

Ministeren for sundhed og forebyggelse

Statsrevisorernes Sekretariat
Christiansborg
1240 København K



Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

Redegørelse til statsrevisorerne vedr. beretning nr. 7/2008 om sammenhængende patientforløb

I brev af 26. februar 2009 har Statsrevisorerne anmodet Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om en redegørelse vedr. beretning nr. 7/2008 om sammenhængende patientforløb. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse redegør hermed for de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen giver anledning til.

Redegørelsen erstatter den redegørelse, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse oversendte den 26. juni 2009, idet ministeriet nu har modtaget udtalelser fra regionsrådene.

Indledende bemærkninger

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse skal indledningsvist understrege, at ministeriet er meget enig med Rigsrevisionen og Statsrevisorerne i, at sammenhængende patientforløb er af central betydning for et velfungerende sundhedsvæsen. Det er også derfor, at der er iværksat en lang række initiativer, som netop har til formål at styrke og understøtte sammenhængende patientforløb, ligesom sammenhæng mellem ydelserne også er indskrevet som en overordnet målsætning i sundhedslovens § 2.

Til statsrevisorernes konstatering af, at ”Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ikke fuldt ud har grundlag for at vurdere, om der er sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer – og dermed i hvilken udstrækning lovens intentioner er imødekommet” skal ministeriet understrege, at ministeriet betragter sundhedslovens øvrige bestemmelser, anden lovgivning på sundhedsområdet samt bekendtgørelser og vejledninger på ministerområdet som konkretisering af de overordnede målsætninger, der er opregnet i sundhedslovens § 2.

Såvel lovgivningen som ministeriets indsats understøtter og giver værktøjer til regionernes og kommunernes arbejde med sundhedslovens overordnede målsætning om sammenhængende patientforløb. Det gælder reglerne om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt regler og vejledninger hertil. Og det gælder en lang række initiativer og projekter, som enten har særskilt hjemmel i lov eller er aftalt mellem parterne. Som eksempler herpå kan nævnes Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for kronisk syge, retningslinjer (fx for KOL-patienter), kræftpakker, MedCom, det fælles

Den 11. februar 2010
Sags nr.: 0905532
Dok nr.: 176504

medicinkort, de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser og Den Danske Kvalitetsmodel.

Rammer for samarbejde

Sundhedsaftaler

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse deler Rigsrevisionens vurdering af, at der med de obligatoriske sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner er etableret et godt udgangspunkt for at sikre sammenhængende patientforløb. Ministeriet ser sundhedsaftalerne som det centrale værktøj til at sikre sammenhæng mellem sektorerne.

Ministeriet kan i den forbindelse oplyse, at de første sundhedsaftaler blev indgået i begyndelsen af 2007. Samtlige 98 aftaler blev i maj 2007 godkendt af Sundhedsstyrelsen under en række konkrete forudsætninger, herunder at reviderede aftaler skulle indsendes til Sundhedsstyrelsen senest den 1. oktober 2008. Samtlige 98 aftaler blev endelig godkendt af Sundhedsstyrelsen i november 2008.

Det er ministeriets vurdering, at de foreløbige erfaringer med sundhedsaftalerne er positive. Der er i kommuner og regioner gjort et stort arbejde for at få de nye samarbejdsinitiativer implementeret og for at styrke dialogen på tværs, hvilket også fremgår af udtalelserne fra regionsrådene.

På baggrund af erfaringerne med de første sundhedsaftaler har ministeriet revideret bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009), ligesom Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en ny vejledning på området (vejledning nr. 9698 af 21. august 2009). I forhold til den tidligere bekendtgørelse er der sket to større ændringer. For det første er der indført et nyt obligatorisk indsatsområde om opfølgning på utilsigtede hændelser på baggrund af den udvidelse af patientsikkerhedsordningen, som blev vedtaget den 17. marts 2009 (L 82). For det andet er de to tidligere indsatsområder ”indlæggelsesforløb” og ”udskrivningsforløb for svage ældre patienter” slået sammen til ét indsatsområde og udvidet til at omfatte alle udskrivningsforløb med henblik på at sikre, at alle udskrivningsforløb, som kræver koordinering mellem kommuner og regioner, herunder kronikerforløb, bliver omfattet af sundhedsaftalen, jf. bekendtgørelsens § 4.

