelle bemærkninger til de samlede sundhedsaftaler på tværs af landet.

I forlængelse heraf har nogle regioner og kommuner udtrykt ønske om en mere individuel tilbagemelding fra Sundhedsstyrelsen med henblik på i højere grad at kunne bidrage til en fortsat udvikling af sundhedsaftalerne i den pågældende region/kommune.

Udover vurderingen af de konkrete aftaler har Sundhedsstyrelsen også en rådgivende og vejledende rolle i forhold til kravene til sundhedsaftalerne, ligesom Sundhedsstyrelsen forventes at medvirke til videndeling i forhold til den generelle udvikling af området.

### 9.3.5. Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne

Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne viser, at der i regioner og kommuner generelt er fokus på udvikling og implementering af sundhedsaftalerne. Men der vurderes fortsat at være behov for, at aftaleparterne styrker implementeringsdelen, herunder i højere grad sikrer kendskab og ejerskab til sundhedsaftalernes konkrete indhold hos medarbejdere i de udførende led, som har kontakten med borgerne. Dette fremgår også af arbejdsgruppens delanalyser i forbindelse med de enkelte fokusområder.

Implementeringsudfordringer er ligeledes en gennemgående konklusion i DSI's midtvejsevaluering af sundhedsaftalen i Region Sjælland. Heraf fremgår bl.a., at der fortsat er langt fra aftale til praksis, og det fremhæves, at der ligger en udfordring i at sikre, at samarbejdet, der er opnået på administrativt niveau på tværs af kommuner og regioner, også kommer til at foregå i de udførende led.

Mangelfuld implementering betyder, at sundhedsaftalen ikke får den tilsigtede effekt, og konsekvensen kan derfor være manglende sammenhæng i indsatsen overfor patienten.

For at sundhedsaftalerne skal få den tilsigtede effekt er det nødvendigt, at aftalerne omsættes til praksis og hverdagsrutiner hos det personale, som møder borgerne. Det er i høj grad en ledelsesopgave at sikre dette. Implementeringen kan understøttes af en række konkrete værktøjer, som tager afsæt i den hverdag, medarbejderne står i. Fx i form af laminerede lommekort der kan fungere som tjekliste, pixi-udgaver, udpegning af ansvars personer m.v. Nedenstående boks indeholder en række eksempler på implementeringsredskaber.

#### Boks 9.5.

#### Eksempler på værktøjer til implementering af sundhedsaftalerne

- *Fælles skolebænk.* Fælles skolebænk er et undervisningskoncept, der samler personale fra primær og sekundær sektor til fælles undervisning og erfaringsudveksling inden for et relevant fagligt område – fx indføring i et forløbsprogram og opgaver og samarbejde i kronikerbehandlingen. Konceptet udbredes i øjeblikket i flere regioner ved hjælp af midler fra kronikerpuljen.

- *Lommehåndbog.* I Region Midtjylland er der lavet en lommehåndbog, som beskriver arbejdsdeling og arbejdsgange på tværs af indsatsområderne i sundhedsaftalen. Lommebogen giver også plads til de bilaterale aftaler som indstik bagest i lommebogen. Bogen er blevet sendt ud til nøglepersoner i kommunerne, regionen og på sygehusene.
- *Elektronisk samarbejdshåndbog.* Region Nordjylland har udarbejdet en elektronisk samarbejdshåndbog med fokus den tværsektorielle koordinering af opgaver vedrørende indlæggelser og udskrivelser. Håndbogen indeholder korte og præcise beskrivelser af arbejdsgange og samarbejdsflader mellem sektorerne og er målrettet det personale, der skal sikre, at indholdet i sundhedsaftalerne udmøntes i den daglige praksis.
- *Labels.* I Region Sjælland er et eksempel på et værktøj til implementering af aftalerne labels, som sættes på forsiden af patientens journal. Her skal alle sygehusets forpligtelser forud for udskrivning være tjekket af, inden patienten kan udskrives.
- *Laminerede lommekort.* Som et værktøj til at implementere sundhedsaftalen har man flere regioner forsøgt sig med laminerede lommekort, der fungerer som tjekliste for de ting, der skal huskes ved henholdsvis ukomplicerede og komplicerede udskrivelser.
- *Pixi-udgave af retningslinjer.* I Region Syddanmark er udarbejdet et bilag til samarbejdsaftalen mellem region og kommune om borger-/patientforløb (SAM:BO), som består af dels et ringbind med detaljerede retningslinjer, dels en pixi-udgave, som er lavet i "kittelformat".

### 9.3.6. Mål, indikatorer og opfølgning

I bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der i dag formuleret krav om, at aftaleparterne skal beskrive, hvordan de vil følge op på aftalen i forhold til alle obligatoriske indsatsområder.

Opfølgningdelen var også et af de elementer, som blev styrket i Sundhedsstyrelsen reviderede vejledning fra 2009. Det fremgår således af den nuværende vejledning, at aftaleparterne i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalen bør formulere konkrete målsætninger og fastsætte ambitionsniveauer for aftalen. Det fremgår ligeledes, at det er en væsentlig forudsætning for en god opfølgning, at der identificeres relevante indikatorer og formuleres forudgående forventninger og målsætninger til aftalen.

Sundhedsstyrelsens gennemgang af de nyeste sundhedsaftaler i 2011 viste, at opfølgningselementet – herunder konkret brug af indikatorer og øvrige opfølgningselementer – er blevet styrket. Generelt er der fokus på opfølgning af både de politiske aftaler, de administrative aftaler og de konkrete samarbejdsaftaler. Sundhedsaftalerne indeholder generelt klare og operationaliserbare procedurer for opfølgning. Og der anvendes en række forskellige metoder til opfølgningen, herunder både kvantitative og kvalitative data og analyser, jf. nedenstående boks.