Tilsvarende har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en ny vejledning på området i dialog med kommuner og regioner. Et af de elementer, som er styrket i den nye vejledning, er opfølgningsskemaet. Den nye vejledning giver også mere fleksible rammer for indgåelse af sundhedsaftaler. Vejledningen lægger således op til, at kommuner og regioner i højere grad kan sammentænke indsatsen i forhold til de forskellige obligatoriske indsatsområder, samt at sundhedsaftalerne kan beskrives på tværs af de obligatoriske indsatsområder i det omfang, det er relevant, så længe aftalerne som minimum opfylder kravene i bekendtgørelsen.

Det er ministeriets vurdering, at den reviderede bekendtgørelse og særligt den nye vejledning skaber bedre og mere fleksible rammer for regionernes og kommunernes arbejde med anden generation af sundhedsaftalerne. Ministeriet har noteret, at det også er fremhævet i udtalelsen fra regionsrådet i Region Nordjylland.

Ministeriet kan supplerende oplyse, at de næste sundhedsaftaler skal indgås og sendes til Sundhedsstyrelsen inden udgangen af januar 2011. Det er ministeriets forventning, at

den næste generation af sundhedsaftaler i endnu højere grad vil bidrage til at skabe sammenhængende patientforløb.

Endelig kan ministeriet oplyse, at det som led i regeringens kvalitetsreform er besluttet, at der skal foretages en evaluering af sundhedsaftalerne. I forbindelse med finanslovsaftalen for 2009 er afsat 3,6 mio. kr. til finansiering af evaluering af sundhedsaftalerne med det formål at fastslå sundhedsaftalernes virkning i praksis og give kommuner og regioner et bedre grundlag for at sprede de gode løsninger. Evalueringen forventes gennemført i 2010 og 2011.

Forløbsprogrammer for kronisk syge

Et andet væsentligt initiativ til at sikre sammenhængende patientforløb er forløbsprogrammer for kronisk syge.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan i den forbindelse oplyse, at Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk syge (april 2008). Formålet med den generiske model er at give en overordnet ramme for indholdet i forløbsprogrammer, som kan anvendes af sundhedsfaglige ledere, administratorer, beslutningstagere og sundhedspersonale i regioner og kommuner samt patientorganisationer og andre, der er involveret i udviklingen og implementeringen af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.

Ministeriet kan endvidere oplyse, at der som led i regeringens kvalitetsreform, finanslovsaftalen med Dansk Folkeparti og Liberal Alliance og økonomaftalerne for 2009 og 2010 er afsat 590 mio. kr. til en forstærket indsats for kronisk syge i regi af kommuner, regioner og stat. Midlerne er afsat til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer samt til patientundervisning og programmer for egenbehandling for kronisk syge. Bedre forløb for patienter med kroniske sygdomme er også centralt for udviklingen og kvalitetssikringen af behandlingen af ældre, medicinske patienter.

Planen vedrører den 3-årige periode 2010-2012. Udmøntningen af midler til regioner og kommuner er sket med afsæt i ansøgningspuljer, der tager sigte på at sikre mest mulig sundhed for pengene gennem fastsatte formål, tildelingskriterier og dokumentationskrav.

I projekterne i regionerne er der lagt vægt på inddragelse af primærsektoren i forhold til almen praksis og samarbejde med kommunerne. Samtlige regioners projekter omfatter forløbsprograminitiativer for de kroniske sygdomme, der i henhold til de opstillede kriterier for forløbsprogrampuljen lægges særlig vægt på, dvs. diabetes, muskel- og skeletlidelser, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdomme.

Det er et gennemgående træk, at kommunerne ønsker at anvende de tildelte puljemidler til at udvikle og implementere den kommunale del af forløbsprogrammerne for prioriterede kronikerområder.

De statslige opgaver i forhold til udvikling, videndeling og monitorering af indsatser på kronikerområdet varetages i regi af et særligt team i Sundhedsstyrelsen. Det bemærkes, at det bl.a. er hensigten med initiativet at fremme sammenhængende patientforløb på tværs i sundhedsvæsenet for patienter med kronisk sygdom.

Målrettet indsats i forhold til ældre medicinske patienter og psykiatriområdet

Rigsrevisionens undersøgelse fokuserer særligt på ældre medicinske patienter. I forlængelse heraf vil ministeriet understrege, at regeringen målrettet har sat fokus på sammenhængende patientforløb for den ældre medicinske patient. I finansloven for 2010 er det således aftalt, at der under Sundhedsstyrelsen nedsættes en styregruppe med relevante myndigheder m.v., der bl.a. skal belyse, hvordan der kan skabes øget sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af kommuner og regioner. Formålet er at skabe bedre kvalitet i behandlingen for den ældre medicinske patient samt frigøre kapacitet på de medicinske afdelinger.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er i samarbejde med Sundhedsstyrelsen i gang med at udarbejde kommissoriet for denne styregruppe.

På psykiatriområdet er der ligeledes fokus på sammenhængende patientforløb og samarbejde mellem regioner og kommuner. Regeringen præsenterede i november 2009 en samlet handlingsplan for psykiatrien, som fremlægger 29 konkrete initiativer, som skal forbedre indsatsen i behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Handlingsplanens mål er at sikre sammenhængende, koordineret og effektiv behandling, indsats og støtte af høj kvalitet i sundhedsvæsenet og socialsektoren, sikre bedre tilgængelighed til psykiatrisk behandling og socialpsykiatriske tilbud samt nedbringe sværhedsgraden af sindslidelser.

Med satspuljeaftalen for 2010-2013 understøttes handlingsplanens initiativer, idet flere af aftalens projekter har fokus på bedre sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer. Regeringen vil også fremadrettet have fokus på sammenhæng og samarbejde på tværs af regioner og kommuner, fx i forbindelse med økonomiforhandlingerne, hvor regeringen vil drøfte en skærpet brug af sundhedsaftaler med henblik på at understøtte regioner og kommuners samarbejde omkring indsatsen for sindslidende.

Almen praksis og sammenhængende patientforløb

For så vidt angår Statsrevisorernes bemærkning om, at almen praksis ikke i tilstrækkelig grad forpligtes eller opmuntres til at understøtte sammenhængende patientforløb, kan ministeriet oplyse, at ministeriet i 2008 i bredt samarbejde med bl.a. Danske Regioner, KL og Praktiserende Lægers Organisation har gennemført et udvalgsarbejde vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Udvalget har bl.a. analyseret rammerne for kvalitetsudvikling, effektiv indsats over for kronisk syge samt rammerne for et forpligtende samarbejde om sammenhængende patientforløb mellem de alment praktiserende læger og det øvrige sundhedsvæsen. Udvalget afgav rapport i november 2008.

Ministeriet kan i den forbindelse oplyse, at der i udvalgsrapportens sammenfatning for så vidt angår spørgsmålet om samspil og samarbejde er anført følgende (side 12-13):

”Mange patientforløb går på tværs af almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det er en grundlæggende udfordring for almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen at sikre effektive og sammenhængende patientforløb. Det er også en grundlæggende udfordring at sikre, at behandlingen sker på laveste, effektive omsorgsniveau (LEON-princippet). Det er til gavn for patienterne, og det sikrer den bedst mulige ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

Udvalget skal på denne baggrund for det første pege på behovet for, at aftalesystemet sikrer, at almen praksis som en basal del af sektorens funktion indgår i et individuelt forpligtende samarbejde og arbejdsdeling i forhold til sygehusvæsenet, den øvrige praksissektor og det kommunale sundhedsvæsen. En gensidig forpligtelse, der også stiller krav til det øvrige sundhedsvæsen.

Mere specifikt er der behov for en overenskomstmæssig forpligtelse til, som en basal del af almen praksis' funktion, at følge retningslinjer og aftaler mv. om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Fx i forhold til pakkeforløb for kræft- eller hjertepatienter, retningslinjer for ambulant udredning i sygehusvæsenet, forløbsprogrammer for kronisk sygdom og øvrige sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne i regionen.

Overholdelse af sådanne decentrale retningslinjer og aftaler for samarbejde og arbejdsdeling betyder, at alle de praktiserende læger i fremtiden skal være overenskomstmæssigt forpligtet til at følge disse, idet det dog konkret skal kunne besluttes, fx i de regionale samarbejdsudvalg, at en læge af særlige grunde kan undtages fra dele af de fastlagte eller aftalte fælles rammer.

Udvalget skal for det andet pege på hensigtsmæssigheden af, at regionen og de regionale samarbejdsudvalg har de fornødne overenskomstmæssige beføjelser og redskaber, der sikrer mulighed for effektiv opfølgning i forhold til praktiserende læger, der ikke følger de fastlagte eller aftalte fælles rammer.

Udvalget skal for det tredje pege på hensigtsmæssigheden af, at der i regionen er beslutningsstrukturer, der effektivt sikrer, at sundhedsaftaler mellem den enkelte region og kommunerne i regionen, også er forpligtende for de praktiserende læger. En mulighed er, at almen praksis bliver direkte forpligtet af sundhedsaftaler, der vedrører opgaver, som i landsoverenskomsten forudsættes varetaget af almen praksis. Og under forudsætning af, at sundhedsaftalerne forud for indgåelsen har været til høring og drøftelse i det regionale samarbejdsudvalg.