#### Boks 9.6.

##### Eksempel på procedure for opfølgning – Region Midtjylland

Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen indeholder en specifik aftale om en løbende opfølgning og videreudvikling af sundhedsaftalen og samarbejdet herom. Det fremgår således af et bilag til sundhedsaftalen, hvordan og hvornår der skal følges op, og hvem som er ansvarlig.

Den administrative opfølgning finder dels sted i Temagruppen for økonomi- og opfølgning, lokalt i de

enkelte klynger og indenfor de enkelte delområder.

Klyngerne mødes mindst to gange om året, hvor der som fast punkt vil være fremlæggelse af nøgletal.

Delområderne udarbejder evalueringer for de politiske udpegede målsætninger.

Temagruppen opsamler alle statusopgørelser og afrapportering til en samlet rapport og videreformidler den til øvrige politiske og administrative niveauer. Temagruppen laver også egen statusopgørelse. Der udarbejdes inden for aftaleperioden tre statusrapporter.

Der er opstillet meget præcise politiske succeskriterier og målemetoder inden for de enkelte aftaleområder med lokale og nationale indikatorer.

Sundhedsstyrelsens evaluering bekræftede dette billede. Regionernes og kommunernes primære fokus i første generation af sundhedsaftalerne var på organisering af samarbejdet og udarbejdelse af aftalens indhold, mens der i anden generation er arbejdet mere indgående med opfølgning og implementering.

Sundhedsstyrelsen vurderer dog samtidig, at der fortsat er behov for at styrke opfølgningsdelen.

Som led i Sundhedsstyrelsens evaluering er gennemført et udviklingsarbejde med deltagelse af repræsentanter fra regioner og kommuner med det formål at udvikle indikatorer til at monitorere effekten af sundhedsaftalerne samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af samarbejdet mellem aftaleparterne, jf. boks 10.7. Det var imidlertid ikke muligt at udvikle dækkende indikatorer for samtlige indsatsområder, bl.a. fordi der på en række områder i dag ikke eksisterer relevante data. Det skal derfor understreges, at de udvalgte indikatorer afspejler de områder, hvor der i dag eksisterer nationale data. Der er således fortsat behov for at arbejde med indikatorudvikling for særligt de dele af forløbet, der vedrører kommunerne og almen praksis med henblik på at sikre dækkende indikatorer for indsatsen.

#### **Boks 9.7.**

##### **Sundhedsstyrelsens indikatorer til monitorering af sundhedsaftalerne**

Som del af Sundhedsstyrelsens evaluering er til en start udvalgt 13 indikatorer til monitorering af sundhedsaftalerne:

- Patientoplevels samarbejde og kommunikation mellem hospital og kommune ved udskrivelse
- Patientoplevels samarbejde og kommunikation mellem hospital og almen praksis ved udskrivelse
- Rettidig fremsendelse af epikrise til praksissektor
- Implementering af MedComs 7 sygehusstandarder
- Forebyggelige indlæggelser
- Forebyggelige genindlæggelser
- Færdigbehandlede somatiske patienter
- Ventetid til udredning i børne- og ungepsykiatrien
- Genindlæggelser indenfor psykiatrien
- Færdigbehandlede psykiatriske patienter
- Antal genoptræningsplaner fordelt på diagnose, kommune og hospital
- Fordeling af almene og specialiserede genoptræningsplaner
- Ventetid til genoptræning

Det var en forudsætning, at indikatorerne skulle være:

- Nationale (data dækker alle landets regioner og kommuner)
- Tværsektorielle (belyse indsatser og resultater i flere sektorer)
- Baseret på eksisterende data (forudsætter ingen nye registreringer)
- Monitorerbare over tid (tilbagevendende)
- Belysning af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder

Sundhedsstyrelsen vil fremover være ansvarlig for én gang om året at publicere data for de udvalgte indikatorer. Den første offentliggørelse forventes at finde sted inden udgangen af 2012 med offentliggørelse af data fra 2011.

For de indsatsområder, hvor det endnu ikke har været muligt at etablere nationale tværsektorielle indikatorer, vil der pågå et løbende opfølgingsarbejde med identifikation af relevante indikatorer i takt med de muligheder, som fremtidige registreringer giver.

### 9.3.7. Udvikling og implementering af tværsektoriel IT-understøttet kommunikation

Af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne fremgår, at alle aktuelle sundhedsaftaler indeholder planer for implementering af nationale it-standards. Derudover er flere regioner i gang med eller har etableret it-platteformer målrettet de professionelle med henblik på at dele viden om egne og andres tilbud m.v. i sundhedsvæsenet, ligesom der afprøves og implementeres telemedicin.

#### Boks 9.8.

##### Eksempel – Region Syddanmarks sundhedsaftale om sundheds-it

I sundhedsaftalen i Region Syddanmark er udpeget følgende områder til generel udbredelse i hele regionen med deltagelse af alle parter:

- Gennemførelse af 3. fase af sygehus-hjemmepleje-projektet og projektet vedr. elektronisk genoptræningsplan, hvor MedCom-standarder tages i anvendelse i alle it-systemerne og afløser kommunikation af forløbsplan, rapporter og genoptræningsplan i korrespondanceformat. Herved opnås, at data kommunikerer på struktureret form og kan genbruges i it-systemerne.
- Udbredelse af korrespondance-kommunikation mellem kommunen og lægepraksis, således at alle læger og alle kommuner kommunikerer via den elektroniske korrespondance. Fordelen herved er, at kommunikationen dokumenteres automatisk i journalsystemerne hos begge parter. Ventetid ved telefonen undgås.
- Implementering af elektronisk henvisning fra lægepraksis til kommunale forebyggelsestilbud. Lægepraksis sender elektronisk henvisning til kommunerne. Kommunerne sender elektronisk kvittering og status til lægepraksis. Dette forudsætter, at alle kommuner anskaffer it-systemer til brug i forebyggelsesarbejdet, og at MedCom-standarderne implementeres. Herved opnås, at data kommunikerer digitalt og kan genbruges i modtagerens it-system. Hurtig kommunikation direkte til modtageren.
- Udbredelse af telemedicinsk sårbehandling. Regionens sygehuse tilbyder telemedicinsk understøttet sårbehandling som et samarbejde med den kommunale sårsygeplejerske. Teknologien muliggør, at patienten i højere grad kan behandles i eget hjem.
- Anvendelse af elektronisk kommunikation til understøttelse af samarbejdet om gravide og nyfødte, herunder elektronisk forsendelse af fødselsanmeldelser.

- Udarbejdelse af strategi og udmøntningsplan for elektronisk kommunikation på psykiatriområdet som del af den samlede it-strategi.

Hastighederne for implementeringerne af nationale it-standarder samt for udrulning af tværsektoriel it-understøttet kommunikation har imidlertid været forskellig, jf. kapitel 8.

På nogle punkter er der således behov for en mere koordineret landsdækkende udvikling mellem regioner og kommuner. Udgangspunktet for dette er bl.a. National Sundheds-it's standarder for brug af it i sundhedsvæsenet og udmøntningen af tværgående initiativer.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering i forbindelse med evalueringen af sundhedsaftalerne, at en reference til nationale strategier, standarder m.v. i fremtidige sundhedsaftaler vil kunne skabe en mere koordineret implementering og anvendelse af it med henblik på at sikre en mere sammenhængende kommunikation.

Det er samtidig vigtigt at sikre lokal forankring og forpligtende aftaler mellem kommuner og regioner.

Det vurderes ligeledes, at sundhedsaftalernes koordinerende funktion kunne styrkes ved at der i aftalerne i højere grad lokalt arbejdes med deadlines for udbredelsen af nye it-systemer. Eksempelvis at region og kommuner er enige om, at alle genoptræningsplaner fra en given dato skal sendes elektronisk.

### **9.3.8. Sundhedsaftalernes indhold - obligatoriske indsatsområder**

Som det fremgår af boks 4.6, skal sundhedsaftalerne som minimum omfatte seks obligatoriske indsatsområder – indlæggelses- og udskrivningsforløb, træningsområdet, behandlingsredskaber og hjælpemidler, forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, indsatsen for mennesker med sindslidelser og opfølgning på utilsigtede hændelser.

Der er ikke sket større ændringer af de obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte, fra de første sundhedsaftaler til i dag. Ved revisionen af bekendtgørelsen i 2009 skete to mindre ændringer, idet indsatsområderne "indlæggelse" og "udskrivning af svage ældre" blev slået sammen til indsatsområdet "indlæggelse og udskrivning". Ligeledes blev indsatsområdet "opfølgning på utilsigtede hændelser" tilføjet som følge af, at patientsikkerhedsordningen blev udvidet.

Patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet ændres imidlertid løbende bl.a. i takt med, at nye muligheder opstår som følge af eksempelvis den behandlingsmæssige og teknologiske udvikling. Derudover sker der i disse år en stigende specialisering af sygehusvæsenet, herunder etablering af fælles akutmodtagelser, og en udvikling af det nære sundhedsvæsen, fx med sundheds- og akuthuse. Det er derfor vigtigt løbende at udvikle det tværsektorielle samarbejde tilsvarende.

De nuværende seks indsatsområder og samarbejdet på områderne har samtidig meget forskellig karakter, hvilket også er tydeligt i indhold og omfang af de indgåede sundhedsaftaler.

Det er derfor relevant at belyse, om sundhedsaftalerne i dag er bygget op omkring de rigtige indsatsområder.

Fælles for de nuværende indsatsområder er, at de er generelle og væsentlige for alle patientgrupper. Fordelen er således, at indsatsområderne sikrer de overordnede rammer for samarbejdet på tværs af



målgrupper og skal omfatte alle borgere/patienter, som har et forløb på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Ulempen kan være, at der ikke i tilstrækkeligt omfang er fokus på at sikre sammenhæng i hele patientforløbet for den enkelte patient.

Et patientforløb går ofte på tværs af flere indsatsområder. For nogle af de større patientgrupper udarbejdes der forløbsprogrammer, som således beskriver et patientforløb på tværs af de enkelte indsatsområder.

Det kan derfor overvejes i stedet at bygge sundhedsaftalerne op omkring udvalgte målgrupper. Fx børn/unge, kronikere, ældre medicinske patienter, nyfødte og forældre m.v. Det vil understrege fokus på sammenhængende patientforløb for den enkelte målgruppe.

En risiko herved kan være, at nogle patientgrupper falder udenfor sundhedsaftalerne. Ligeledes vil et udgangspunkt i målgrupper kræve nogle klare afgrænsninger i forhold til inklusions- og eksklusionskriterier.

Det nuværende indsatsområde "indsatsen for mennesker med sindslidelser" skiller sig ud ved at have fokus på en afgrænset målgruppe. Fordelen ved at "mennesker med sindslidelse" er et selvstændigt indsatsområde er, at der kommer et særligt fokus på det psykiatriske område, hvilket Sundhedsstyrelsens evaluering også viste et behov for. Ulempen kan være, at denne målgruppe ikke i samme grad omfattes af de generelle aftaler på fx træningsområdet og forebyggelsesområdet. Det er derfor væsentligt at understrege, at sindslidende også er omfattet af de øvrige indsatsområder i sundhedsaftalen.