Kun i det omfang, der fra regional eller kommunal side er ønske om, at alle eller enkelte praksis skal varetage opgaver, som ikke kan rummes indenfor de i forvejen aftalte ydelser i det centrale aftalesystem, vil der være behov for at indgå en særskilt lokalaftale herom som supplement til landsoverenskomsten.

Derudover peges på hensigtsmæssigheden af målrettet brug af en række dialogbaserede rammer og redskaber, herunder praksiskonsulentordningen og de kommunalt-lægelige udvalg, til understøttelse af samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Endelig peger udvalget på en række mere specifikke områder, hvor rammer og tiltag kan fremme et effektivt samspil mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det vil sige i forhold til rammerne for ambulant udredning i sygehusregi, tværsektoriel behandling af patienter med kronisk sygdom, pakkeforløb for kræftpatienter, forebyggelse, opfølgning efter udskrivning fra sygehus, medicin håndtering, palliation i primærsektoren, socialmedicinsk samarbejde og sundhedsberedskabet.”

Ministeriet kan endelig oplyse, at vilkår og honorarer for de alment praktiserende lægers arbejde, herunder vilkår om samarbejde, fastlægges i regi af overenskomstsyste-

met, og at ministeriet vil arbejde for, at ovenstående rapporters sammenfatning vedrørende samspil og samarbejde vil komme til at indgå i kommende overenskomstforhandlinger imellem overenskomstparterne på området, Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation.

Ministeriet har noteret sig, at behovet for, at almen praksis i højere grad indgår i et forpligtende samarbejde, også efterspørges i flere af udtalelserne fra regionsrådene.

Rammer for kommunikation - it-understøttelse af kommunikationen på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner

Statsrevisorerne påpeger, at kommunikationen på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner endnu ikke er it-understøttet og standardiseret. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse deler ikke denne konklusion, som man heller ikke finder belæg for i Rigsrevisionens beretning. Det danske sundhedsvæsen er tværtimod kendetegnet ved en høj grad af it-understøttelse, hvilket er med til at fremme sammenhængende patientforløb.

I Rigsrevisionens beretning nr. 2/2007 om it-understøttelsen af sygehusenes opgaver konkluderes det således også (s. 2), at *”Der er en høj grad af digitalisering i sygehusvæsenet, idet en lang række centrale funktioner indenfor sygehusenes kerneopgaver er it-understøttet”*.

Hvad netop angår kommunikationen mellem almen praksis, sygehuse og kommuner, vil ministeriet fremhæve MedCom-projektet, som også er nævnt i Rigsrevisionens beretning. Gennem MedCom er opbygget et fælles sundhedsdatanet til brug for sygehuse, almen praksis og kommuner og desuden tilvejebragt en lang række standarder for de almindelige meddelelsetyper mellem de relevante parter. Det kan oplyses, at der p.t. sendes ca. 4 mio. standardiserede, elektroniske meddelelser om måneden via sundhedsdatanettet. Projektet har givet Danmark en ubestridt global førerstilling i tværgående elektronisk kommunikation i sundhedsvæsenet, navnlig i praksissektoren. MedCom-projektet og sundhedsdatanettet har vakt betydelig international opmærksomhed og principperne herfra er kopieret i flere lande.

Som eksempel herpå kan nævnes rapporten *”Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe”* fra april 2008, som er udarbejdet for EU-kommissionen.

Rapporten sammenligner på en række centrale områder praktiserende lægers brug af informations- og kommunikationsteknologi (IKT) i de 27 medlemslande samt i Norge og Island. Det fremgår af rapporten, at Danmark har den højeste samlede score på 4,3 (ud af 5 mulige) efterfulgt af Holland med den næsthøjeste score på 3,6. Fra rapportens sammenfatning (s. 61) kan fremhæves følgende: *”From the eHealth use data included in this scoreboard, Denmark, the Netherlands, Finland, Sweden and UK emerge as the European frontrunners in eHealth use by General Practitioners. Within this group, Denmark takes a leading role as the only Member States where all the applications analysed here are utilised to a large extent”*.