Det vurderes i Sundhedsstyrelsens evaluering, at der er behov for at videreudvikle de indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte. Sundhedsstyrelsen vurderer således, at:

- Sundhedsaftalerne i højere grad skal understøtte udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen, bl.a. med henblik på at håndtere de udfordringer, der vil komme i de kommende år med flere ældre borgere og flere borgere, som lever med en kronisk sygdom. De nuværende krav til indsatsområderne lægger i højere grad op til at håndtere samarbejdet mellem sygehuse og kommuner og i mindre grad samarbejdet mellem almen praksis og kommuner. Ligeledes lægges der i højere grad op til en "stafetmodel", hvor stafetten gives videre sekventielt, og i mindre grad en samarbejdsmodel, hvor patienten har samtidige forløb i forskellige sektorer.
- Sundhedsaftalerne i højere grad skal bidrage til at sikre ensartet implementering af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.
- Der kan være behov for at udvide indsatsområdet "træningsområdet", som i dag kun omfatter genoptræning efter sygehusindlæggelse. På sigt kan det overvejes, om området kan og bør udvides til at omfatte hele tværsektorielle indsats indenfor rehabilitering.
- Sundhedsaftalerne i højere grad skal inddrage lighed i sundhed, herunder beskrive konkrete initiativer til at sikre øget lighed. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne, at mange af 2. generationsaftalerne indeholder politiske visioner om at sikre lighed i sundhed, men der er kun i begrænset omfang beskrevet initiativer rettet mod dette.

Det kan ligeledes overvejes, om sundhedsaftalerne i højere grad skal medvirke til at sikre den nødvendige fælles kompetenceudvikling i forbindelse med opgaveudviklingen.

Flere regioner og kommuner har indgået aftale om opgaveudvikling og deciderede opgaveoverdragelsesaftaler. Aftalerne har til formål at sikre, at der er klarhed over processen for de organisatoriske ændringer, klarhed over hvilke opgaver, der skal løses, opgavernes omfang, hvilke kompetencer der kræves og plan for implementering af aftalen.

De foreløbige erfaringer er, at aftalerne fungerer udmærket i forhold til at sikre, at opgaverne ændres på den ønskede måde, men at det generelt er en udfordring at beskrive opgaven, som løbende udvikler sig og ændrer karakter.

## **9.4. Arbejdsgruppens forslag og anbefalinger til at styrke sundhedsaftalerne og det forpligtende tværsektorielle samarbejde**

Dette afsnit indeholder arbejdsgruppens forslag og anbefalinger til fremadrettet at styrke sundhedsaftalerne som samarbejdsværktøj, således at der sikres et mere forpligtende samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og de kommunale sundhedstilbud i regi af sundhedsaftalerne.

### **9.4.1. 5 sundhedsaftaler – én i hver region**

Der findes i dag 98 sundhedsaftaler, som er indgået med afsæt i en grundaftale udarbejdet af Sundhedskoordinationsudvalget i den enkelte region. Det betyder, at der kan være variation i sundhedsaftalerne indenfor den enkelte region. Dette kan vanskeliggøre samarbejdet på tværs af sektorer. Fx for et sygehus der samarbejder med flere omkringliggende kommuner – eller omvendt for en kommune, der samarbejder med flere sygehuse. Det kan samtidig resultere i for stor uensartethed i de tilbud, som borgerne tilbydes.

Det foreslås derfor, at den regionale grundaftale styrkes, så der fremadrettet bliver tale om 5 sundhedsaftaler frem for 98. Formålet er at sikre større ensartethed i det tværsektorielle samarbejde.

#### **Anbefaling 9.1**

##### **5 sundhedsaftaler – én i hver region**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der sker en styrkelse af sundhedsaftalerne, så disse baserer sig på 5 sundhedsaftaler – én i hver region – og tager afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner, på de obligatoriske indsatsområder.
- At der sikres det fornødne rum til at gøre aftalerne tilstrækkeligt fleksible i forhold til kommunernes forskellighed, herunder at de konkrete målsætninger kan variere fra kommune til kommune.

En større ensartethed i sundhedsaftalerne indenfor en region vil styrke mulighederne for samarbejde og vil også kunne bidrage til at sikre en mere ensartet kadence i forhold til implementering af nye værktøjer, herunder fx forløbsprogrammer og it-understøttede kommunikationsværktøjer. Det er dog samtidig vigtigt at fastholde, at der lokalt kan iværksættes spydspidsprojekter og initiativer rettet mod særligt lokale forhold og udfordringer.

#### 9.4.2. Fastsættelse af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder

Sundhedsaftalerne skal tage udgangspunkt i indsatsområder, hvor der er særlige snitflader mellem kommunale og regionale ansvarsområder på sundhedsområdet – og dermed et særligt behov for koordinering og samarbejde.

De nuværende sundhedsaftaler indeholder seks obligatoriske indsatsområder, som generelt har meget forskellig karakter. Samtidig ændrer patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet sig løbende i takt med ny teknologi og nye behandlingsmuligheder, ligesom sundhedsvæsenet i disse år ændrer sig i takt med stigende specialisering af sygehusene og udvikling af det borgernære sundhedsvæsen.

På den baggrund er det arbejdsgruppens vurdering, at der er behov for at revurdere sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye obligatoriske indsatsområder.

##### **Anbefaling 9.2**

##### **Fastsættelse af de obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der forud for, at der skal udarbejdes nye sundhedsaftaler, sker en revurdering af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye indsatsområder, bl.a. med henblik på at sikre, at sundhedsaftalerne i højere grad understøtter håndteringen af den stigende kronikerudfordring og den patientrettede forebyggelse.

Som led heri skal der tages stilling til, dels om der er nogle af de nuværende indsatsområder, der skal justeres, dels om der er nogle der helt kan udgå, og dels om der er behov for nye indsatsområder. I vurderingen af nye indsatsområder skal derfor overvejes, hvad der kan og skal løses i regi af sundhedsaftalerne, og hvad der kræver andre og supplerende tiltag.

#### 9.4.3. Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med sundhedsaftalerne udbygges

Sundhedsstyrelsen fokuserer i sin godkendelse af sundhedsaftalerne på, om sundhedsaftalerne opfylder bekendtgørelsens obligatoriske krav eller ej. Nogle regioner og kommuner har efterspurgt en mere individuel tilbagemelding i forhold til de enkelte sundhedsaftaler fra Sundhedsstyrelsen.

##### **Anbefaling 9.3**

##### **Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med sundhedsaftalerne udbygges**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At Sundhedsstyrelsen giver en mere individualiseret og målrettet tilbagemelding på de 5 sundhedsaftaler (grundaftaler) – fx i forhold til fokusområder for det fremadrettede samarbejde – med henblik på at understøtte en løbende udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

Det vurderes, at en mere individualiseret tilbagemelding fra Sundhedsstyrelsen, fx i forhold til fokusområder for det fremadrettede samarbejde, kan bidrage til at styrke aftaleparternes løbende opfølgning på sundhedsaftalerne og den fremadrettede udvikling. Den individuelle rådgivning indgår ikke som en del af godkendelsesprocessen i øvrigt.

#### 9.4.4. Øget styringsmuligheder for myndighederne i forhold til almen praksis

Som det fremgår af ovenstående, er det en generel konklusion, at der er behov for yderligere at forpligte aftaleparterne i sundhedsaftalerne, herunder særligt almen praksis, med henblik på at sikre, at det konkrete indhold i aftalerne udmøntes som tilsigtet og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb.

Generelt beskriver alle sundhedsaftaler og forløbsprogrammer m.v. almen praksis' rolle, men der er en udfordring i forhold til at få disse aftaler implementeret i alle almen praksis.

Det vurderes, at den grundlæggende problemstilling er, at sundhedsaftaler, forløbsprogrammer m.v. ikke slår direkte igennem over for almen praksis, men skal udmøntes via overenskomstsyste met eller lokal aftale, hvor PLO har vetoret i de besluttende organer. Det nuværende aftalesystem sikrer ikke tilstrækkeligt effektivt, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen.

Arbejdsgruppen støtter dette og anbefaler på den baggrund, regionerne får øget styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det er arbejdsgruppens vurdering, at det er en grundlæggende forudsætning for, at almen praksis kan forpligtes til at indgå i integrerede tilbud til fx patienter med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter og således for at implementere sundhedsaftalerne som tilsigtet.

#### **Anbefaling 9.4**

##### **Øget styringsmuligheder for myndighederne i forhold til almen praksis**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionerne får øgede styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det skal i højere grad være muligt for regionen at definere de opgaver, som almen praksis skal løse i et sammenhængende sundhedsvæsen og efterfølgende kontrollere og sanktionere, hvis en praksis ikke efterlever dette.

#### 9.4.5. Yderligere initiativer til at gøre sundhedsaftalerne mere forpligtende

Det er arbejdsgruppens vurdering, at de foreslåede styrkels er af sundhedsaftaleinstrumentet, herunder opstilling af konkrete målsætninger på de obligatoriske indsatsområder, generelt vil bidrage til at gøre samarbejdet mere forpligtende. Derudover har arbejdsgruppen drøftet en række andre måder, hvorpå sundhedsaftalerne i højere grad kan forpligte aftaleparterne.

Arbejdsgruppen har bl.a. drøftet, at der kan indføres aftalebaserede sanktionsmekanismer som led i sundhedsaftalearbejdet. Det vurderes, at forslaget kan bidrage til i højere grad at forpligte aftalepartene samt skærpe fokus på, at sundhedsaftalerne skal overholdes og gennemføres som tilsigtet.

Omvendt kan ulempen være, at der kan blive vanskeligt at opnå enighed derom og håndhæve, ligesom introduktionen af sanktioner vil bryde med princippet om, at sundhedsaftalerne er et aftalesystem baseret på et gensidigt tillidsforhold parterne imellem.

Arbejdsgruppen har ligeledes drøftet, at der i højere grad kan knyttes økonomi til sundhedsaftalerne og eksempelvis aftale fælles, samfinansierede initiativer og projekter kommuner og regioner imellem i sundhedsaftalerne, fx i forhold til "shared care". Der arbejdes videre med dette spørgsmål i det kommunale forebyggelsesudvalg.

#### 9.4.6 Styrket implementering af sundhedsaftalerne i det udførende led

For at sundhedsaftalerne skal få den tilsigtede effekt og medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb er det nødvendigt, at aftalerne omsættes til praksis og hverdagsrutiner hos det personale, som møder borgerne. Det er arbejdsgruppens vurdering, jf. afsnit 9.2.4, at der fortsat er behov for at styrke implementeringen af sundhedsaftalerne i de udførende led.

Det foreslås derfor, at implementeringen af sundhedsaftalerne styrkes.

##### Anbefaling 9.5

##### Styrket implementering af sundhedsaftalerne

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler bør indgå, at sundhedsaftalen skal indeholde en plan for implementering, samt at det i Sundhedsstyrelsens vejledning præciseres, hvad aftaleteksten vedr. implementering kan omfatte.

Det vurderes ligeledes, at styrket fokus på opfølgning af sundhedsaftalerne vil have en afsmittende effekt på aftalernes implementering, jf. nedenstående.

#### 9.4.7. Styrket dokumentation og systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne – mål, indikatorer og opfølgning

Et vigtigt redskab til at sikre, at sundhedsaftalerne gennemføres og bidrager til at skabe sammenhængende forløb for borgerne på tværs af myndigheds- og sektorgrenser er, at kommuner og regioner formulerer konkrete målsætninger, herunder identificerer relevante indikatorer, og løbende følger op på, om disse målsætninger indfries.

Som det fremgår af afsnit 9.3.6, er opfølgningselementet blevet styrket i 2. generationsaftalerne. Sundhedsstyrelsen vurderer dog samtidig, at der fortsat er behov for at styrke opfølgningsdelen.

##### Anbefaling 9.6

##### Styrket dokumentation og systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der udvikles dækkende, nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, som løbende monitoreres, og hvor data offentliggøres årligt. Formålet er at monitorere effekten af sundhedsaftalerne samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af samarbejdet mellem aftaleparterne og udbredelse af best practice.
- At regioner og kommuner forpligtes til som del af sundhedsaftalen at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet og de enkelte indsatsområder, bl.a. med udgangspunkt i de nationale indikatorer, og til løbende at følge op på disse, herunder regelmæssigt af-rapportere til Sundhedskoordinationsudvalget om fremdriften. Målsætningerne aftales lokalt og kan variere fra kommune til kommune med henblik på at tage højde for lokale forskelle.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en fortsat styrkelse af aftaleparternes opfølgning på sundhedsaftalerne vil bidrage dels til at sikre implementering af aftalernes indhold, dels til en løbende vurdering af, om sundhedsaftalerne bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb, eller om der er behov for at ændre indsatsen. Monitoreringen skal generelt ske med udgangspunkt i de borgere, der deles mellem kommuner og regioner.

#### **Anbefaling 9.7**

##### **Årlig revision af sundhedsaftalerne efter behov**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At Sundhedskordinationsudvalget som led i den systematiske opfølgning på sundhedsaftalerne en gang årligt gennemgår sundhedsaftalen og vurderer behovet for at revidere sundhedsaftalens indhold.

Formålet er at sikre, at sundhedsaftalerne løbende udvikles og justeres i takt med udviklingen på området. Der fastholdes således en overordnet 4-årig kadence for indgåelse af sundhedsaftaler.

#### **9.4.8. Mere forpligtende it-samarbejde mellem kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne**

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne og delanalysen om sundheds-it, at der på nogle områder er behov for en mere koordineret udvikling og implementering af sundheds-it for at sikre en ensartet udvikling landet over, ligesom der fortsat er behov for at udvikle og implementere elektronisk kommunikation.

Dette kan præciseres i bekendtgørelse og/eller vejledning.

#### **Anbefaling 9.8**

##### **Mere forpligtende it-samarbejde mellem kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At sundhedsaftalerne i videre udstrækning anvendes til at sikre lokale forpligtelser mellem regioner og kommuner i forhold til udbredelse og implementering af sundheds-it, samt at der i højere grad arbejdes med deadlines for udbredelse af nye it-systemer.

# Bilag 1. Kommunal medfinansiering

## Formål

Kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsområdet er et generelt incitament for kommunerne til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen – herunder den langsigtede forebyggelse – effektivt. Medfinansieringen skal således ses i sammenhæng med de øvrige udgiftskonsekvenser i forhold til borgeres sundhedstilstand, f.eks. i forhold til arbejdsmarkedet, det sociale system og plejesektoren.

Ordningens generelle karakter betyder, at der er lagt op til, at kommunerne lokalt identificerer de områder, hvor de kan arbejde mere målrettet med den indsats, der kan øge kvaliteten og sammenhængen i den kommunale forebyggelse på tværs af de kommunale sektorer.

Formålet med ordningen er dermed bl.a. at understøtte at færre patienter indlægges på sygehus, færre unødvendige indlæggelser og genindlæggelser mv. Dvs. generelt understøtte en indsats, hvor der prioriteres forebyggelse frem for behandling.

## Modellens indretning

Før 2012 var de kommunale bidrag fordelt på to bidrag. Et grundbidrag (beregnet pr. indbygger og uafhængigt af aktivitet) på ca. 7 pct. af den samlede regionale finansiering og et aktivitetsafhængigt bidrag på ca. 11 pct. af den samlede regionale finansiering. Efter ændringen pr. 1. januar 2012, hvor grundbidraget blev omlagt til at være en del af den aktivitetsbestemte bidrag. Det betyder, at herefter udgør den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering ca. 20 pct. af de samlede regionale sundhedsudgifter.

Ændringen var begrundet i et ønske om at understøtte kommunernes forebyggende indsatser yderligere.

Tabel 1.1.

Oversigt over finansieringen af regionernes udgifter på sundhedsområdet (2012)

|                 | Generelle tilskud   | Aktivitetsafhængige midler  | I alt       |
|-----------------|---|---|-------------|
| <b>Stat</b>     | Generelt bloktilskud fra staten fordelt efter objektive kriterier (ca. 79 pct.) | Aktivitetsafhængig pulje fordelt mellem regionerne efter samme kriterier som bloktilskuddet (ca. 3 pct.)                        | Ca. 82 pct. |
| <b>Kommuner</b> | Intet kommunalt grundbidrag fra og med 2012. (0 pct.)                           | Aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af sundhedsområdet baseret på indbyggerens forbrug af sundhedsydelser (ca. 18 pct.) | Ca. 18 pct. |
| <b>I alt</b>    | Ca. 79 pct.   | Ca. 21 pct.   | 100 pct.    |

Anm.: De faktiske procenter kan afvige fra de her angivne.

Kommunerne skal som hidtil afregne med regionerne hver gang en borger har fået en regional finansieret sundhedsydelse. Bidragets størrelse afspejler antallet af indlæggelser og ambulante behandlinger på sygehusene og hos de praktiserende læger og speciallæger m.v. Det betyder overordnet, at jo mindre borgerne i en kommune trækker på det regionale sundhedsvæsen, jo mindre vil kommunen skulle svare i kommunal medfinansiering. Ændringen medfører en forøgelse af loftet for betalingen pr. stationær sygehusbehandling fra knap 5.000 kr. til omkring 14.000 kr. (2012-pl), og for ambulante sygehusbehandling fra godt 330 kr. til omkring 1.400 kr. (2012-pl).

**Tabel 1.2.**

**Oversigt over procentsatser og lofter for den kommunale medfinansiering (2012 pris- og lønniveau)**

|                                    | År 2011 og førhen  | År 2012 og fremadrettet   |
|------------------------------------|--|---|
| <b>Somatik</b>                     |  |   |
| Stationær behandling               | 30 pct. af DRG-takst (ekskl. langliggertakst), dog maksimalt 5.072 kr. pr. indlæggelse                           | 34 pct. af DRG-takst (ekskl. langliggertakst), dog maksimalt 14.025 kr. pr. indlæggelse                             |
| Ambulant behandling                | 30 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 339 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 5.072 kr. | 34 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 1.384 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 14.025 kr. |
| Genoptræning under indlæggelse     | 70 pct. af genoptræningstakst  | 70 pct. af genoptræningstakst   |
| <b>Psykiatri</b>                   |  |   |
| Stationær behandling               | 60 pct. af sengedagstakst, dog maksimalt 8.113 kr. pr. indlæggelse   | 60 pct. af sengedagstakst, dog maksimalt 8.113 kr. pr. indlæggelse  |
| Ambulant behandling                | 30 pct. af besøgstakst   | 30 pct. af besøgstakst  |
| <b>Praksissektoren</b>             |  |   |
| Speciallægebehandling              | 30 pct. af honorarer, dog maksimalt 332 kr. pr. ydelse   | 30 pct. af honorarer, dog maksimalt 332 kr. pr. ydelse  |
| Øvrig behandling i praksissektoren | 10 pct. af honorarer   | 10 pct. af honorarer  |



## Boks 1.

### Loft og efterregulering for den kommunale medfinansiering

I aftalerne om kommunernes økonomi fastlægges de forventede udgifter til medfinansiering på sundhedsområdet. Kommunerne kompenseres for dette niveau i aftalen. Den forventede kommunale medfinansiering er udregnet sådan, at der er sammenhæng mellem kommunernes forventede medfinansiering på sundhedsområdet og det aftalte udgiftsniveau for regionerne.

Med omlægningen af den kommunale medfinansiering i 2012 indførtes et loft for *regionernes indtægter* fra aktivitetsbestemt medfinansiering. Loftet for regionernes maksimale indtægter fastsættes på baggrund af de enkelte regioners aktivitet i det foregående år med tillæg af økonomiaftalens vækstforudsætning.

Ændringen indebærer ligeledes, at kommunerne tilbageføres eventuelt statsligt opsamlet kommunal medfinansiering, som kan tilskrives *merproduktivitet* i en eller flere regioner. Bidraget til efterreguleringen fra en given region udgør den del af de kommunale medfinansieringsbidrag opsamlet i staten, som kan henføres til en produktivitet i regionen, som er højere end den forudsatte. Efterreguleringen udgør summen af positive bidrag fra de enkelte regioner, og det er således ikke et krav, at regionerne under ét har leveret merproduktivitet. En *beregnet positiv* efterregulering vil blive fordelt mellem alle kommuner via en forhøjelse af bloktilskuddet. Såfremt aktiviteten er lavere end forudsat i alle regioner foretages der ikke efterregulering.

### Modellens virkning

Finansieringsmekanismen betyder, at den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering for det kommende år beregnes ud fra det forventede aktivitetsniveau og indregnes i den samlede økonomiske balance, som ligger til grund for fastsættelsen af finansieringen til kommuner og regioner for året.

Det er således skønnet for aktiviteten og udgifterne på de regionale sundhedsområde, som er bestemmende for fastsættelsen af regionernes indtægter, herunder kommunernes medfinansiering.

Hvis den enkelte kommune trækker relativt lidt på de regionale sundhedsydelse, vil kommunen dermed opnå en nettogevinst i det pågældende år, mens det omvendte er tilfældet, hvis sundhedstrækket ligger over sammenlignelige kommuner.

For den enkelte kommune giver medfinansieringen et økonomisk incitament til at udvikle pleje- og forebyggelsesindsatsen for at opnå en nettogevinst i det pågældende år. Den kommunale medfinansiering er imidlertid ikke et finansieringsinstrument til udvikling af egentlige kommunale behandlingstilbud. Kommunernes prioritering af forebyggelsesområdet og den kommunale sundhedsindsats er forudsat afklaret i de årlige forhandlinger om kommunernes økonomi.

Der har været indvendinger imod ordningen, ud fra det hensyn, at en betydelig andel af finansieringen har karakter af "dødvægtsfinansiering", hvor det reelt set kun er en begrænset andel af de kontakter, som bliver pålagt kommunal medfinansiering, som har været i kontakt med kommunale pleje og sundhedstilbud. Det bevirker, at en betydelig andel af den variation der forekommer i den kommunale medfinansiering, som den enkelte kommune observerer, i høj grad er eksogen og ude af kommunens kontrol og den del som reelt er påvirkelig ud fra en her og nu betragtning derfor er begrænset.

For regionerne giver modellen anledning til et yderligere element af aktivitetsbestemt finansiering af regionerne. Det betyder, at regionerne skal realisere den forudsatte aktivitet før den forudsatte finansiering er til stede, der svarer til regionernes budgetterede udgiftsniveau, hvilket kan give et aktivitetspres i regionerne. Loftet for den kommunale medfinansiering betyder imidlertid, at det ikke er muligt for regionerne at modtage indtægter ud over det forudsatte udgiftsniveau, hvormed det undgås, at kommunerne er med til at finansiere budgetoverskridelser i regionerne. Det dæmper alt andet lige aktivitetspresset.

Ordningen er endvidere snævert relateret til den statslige aktivitetsafhængige pulje. Det medfører, at i forhold til den regionale finansiering har KMF-ordningen som udgangspunkt ingen incitamentsvirkninger ift. den marginale aktivitet, da afregningen fra den statslige aktivitetspulje er højere.<sup>112</sup>

---

<sup>112</sup> I princippet gælder det samme loft for den statslige aktivitetspulje og KMF-ordningen, men tekniske forhold kan medføre forskelle, hvorved KMF-ordningen kan have incitamentsvirkninger ift. den marginale aktivitet.

## Bilag 2. Materiale vedr. "gå-hjem-møder" om genoptræning og patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats

Som beskrevet i kapitel 3 har der som led i arbejdsgruppens arbejde været afholdt to "gå-hjem-møder" med deltagelse af relevante interessenter på området om henholdsvis genoptræning og den patientrettede forebyggelse.

Vedlagt er invitationerne til de to "gå-hjem-møder", som beskriver rammerne for og formålet med møderne.

Danske Handicaporganisationer  
Danske Patienter  
Lægeforeningen  
Danske Fysioterapeuter  
Ergoterapeutforeningen  
ÆldreSagen

T +45 72 26 90 00  
M [hba@sum.dk](mailto:hba@sum.dk)

Dato: 7. maj 2012  
Sags nr.: 1203799  
Dok nr.: 915075

## BILAG 22

Som bekendt har regeringen besluttet at iværksætte en evaluering af kommunalreformen fra 2007. Til det formål er der nedsat et udvalg og fire underarbejdsgrupper, herunder bl.a. et underudvalg om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet. Kommissorium for underudvalget er vedlagt til orientering.

Udvalget om evaluering af kommunalreformen har d. 20. april 2012 afholdt en høring med udvalgte organisationer på bl.a. sundhedsområdet.

Underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet har besluttet herudover at invitere oven for nævnte organisationer til et "gå hjem møde" om genoptræning.

**Gå-hjem-mødet foregår tirsdag den 29. maj 2012, kl. 15.30-17.30 hos KL, Weidekamps-gade 10, 2300 København S.**

Gå-hjem-mødet vil foregå således, at de inviterede organisationer hver især bedes forberede et kort oplæg af ca. 5 minutters varighed. Herefter vil der være tid til dialog og uddybende spørgsmål. Organisationerne er også meget velkomne til at sende skriftlige inputs forud for gå-hjem-mødet.

Til inspiration i forbindelse med forberedelsen af oplægget ønsker underarbejdsgruppen organisationernes bud på a) de væsentlige udfordringer på genoptræningsområdet efter kommunalreformen samt b) forslag til løsningsmodeller.

Herudover bedes organisationer give deres vurdering af følgende:

- 1) Det er fra flere sider fremhævet, at kommunikationen mellem sygehuse og kommuner om patienter med genoptræningsbehov kan styrkes. Hvilke informationer er der særligt behov for med henblik på at sikre et sammenhængende genoptræningsforløb, og hvordan kan kommunikationen i givet fald styrkes?
- 2) Det er fra flere sider fremhævet, at der er forskelle i kvaliteten af genoptræningsindsatsen. Er der hér patientgrupper, hvor udfordringen særligt er værd at fremhæve? Og hvad er løsningen i givet fald?

Det skal bemærkes, at forslag fra underarbejdsgruppen for evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet, skal holdes inden for eksisterende økonomiske rammer.

Bekræftelse af deltagelse og oplysning om navn og titel bedes sendt til chefkonsulent Hanne Agerbak på [hbg@sum.dk](mailto:hbg@sum.dk) senest tirsdag d.22. maj 2012.

Eventuelle spørgsmål kan ligeledes rettes til Hanne Agerbak på tlf. 72 26 94 61.

Med venlig hilsen

Svend Særkjær

### **Gå-hjem-møde vedr. patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats den 18. juni 2012**

Som bekendt har regeringen iværksat en evaluering af kommunalreformen fra 2007. Til det formål er der nedsat et udvalg og fire underarbejdsgrupper, herunder bl.a. et underudvalg om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet. Kommissorium for underudvalget er vedlagt til orientering.

Udvalget om evaluering af kommunalreformen har d. 20. april 2012 afholdt en høring med udvalgte organisationer på bl.a. sundhedsområdet. Underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet har herudover afholdt et "gå hjem møde" om genoptræning med deltagelse af Lægeforeningen, Ældresagen, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen.

Underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen har endvidere besluttet at invitere til gå-hjem-møde om patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats.

Gå-hjem-mødet foregår **mandag den 18. juni 2012, kl. 15.30-17.30 hos Danske Regioner.**

Gå-hjem-mødet vil foregå således, at de inviterede organisationer hver især bedes forberede et kort oplæg af ca. 5 minutters varighed. Herefter vil der være tid til dialog og uddybende spørgsmål. Organisationerne er også meget velkomne til at sende skriftlige inputs forud for gå-hjem-mødet.

Til inspiration i forbindelse med forberedelsen af oplægget ønsker underarbejdsgruppen organisationernes bud på a) de væsentlige udfordringer vedr. den patientrettede forebyggelse efter kommunalreformen samt b) forslag til løsningsmodeller.

Herudover bedes organisationer give deres vurdering af følgende:

- 1) Sammenhængende forløb for patienter, herunder borgere med kroniske sygdomme, er særdeles vigtig. Vigtigheden aktualiseres yderligere af den demografiske udvikling, hvor der bliver flere ældre samt flere borgere med kroniske sygdomme. Hvordan kan vi inden for de nuværende økonomiske rammer sikre bedre sammenhæng i sundhedsindsatsen særligt for ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme og samtidig sikre, at der ikke etableres parallelle tilbud?
- 2) Almen praksis udgør den typiske indgang til sundhedsvæsenet for de fleste borgere og er omdrejningspunktet for videre henvisning til tilbud i det regionale og kommunale sundhedsvæsen. Dette stiller krav om, at almen praksis indgår som en integreret del af det øvrige sundhedsvæsen. Hvorledes kan vi inden for de nuværende økono-

miske rammer sikre en yderligere og mere forpligtende integration af almen praksis i det øvrige sundhedsvæsen?

Det skal bemærkes, at forslag fra underarbejdsgruppen for evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet, skal holdes inden for eksisterende økonomiske rammer.

Bekræftelse af deltagelse og oplysning om navn og titel bedes sendt til chefkonsulent Hanne Agerbak på [hbg@sum.dk](mailto:hbg@sum.dk) senest **mandag den 11. juni 2012**.

Eventuelle spørgsmål kan ligeledes rettes til Hanne Agerbak på tlf. 72 26 94 61.

Med venlig hilsen

Svend Særkjær