Tilsvarende vil ministeriet gerne fremhæve den Personlige Elektroniske Medicinprofil og Det Fælles Medicinkort, som også er fremhævet i Rigsrevisionens beretning. Begge projekter har netop til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Ministeriet ønsker ligeledes at fremhæve, som det fremgår af udtalelserne fra regionsrådene, at der også regionalt er stort fokus på løbende at understøtte og videreudvikle den elektroniske kommunikation på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner.

Rammer for finansiering af sundhedsydelser – økonomiske incitamenter

For så vidt angår statsrevisorernes bemærkning om, at finansieringsmodellerne for sygehuse og kommuner ikke i tilstrækkelig grad giver økonomiske incitamenter til at fremme sammenhængende patientforløb, kan Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse oplyse, at der som opfølgning på aftalen om regionernes økonomi for 2009 er nedsat et udvalg, der skal vurdere mulighederne for at styrke det generelle kommunale incitament gennem ændringer af den nuværende model for kommunernes medfinansiering på sundhedsområdet.

Ministeriet kan ligeledes oplyse, at der i forlængelse af aftalen om regionernes økonomi for 2009 blev nedsat en arbejdsgruppe om effektiv styring på sygehusområdet. Arbejdsgruppen, som bestod af Danske Regioner og KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, udarbejdede en rapport om effektiv styring på sygehusområdet (juni 2009).

Rapporten indeholder en række anbefalinger om udvikling af DRG-systemet, økonomisk styring på sygehusområdet, samt synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger.

I rapporten adresseres bl.a. DRG-systemets dækningsområde, dvs. hvorvidt DRG-systemet bør dække andre områder end det specialiserede sygehusvæsen. I rapporten argumenteres der for, at en udbredelse af DRG-systemets dækningsområde vil indebære en massiv udfordring i forhold til gruppering og data, som det inden for en nærmere årrække umiddelbart er vanskeligt at overskue rækkevidden af. Desuden bemærkes det, at en samling af data i DRG-systemet ikke i sig selv nogen løsning på den problemstilling, som handler om etablering af en hensigtsmæssig incitamentsstruktur i overgangen mellem forskellige delsektorer. Denne udfordring vil være der, uanset om ydelserne er en del af DRG-systemet eller ej.

DRG-systemet dækker således alene aktiviteter, der foregår i regi af sygehusvæsenet, og som udgangspunkt inden for sygehusets fysiske rammer. Arbejdsgruppen bemærker på den baggrund, at det er et lokalt ledelsesmæssigt ansvar at udbrede effektive patientforløb, og at det gennem løbende tilpasninger skal sikres, at DRG-systemet understøtte dette. Afregningen med DRG-takster må således ikke være begrænsende for, at opgaver løses på et lavere specialiseringsniveau.

Af rapporten fremgår det desuden, at det til enhver tid er et regionalt ansvar at tilbyde patienterne behandling, der lever op til god klinisk praksis, herunder understøtte sygehuse i at foretage flere undersøgelser og behandlinger samme dag med kortere ventetid for patienterne. Det fremgår endvidere, at indretningen af DRG-systemet ikke må være en begrundelse for, at patienten ikke tilbydes den rette behandling.

Det er således ministeriets opfattelse, at finansieringsmodellerne på sundhedsområdet understøtter regionerne og kommunerne i at fremme sammenhængende patientforløb.

Udtalelser fra regionsrådene

- . / . Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har indhentet udtalelser til beretningen fra regionsrådene i de fem regioner. Kopi af de fem udtalelser er vedlagt.

Det er ministeriets vurdering, at regionsrådenes udtalelser afspejler, at der også regionalt er stort fokus på at sikre sammenhængende patientforløb, samt at der er igangsat og løbende igangsættes en række initiativer i samarbejde med bl.a. kommuner og almen praksis, der kan bidrage til at sikre dette.

Afslutning

Sammenfattende er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse enig med Statsrevisorerne og Rigsrevisionen i, at sammenhængende patientforløb er af afgørende betydning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet. Sammenhæng er imidlertid ikke en enkel egenskab, der let lader sig måle, men en sammensat målsætning, som aldrig vil være endeligt løst, rummer mange aspekter og til stadighed kræver en bred vifte af indsatser: It-understøttelse, sundhedsaftaler, forløbsprogrammer, økonomiske incitament m.m. Det er netop baggrunden for de initiativer, der er omtalt ovenfor og i Rigsrevisionens beretning. Disse initiativer vil blive videreført med det sigte, at enhver patient, så vidt det er muligt, vil opleve sit forløb som sammenhængende og veltilrettelagt.

Et eksemplar af denne redegørelse er sendt til rigsrevisor.

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen