

7/2008

STATSREVISORERNE



Beretning om sammenhængende patientforløb



Beretning om sammenhængende patientforløb

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2009

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:
Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.
Sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen.
Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til sundhedsministerens redegørelse.
På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i september 2009.
Sundhedsministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i april måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2008, som afgives i 2010.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Christiansborg
Prins Jørgens Gård 2
1240 København K
Telefon: 33 37 55 00
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz-grafisk.dk
Hjemmeside: www.schultzboghandel.dk

ISSN 0108-3902
ISBN 978-87-7434-310-3

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Mange patienter i det danske sundhedsvæsen oplever et forløb, der går på tværs af almen praksis, sygehus og kommune. Således starter et patientforløb ofte hos egen læge, efterfølges af indlæggelse på sygehus, hvorefter patienten udskrives til kommunale tilbud og opfølgning hos egen læge.

Sundhedslovens intention er, at der skal være sammenhæng i patientforløb. Sammenhængende patientforløb giver patienten den ydelse, som patienten har behov for, uanset hvor patienten behandles, og sikrer derudover en bedre resurseudnyttelse i sundhedsvæsenet.

Statsrevisorerne konstaterer, 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. Statsrevisorerne konstaterer også, at der bl.a. med sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner, forløbsprogrammer for kronisk syge, det Fælles Medicinkort mv. er iværksat initiativer, der fremmer arbejdet med sammenhængende patientforløb.

Selv om denne undersøgelse allerede er gennemført 1½ år efter strukturreformens og sundhedslovens ikrafttræden, finder Statsrevisorerne det utilfredsstillende, at der fortsat eksisterer en række barrierer for et sammenhængende patientforløb, idet

- kommunikationen på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner endnu ikke er it-understøttet og standardiseret
- finansieringsmodellerne for sygehuse og kommuner ikke i tilstrækkelig grad giver økonomiske incitamenter til at fremme sammenhængende patientforløb
- almen praksis ikke i tilstrækkelig grad forpligtes eller opmuntres til at understøtte sammenhængende patientforløb gennem overenskomsten med almen praksis, regionernes supplerende aftaler e.l.

Sammenhæng i patientforløb er så væsentligt, at Statsrevisorerne forventer, at Rigsrevisionen inden for et par år følger op på udviklingen.

Statsrevisorerne,
den 18. februar 2009

*Peder Larsen
Henrik Thorup
Helge Adam Møller
Svend Erik Hovmand
Mogens Lykketoft
Manu Sareen*



Beretning til Statsrevisorerne om sammenhængende patientforløb

Rigsrevisionen afgiver hermed denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006. Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og resultater	1
II.	Indledning	6
	A. Baggrund	6
	B. Formål, afgrænsning og metode	7
III.	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses rammer for sammenhængende patientforløb	9
	A. Rammer for samarbejde	10
	B. Rammer for kommunikation	14
	C. Rammer for finansiering af sundhedsydelser	16
IV.	Regionernes rammer for sammenhængende patientforløb	19
	A. Rammer for samarbejde	19
	B. Rammer for kommunikation	22
	C. Rammer for finansiering af sundhedsydelser	27
	Bilag 1. Ordliste	30

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007
Jakob Axel Nielsen: november 2007 -

I. Introduktion og resultater

1. Denne beretning handler om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og regionernes arbejde med at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af almen praksis, sygehus og kommune. Rigsrevisionen iværksatte undersøgelsen af egen drift i april 2008.

2. Sammenhængende patientforløb har gennem en årrække været i fokus i det danske sundhedsvæsen. Den første regeringsrapport om emnet blev offentliggjort i 1985, "Samordning i sundhedsvæsenet", og siden hen har en række undersøgelser peget på sammenhængende patientforløb som en af sundhedsvæsenets store udfordringer.

3. Det er en væsentlig forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet, at patientforløb er sammenhængende. Sammenhængende patientforløb kan bl.a. mindske risikoen for unødvendigt lange indlæggelser, hvor patienterne risikerer en forværring af deres sygdom. Desuden kan sammenhængende patientforløb medvirke til at hindre unødvendige genindlæggelser samt sikre en bedre udnyttelse af resurserne i sundhedsvæsenet.

En stor del af patienterne i det danske sundhedsvæsen har forløb, der går på tværs af almen praksis, sygehus og kommune. Det er dermed samtidig forløb, der involverer mange parter, herunder:

- ministeriet, der sætter de overordnede rammer for samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet
- regionerne, der er driftsansvarlige for sygehusene
- kommunerne, der er ansvarlige for pleje og genoptræning af patienter, der er udskrevet fra sygehus
- almen praksis, som er patientens primære indgang til sundhedsvæsenet.

4. Strukturreformen, der trådte i kraft den 1. januar 2007, satte fornyet fokus på sammenhængende patientforløb. Som led i strukturreformen vedtog Folketinget i juni 2005 en revision af sundhedsloven. Det fremgår af lovens § 2, at sundhedsloven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet, bl.a. med henblik på at opfylde behovet for sammenhæng mellem ydelserne.

Det fremgår af bemærkningerne til sundhedsloven, at det skal sikres, at sundhedsvæsenets tilbud til den enkelte er karakteriseret af kontinuitet, sammenhæng og tryghed. Lovgivningen skal ifølge bemærkningerne sikre de bedst mulige rammer for sammenhæng i patientforløbene, så den enkelte patient får netop den ydelse, der er behov for på det givne tidspunkt, uanset hvilken myndighed der har ansvaret.

Eksempel på et patientforløb på tværs af sektorerne

En alment praktiserende læge modtager et opkald fra hjemmeplejen angående en kvinde på 75 år, som er fundet konfus og med hævede ben i eget hjem. Lægen kommer på hjemmebesøg og indlægger hende akut på nærmeste sygehus. Hun indlægges i en 14-dages periode. Kommunen inddrages i forbindelse med udskrivning, fordi den ældre kvinde fremover har behov for hjemmehjælp 2 gange dagligt samt behov for hjælp til at administrere sin medicin. Sygehuset udskriver patienten til opfølgning hos almen praksis.

5. Formålet med Rigsrevisionens undersøgelse er at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne har etableret rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering af sundhedsydelser, som understøtter sammenhængende patientforløb mellem almen praksis, sygehus og kommune. Formålet er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Har *ministeriet* etableret rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering, der understøtter sammenhængende patientforløb?
- Har *regionerne* etableret rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering, der understøtter sammenhængende patientforløb?

Med hensyn til rammer for samarbejde undersøges det, om ministeriet har tilvejebragt overblik over, i hvilken udstrækning der er sammenhæng mellem ydelser, samt etableret klagemuligheder for patienterne. Endvidere undersøges det, om regionerne har præciseret ansvars- og opgavefordelingen og følger op på, om der er sammenhængende patientforløb.

Med hensyn til rammer for kommunikation undersøges det, om ministeriet har fastsat krav til udveksling af information mellem parterne, og om regionerne lever op til disse. Endelig undersøges det, om ministeriet og regionerne medvirker til it-understøttelse af kommunikationen.

Med hensyn til rammer for finansiering af sundhedsydelser undersøges det, om ministeriet og regionerne har sikret, at de økonomiske incitamenter understøtter sammenhængende patientforløb.

6. Undersøgelsen fokuserer særligt på ældre medicinske patienter og vedrører perioden januar 2007 - oktober 2008. Oplysningerne i beretningen er primært indsamlet i perioden medio april 2008 - oktober 2008.

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Sammenhængende patientforløb er en væsentlig forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet. Strukturreformen har sat fornyet fokus på sammenhængende patientforløb, og det er samtidig en af sundhedslovens målsætninger at skabe "sammenhæng mellem ydelserne".

Undersøgelsen har vist, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner har etableret et godt udgangspunkt for at sikre sammenhængende patientforløb.

Både ministeriet og regionerne bør dog styrke it-kommunikationen med henblik på at fremme sammenhængende patientforløb. Ministeriet og regionerne kan endvidere fremme sammenhængende patientforløb ved at styrke de økonomiske incitamenter hertil.

Denne samlede vurdering er baseret på følgende:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har taget en række initiativer, som skal understøtte regionernes og kommunernes arbejde med sammenhængende patientforløb, herunder særligt sundhedsaftalerne. Ministeriet bør forbedre rammerne yderligere gennem øget fokus på it-kommunikation på tværs af sektorerne. Rigsrevisionen finder det positivt, at ministeriet vil analysere, hvordan takststyringen af sygehusene og den kommunale medfinansiering i højere grad kan understøtte sammenhængende forløb.

Samarbejde

- Ministeriet har taget en række initiativer, som skal støtte regionernes og kommunernes arbejde med sammenhængende patientforløb, herunder sundhedsaftaler, forløbsprogrammer for kronisk syge og det Fælles Medicinkort.
- Undersøgelsen har vist, at ministeriet endnu ikke har tilvejebragt et klart overblik over, i hvilken udstrækning der er sammenhæng mellem ydelserne. Ministeriet har oplyst, at det på flere områder arbejder med at forbedre grundlaget for at vurdere, om der er sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer.
- Der eksisterer flere klagemuligheder for manglende sammenhæng i patientforløb. Ministeriet har oplyst, at der planlægges et nyt patientklagesystem, hvor der er lettere adgang til at klage over systemfejl og mangel på sammenhæng på tværs af sektorer.

Kommunikation

- Ministeriet har i en bekendtgørelse fastlagt krav om, at parterne skal sikre udveksling af information mellem almen praksis, sygehus og kommune med henblik på at fremme sammenhængende patientforløb i forbindelse med udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, indlæggelsesforløb og træningsområdet.
- Undersøgelsen har vist, at MedCom-standarderne endnu ikke er fuldt implementeret, hvilket efter Rigsrevisionens vurdering er en væsentlig barriere for sammenhængende patientforløb. Ministeriet medvirker til, at kommunikationen på tværs af sektorerne kan it-understøttes, bl.a. gennem varetagelse af formandskabet i MedCom.
- Ministeriet har igangsat udviklingen af det Fælles Medicinkort med henblik på at øge sikkerheden og effektiviteten i forbindelse med udveksling af medicinoplysninger.

Finansiering af sundhedsydelser

- DRG-systemet, der anvendes til aktivitetsbaseret finansiering af sygehusene, kan på en række punkter ændres, så det i højere grad også understøtter sammenhængende patientforløb. Rigsrevisionen er opmærksom på, at DRG-systemet ikke er oprettet med henblik på at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Det indgår i økonomiaftalen med regionerne for 2009, at der skal foretages en analyse af DRG-systemet.

- Undersøgelsen har peget på, at det er tvivlsomt, om den kommunale medfinansiering giver økonomiske incitament til at understøtte sammenhængende patientforløb. Ministeriet har oplyst, at der som opfølgning på aftalen om regionernes økonomi for 2009 vil blive nedsat en arbejdsgruppe, der skal vurdere mulighederne for at ændre den nuværende model for kommunal medfinansiering. Dette finder Rigsrevisionen tilfredsstillende.

Regionerne har bl.a. ved at udarbejde sundhedsaftaler med kommunerne søgt at præcisere ansvars- og opgavefordelingen mellem sektorerne. Regionerne bør fremme implementeringen af fælles standarder for kommunikation mellem de it-systemer, der anvendes hos almen praksis, sygehus og kommune. Rigsrevisionen finder endvidere, at det vil understøtte patientforløbene, såfremt det i højere grad gøres muligt at forpligte almen praksis, fx i forhold til forløbsprogrammer.

Samarbejde

- Regionerne har i samarbejde med kommunerne udarbejdet sundhedsaftaler, bl.a. med henblik på at skabe klarhed over arbejdsdelingen. Derudover har regionerne præciseret ansvars- og opgavefordelingen mellem almen praksis, sygehus og kommune ved at udarbejde snitfladekataloger, forløbsbeskrivelser og kronikerstrategier.
- Undersøgelsen har vist, at regionerne hvert 2. år følger op på, om patientforløbene er sammenhængende gennem den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. Flere regioner har også gennemført regionale tilfredshedsundersøgelser. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser skal fremover gennemføres årligt.

Kommunikation

- Regioner og kommuner havde kort tid fra deres etablering til fristen for indsendelse af sundhedsaftalerne. Undersøgelsen har vist, at ingen af 1.-generations-sundhedsaftalerne mellem regionerne og de 5 udvalgte kommuner levede op til bekendtgørelsens krav om udveksling af information og opfølgning. Regioner og kommuner har inden den 1. oktober 2008 indsendt reviderede sundhedsaftaler, som alle er blevet godkendt af Sundhedsstyrelsen.
- Regionerne anvender i varierende grad servicemål til at følge op på den information, der udveksles mellem almen praksis, sygehus og kommune i forbindelse med indlæggelse, udskrivning og genoptræning. Derudover forventer regionerne at gennemføre audits for at vurdere kvaliteten af den information, der udveksles mellem almen praksis, sygehus og kommune, hvilket Rigsrevisionen finder positivt.
- Alle 5 regioner har i samarbejde med kommuner og almen praksis udarbejdet planer for overgang til elektronisk kommunikation med anvendelse af MedCom-standarder. Rigsrevisionen finder, at regionerne bør fremme implementeringen af MedCom-standarderne mest muligt.

Finansiering af sundhedsydelser

- Overenskomsten med almen praksis har kun i begrænset omfang elementer, der understøtter sammenhængende patientforløb.
- Regionerne har i varierende grad indgået supplerende aftaler (§ 2-aftaler) med almen praksis, der belønner aktiviteter, som fremmer sammenhængende patientforløb.
- Rigsrevisionen vurderer, at det vil styrke samarbejdet mellem sektorerne, såfremt det i højere grad gøres muligt for regionerne at forpligte almen praksis, fx i forhold til forløbsprogrammer og supplerende aftaler.

II. Indledning

A. Baggrund

7. Denne beretning handler om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og regionernes arbejde med at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af 3 sektorer: almen praksis, sygehus og kommune. Rigsrevisionen iværksatte undersøgelsen af egen drift i april 2008.

8. Sammenhængende patientforløb har gennem en årrække været i fokus i det danske sundhedsvæsen. Den første regeringsrapport om emnet blev offentliggjort i 1985, "Samordning i sundhedsvæsenet", og siden hen har en række undersøgelser peget på sammenhængende patientforløb som en af sundhedsvæsenets store udfordringer.

9. Det er en væsentlig forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet, at patientforløb på tværs af almen praksis, sygehus og kommune er sammenhængende. Sammenhængende patientforløb kan bl.a. mindske risikoen for unødvendigt lange indlæggelser, hvor patienterne risikerer en forværring af deres sygdom. Desuden kan sammenhængende patientforløb medvirke til at hindre unødvendige genindlæggelser samt sikre en bedre udnyttelse af resurserne i sundhedsvæsenet.

En stor del af patienterne i det danske sundhedsvæsen har forløb, der går på tværs af de 3 sektorer, startende med kontakt til egen læge, efterfulgt af indlæggelse på sygehus, udskrivning til kommunale tilbud og opfølgning hos egen læge. Det er dermed samtidig forløb, der involverer mange parter, herunder:

- ministeriet, der sætter de overordnede rammer for samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet
- regionerne, der er driftsansvarlige for sygehusene
- kommunerne, der er ansvarlige for pleje og genoptræning af patienter, der er udskrevet fra sygehus
- almen praksis, som er patientens primære indgang til sundhedsvæsenet.

10. Strukturreformen, der trådte i kraft den 1. januar 2007, satte fornyet fokus på sammenhængende patientforløb. Som led i strukturreformen vedtog Folketinget i juni 2005 en revision af sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005). Det fremgår af lovens § 2, at sundhedsloven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet, bl.a. med henblik på at opfylde behovet for sammenhæng mellem ydelserne.

Det fremgår af sundhedslovens bemærkninger, at reformen på sundhedsområdet skal skabe et forbedret grundlag for at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af administrative grænser.

Det fremgår videre af lovens bemærkninger, at det skal sikres, at sundhedsvæsenets tilbud til den enkelte er karakteriseret af kontinuitet, sammenhæng og tryghed. Lovgivningen skal ifølge bemærkningerne sikre de bedst mulige rammer for sammenhæng i patientforløbene,

så den enkelte patient får netop den ydelse, der er behov for på det givne tidspunkt, uanset hvilken myndighed der har ansvaret.

11. Med strukturreformens nye opgavefordeling har de 5 regioner fået ansvaret for sygehuse samt for at sikre borgerne adgang til ydelser i praksissektoren. Endvidere har regionerne ansvaret for at sikre sammenhæng mellem behandlingen i sygehussektoren og behandlingen i praksissektoren, mens kommuner og regioner i samarbejde har ansvaret for at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne. Kommunernes ansvar for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning er blevet klarere markeret med strukturreformen.

B. Formål, afgrænsning og metode

Formål

12. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne har etableret rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering af sundhedsydelser, som understøtter sammenhængende patientforløb mellem almen praksis, sygehus og kommune.

Formålet er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Har *ministeriet* etableret rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering, der understøtter sammenhængende patientforløb?
- Har *regionerne* etableret rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering, der understøtter sammenhængende patientforløb?

Med hensyn til rammer for samarbejde undersøges det, om ministeriet har tilvejebragt overblik over, i hvilken udstrækning der er sammenhæng mellem ydelser, samt etableret klagemuligheder for patienterne. Endvidere undersøges det, om regionerne har præciseret ansvars- og opgavefordelingen og følger op på, om der er sammenhængende patientforløb.

Med hensyn til rammer for kommunikation undersøges det, om ministeriet har fastsat krav til udveksling af information mellem parterne, og om regionerne lever op til disse. Endelig undersøges det, om ministeriet og regionerne medvirker til it-understøttelse af kommunikationen.

Med hensyn til rammer for finansiering af sundhedsydelser undersøges det, om ministeriet og regionerne har sikret, at de økonomiske incitamenter understøtter sammenhængende patientforløb.

13. Rigsrevisionen sætter i undersøgelsen fokus på de rammer, som ministeriet og regionerne har etableret med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb. Rigsrevisionen anerkender, at der er mange andre faktorer, der har betydning for sammenhængende patientforløb, fx forskellige fagkulturer og personlige relationer.

Afgrænsning

14. Undersøgelsen af sammenhængende patientforløb inddrager regioner, sygehuse, alment praktiserende læger og kommuner.

15. Undersøgelsen tager udgangspunkt i den nuværende opgavefordeling på sundhedsområdet, som blev indført med strukturreformen pr. 1. januar 2007. Undersøgelsen vedrører perioden januar 2007 - oktober 2008.

Undersøgelsen gennemføres 1½ år efter strukturreformens og sundhedslovens ikrafttræden. Rigsrevisionen tager i sine vurderinger højde for, at de nyetablerede regioner og kommuner således har haft kort tid til at etablere et samarbejde, herunder udarbejde sundhedsaftaler.

16. Undersøgelsen fokuserer særligt på ældre medicinske patienter, som ofte har lange, komplicerede forløb og i udtalt grad krydser sektorgrænser i deres behandlingsforløb.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at mange af undersøgelsens resultater trods undersøgelsens fokus på ældre medicinske patienter er alment gældende.

17. Undersøgelsen fokuserer alene på overgangen mellem almen praksis, sygehus og kommune og dermed ikke på interne arbejdsgange på sygehuse og i kommuner.

Metode

18. Undersøgelsens datagrundlag består af dokumenter, herunder gennemgang af lovgivning, bekendtgørelser, 1.-generations-sundhedsaftaler, it-strategier, den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, landsoverenskomsten for almen praksis, økonomiaftaler mv. I undersøgelsen indgår også skriftlige redegørelser og dialog herom med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og de 5 regioner.

19. Undersøgelsen baseres endvidere på 29 interviews og møder med personale i både regioner, kommuner og sygehuse, der i dagligdagen arbejder med det tværsektorielle samarbejde. Formålet med interviewene er bl.a. at give Rigsrevisionen indblik i de aktuelle problemstillinger, der er i forhold til sammenhængende patientforløb mellem almen praksis, sygehus og kommune. Udvalgte problemstillinger afspejles i de grå bokse i teksten.

I hver region er der gennemført et interview med regionen, et sygehus og den kommune, hvor det pågældende sygehus har adresse. De 5 sygehuse i undersøgelsen er alle mellemstore lokalsygehuse, og de 5 kommuner er alle større kommuner med 59.000-92.000 indbyggere.

Der er endvidere i hver region interviewet en alment praktiserende læge, som har tilknytning til det regionale praksisudvalg og så vidt muligt praksis i den udvalgte kommune.

Endelig er Praktiserende Lægers Organisation, MedCom, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2 praksiskonsulenter og én udskrivelseskoordinator interviewet i forbindelse med undersøgelsen.

Der er for kommune, almen praksis og sygehuses vedkommende ikke tale om et repræsentativt udsnit af grupperne, og resultaterne fra interviewene skal vurderes i dette lys.

Endelig har Rigsrevisionen i forbindelse med forundersøgelse og design af undersøgelsen brugt ekstern bistand med henblik på at afdække relevante problemstillinger.

20. Rigsrevisionen ser i beretningen alene på, hvilke rammer ministeriet og regionerne har etableret med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb. I undersøgelsen indgår ikke en egentlig vurdering af de enkelte tiltags effekt.

21. Oplysningerne i beretningen er indsamlet i perioden medio april 2008 - oktober 2008.

22. Med henblik på at adressere oplysningerne til de parter, som er omfattet af Rigsrevisionens revisionsmandat, afrapporteres beretningen i 2 kapitler: ét om ministeriet og ét om regionerne. Bilag 1 indeholder en ordliste med forklaringer på væsentlige udtryk og betegnelser.

23. Beretningen har i udkast være forelagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.

Praksisudvalg

Der er for hver region nedsat et praksisudvalg, hvor medlemmerne er valgt blandt de praktiserende læger i regionen. Praksisudvalgene skal inden for rammerne af Praktiserende Lægers Organisation varetage de praktiserende lægers faglige og økonomiske interesser og repræsentation i kommunale og regionale sammenhænge.

Praktiserende

Lægers Organisation er en landsdækkende organisation, hvis formål er at varetage de praktiserende lægers faglige og økonomiske interesser.

MedCom er et samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor. MedCom bidrager til at udvikle, afprøve, udbrede og kvalitets-sikre elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren med henblik på at understøtte det gode patientforløb.

III. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses rammer for sammenhængende patientforløb

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har taget en række initiativer, som skal understøtte regionernes og kommunernes arbejde med sammenhængende patientforløb, herunder særligt sundhedsaftalerne. Ministeriet bør forbedre rammerne yderligere gennem øget fokus på it-kommunikation på tværs af sektorerne. Rigsrevisionen finder det positivt, at ministeriet vil analysere, hvordan takststyringen af sygehusene og den kommunale medfinansiering i højere grad kan understøtte sammenhængende forløb.

24. Rigsrevisionen har undersøgt, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har etableret rammer for:

- samarbejde omkring sammenhængende patientforløb
- kommunikation omkring sammenhængende patientforløb
- finansiering af sundhedsydelser, der understøtter sammenhængende patientforløb.

25. Det er karakteristisk for det danske sundhedsvæsen, at det er decentralt opbygget og styret, og at almen praksis er tilknyttet det øvrige sundhedsvæsen via overenskomster. Det betyder, at regioner og kommuner via aftaler og samarbejde udfylder en rammelovgivning, som fastsætter de overordnede rammer. Sundhedsområdets opgavevaretagelse er således ikke detailreguleret via lovgivning.

26. De overordnede rammer for samarbejdet mellem sygehus og kommune er fastlagt i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008 med ændringer) med bestemmelserne om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Ifølge sundhedsloven skal regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg, hvis formål er at understøtte sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Det er endvidere fastsat i loven, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne skal indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalerne skal omfatte en række indsatsområder, leve op til regler fastsat af ministeren for sundhed og forebyggelse og indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

Sundhedskoordinationsudvalg er nedsat i hver region og består af repræsentanter fra regionen, kommuner og almen praksis. Udvalget har bl.a. til opgave at udarbejde et generelt udkast til sundhedsaftalerne, der skal indgås mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen.

Sundhedsaftalen skal indeholde aftaler mellem regionen og den pågældende kommune om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet. Formålet med aftalerne er at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen, så patienterne modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet.

A. Rammer for samarbejde

27. Rigsrevisionen har med henblik på at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har etableret rammer for samarbejde omkring sammenhængende patientforløb, undersøgt, om ministeriet har:

- tilvejebragt et klart overblik over, i hvilken udstrækning der er sammenhæng mellem ydelserne
- sikret klagemuligheder for manglende sammenhæng i patientforløb.

Overblik over sammenhæng

28. Det fremgår af sundhedslovens § 2, at loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet, bl.a. med henblik på at opfylde behovet for sammenhæng mellem ydelserne.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne til sundhedsloven, at kommunalreformen betyder en klarere ansvarsfordeling mellem de offentlige myndigheder: Staten fastlægger de overordnede rammer, mens kommunerne varetager de direkte, borgerrettede opgaver og bliver hovedindgangen til den offentlige sektor. Regionerne får ansvaret for sygehus- og praksissektoren.

Det fremgår endelig af sundhedslovens bemærkninger, at der med forslaget skabes grundlag for, at de centrale sundhedsmyndigheder får bedre mulighed for "en systematisk opfølgning på kvalitet, effektivitet og it-anvendelse i sundhedsvæsenet på grundlag af fælles standarder".

29. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at ministeriet betragter sundhedslovens øvrige bestemmelser, anden lovgivning på sundhedsområdet samt alle bekendtgørelser og vejledninger på ministerområdet, herunder særligt reglerne omkring sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, som konkretisering af de overordnede målsætninger, der er opregnet i sundhedslovens § 2.

Ministeriet har videre oplyst, at såvel lovgivningen som ministeriets arbejde understøtter og giver værktøjer til regionernes og kommunernes arbejde med sundhedslovens helt overordnede målsætning om sammenhængende patientforløb. Det gælder reglerne om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt regler og vejledninger hertil, og det gælder en række langsigtede initiativer og projekter, som enten har særskilt hjemmel i lov eller er aftalt mellem parterne. Som eksempler kan nævnes Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for kronisk syge, retningslinjer for KOL-patienter, kræftpakker, MedCom, det Fælles Medicinkort, den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser og Den Danske Kvalitetsmodel, jf. boks 1.

Ministeriet har endelig oplyst, at ministeriet ikke nærmere har præciseret, hvad der menes med sammenhæng mellem ydelser, eller opstillet mål for en tilfredsstillende grad af sammenhæng mellem ydelser.

30. Undersøgelsen har vist, at ministeriet endnu ikke har tilvejebragt et klart overblik over, i hvilken udstrækning der er sammenhæng mellem ydelserne.

Ministeriet bør efter Rigsrevisionens opfattelse kunne tilvejebringe et klart overblik over graden af sammenhæng mellem ydelser, så resultaterne og den samlede effekt heraf for borgerne og sundhedsvæsenet kan beskrives. Rigsrevisionen skal i den forbindelse pege på, at det fremgår af sundhedslovens bemærkninger, at der med loven skabes grundlag for, at de centrale sundhedsmyndigheder får bedre mulighed for en systematisk opfølgning på kvalitet og effektivitet.

Overblikket kan eventuelt etableres ved indhentning af oplysninger fra regionerne suppleret med forskningsbidrag.

31. Ministeriet er enig i, at der – i overensstemmelse med de centrale sundhedsmyndigheds opgave med at sætte rammer for sundhedsvæsenet og følge udviklingen – skal kunne redegøres for graden af sammenhæng. Men med hvilket ambitions- og detaljeringsniveau det skal ske, må ifølge ministeriet afvejes over for en række hensyn.

Ifølge ministeriet følger det af sundhedsloven, at det vigtigste element i en sådan redegørelse må være: a) om Sundhedsstyrelsen har kunnet godkende regionernes og kommunernes udkast til sundhedsaftaler, b) om der i givet fald er taget nogen forbehold og c) hvad der i øvrigt kan oplyses ud fra det omfattende materiale, som er gjort tilgængeligt på bl.a. Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Endvidere oplyser ministeriet, at de på flere områder arbejder med at forbedre grundlaget for monitorering af patientforløb på tværs af sektorer. Ministeriet nævner i den forbindelse Sundhedsvæsenets Organisationsregister, hvis dimensioner er såvel geografi, organisation og økonomisk sted. Ifølge ministeriet bliver forudsætningerne for at monitorere styrket med denne mere nuancerede "adressebog". Tilsvarende moderniseres det helt centrale sundhedsregister, Landspatientregisteret, bl.a. i forhold til videre udvikling i retning af øget monitorering af sammenhæng på tværs af sektorer.

Ministeriet oplyser endelig, at Sundhedsstyrelsen lægger stor vægt på udvikling af nye data-modeller og udbredelse af indberetningspligten på tværs af sektorer, men at finansieringsgrundlaget hos de centrale sundhedsmyndigheder såvel som i almen praksis, regioner og kommuner skal afklares, og at øgede dokumentationskrav i forhold til sammenhæng skal balanceres mod hensynet til afbureaukratisering.

Sundhedsvæsenets Organisationsregister er en database, der indeholder en stor elektronisk adressebog over sundhedsvæsenets organisatoriske dele. Adresser for post og besøg, adresser for e-mail, telefon og fax har en fremtrædende plads i Sundhedsvæsenets Organisationsregister.

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om alle kontakter (fx indlæggelser og ambulante besøg) til de danske sygehuse.

Registeret indeholder bl.a. oplysninger om:

- sygehus og afdeling
- indlæggelses- og udskrivningsdato
- diagnoser
- operationer.

BOKS 1. INITIATIVER IVÆRKSAT AF MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE MED HENBLIK PÅ AT UNDERSTØTTE SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB**Forløbsprogrammer for kronisk syge**

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en model, der giver en overordnet ramme for indholdet i forløbsprogrammer. Modellen er udviklet med henblik på at understøtte bl.a. regionerne i udviklingen og implementeringen af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. Med udgangspunkt i modellen har Sundhedsstyrelsen som eksempel udarbejdet et forløbsprogram for diabetes.

Retningslinjer for patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)

Formålet med Sundhedsstyrelsens KOL-projekt "Indførelse af systematisk tidlig opsporing, opfølgning og rehabilitering af KOL" er at styrke den forebyggende og rehabiliterende indsats rettet mod KOL ved at udforme anbefalinger.

Kræftpakker

Pakkeforløbene på kræftområdet er aftalt mellem regeringen og Danske Regioner. De beskriver standardforløb for udredning og behandling uden unødigt ventetid. Forløbene er beskrevet af Sundhedsstyrelsen, men skal implementeres lokalt af regioner og sygehuse.

MedCom

MedCom blev etableret i 1994 i et samarbejde mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og en række organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor. MedCom har til formål at udvikle, afprøve, kvalitetssikre og udbrede elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren med henblik på at understøtte det gode patientforløb. MedCom udarbejder standarder for elektronisk kommunikation, som kan læses af alle de it-systemer, der anvendes hos almen praksis, sygehus og kommune.

Det Fælles Medicinkort

Det Fælles Medicinkort skal bidrage til, at borgere i Danmark får en korrekt og sikker behandling med lægemidler ved at give alle borgere et elektronisk medicinkort. Det Fælles Medicinkort er udviklet i et samarbejde mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Lægemiddelstyrelsen, Lægeforeningen, Danske Regioner, Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark, Kommunernes Landsforening og MedCom.

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Spørgeskemaundersøgelse af patienternes oplevelser af de danske sygehuse. Undersøgelsen omfatter bl.a. indlæggelse, behandling og udskrivning, herunder også overgange mellem sektorer. Undersøgelsen er hidtidigt blevet gennemført hvert 2. år på vegne af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne og finansieres af regionerne.

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

DDKM er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem, der udvikles i et samarbejde mellem stat, regioner, kommuner og erhvervsliv. DDKM skal bl.a. bidrage til at skabe mere sammenhængende patientforløb og fremme samarbejdet mellem sektorerne. Sygehuse forventes at kunne indføre modellen i august 2009.

Klagemuligheder

32. Patienter kan klage over den behandling, de har modtaget, til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller til lokale sundhedsmyndigheder i regioner og kommuner.

33. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn behandler klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet. Nævnet behandler kun klager over forhold, der kan henføres til en bestemt eller flere bestemte sundhedspersoner, og som beror på sundhedsspecifikke regler.

Det fremgår af § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17. december 2008), at en autoriseret sundhedsperson under udøvelsen af sin virksomhed er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn vurderer i forbindelse med klagesager, om den sundhedsperson, som der klages over, har handlet i overensstemmelse med denne ansvarsnorm. Ved afgørelsen af, om der er grundlag for kritik, vurderer nævnet således,

om de involverede sundhedspersoner har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Ministeriet har videre oplyst, at der ved sundhedsfaglig virksomhed ikke kun forstås behandling og pleje mv. i snæver forstand. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tager også stilling til klager vedrørende andre pligter knyttet til behandlingen og plejen. Det kan fx være, om sundhedspersonalet ved patientens eventuelle sektorskift, fx i forbindelse med udskrivelse fra hospital til eget hjem, i overensstemmelse med den til enhver tid gældende norm for almindelig anerkendt faglig standard har redegjort for og eventuelt foreslået iværksat relevant efterfølgende behandling, pleje mv.

34. Regionerne oplyser, at klager over manglende sammenhæng i et behandlingsforløb, der involverer både almen praksis og et sygehus, opdeles og behandles inden for de rammer, der gælder for de respektive sektorer. Klager over behandling på sygehuset behandles i regionerne, mens klager over behandling i almen praksis behandles i samarbejdsudvalgene. Klager over manglende sammenhæng mellem sygehus og kommune behandles i de lokale samordningsudvalg nedsat på baggrund af sundhedsaftalerne.

35. Ifølge sundhedslovens § 51 skal hver region oprette et eller flere patientkontorer, som bl.a. kan modtage alle klager og henvendelser vedrørende klager over forhold inden for sundhedsvæsenet og efter anmodning bistå patienterne med at udfærdige og fremsende henvendelser til rette myndighed.

36. Ministeriet har oplyst, at patienternes retsstilling ønskes forbedret, og at det i forbindelse med finanslovsaftalen for 2009 er aftalt med finanslovsparterne, at der afsættes 14,6 mio. kr. i 2010 og 14,6 mio. kr. i 2011 til at udvide patientklagesystemet.

Det nye klagesystem skal ifølge ministeriet give patienterne bedre klagemuligheder. Således skal klageadgangen udvides til også at omfatte patientrettigheder og information om frit valg. Alle klager skal kunne indgives ét sted, nemlig hos den statsligt forankrede patientombudsmandsinstitution. Et nyt klagesystem skal sikre hurtigere reaktion på klager samt mulighed for at klage over patientforløb, herunder systemfejl, uden sigte på kritik af konkrete sundhedspersoner.

37. Undersøgelsen har vist, at det er muligt at klage over manglende sammenhæng mellem sektorerne til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller til lokale sundhedsmyndigheder i regioner og kommuner. Ministeriet har oplyst, at der planlægges et nyt patientklagesystem med én indgang, hvor der er lettere adgang til at klage over systemfejl og mangel på sammenhæng på tværs af sektorer.

Vurdering

38. Ministeriet har taget en række initiativer, som skal støtte regionernes og kommunernes arbejde med sammenhængende patientforløb, herunder sundhedsaftaler, forløbsprogrammer for kronisk syge og det Fælles Medicinkort.

39. Undersøgelsen har vist, at ministeriet endnu ikke har tilvejebragt et klart overblik over, i hvilken udstrækning der er sammenhæng mellem ydelserne. Ministeriet har oplyst, at det på flere områder arbejder med at forbedre grundlaget for at vurdere, om der er sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer.

40. Der eksisterer flere klagemuligheder for manglende sammenhæng i patientforløb. Ministeriet har oplyst, at der planlægges et nyt patientklagesystem, hvor der er lettere adgang til at klage over systemfejl og mangel på sammenhæng på tværs af sektorer.

Samarbejdsudvalg er nedsat i hver region i henhold til landsoverenskomsten og repræsenterer regionen, kommunerne og almen praksis i regionen. Udvalget behandler bl.a. klager over lægebetjeningen og drøfter, hvordan almen praksis samordnes med det øvrige sundhedsvæsen.

Samordningsudvalg I regionerne er der inden for de enkelte sygehuses optageområder oprettet udvalg med repræsentanter fra sygehuset samt kommunerne og almen praksis i optageområdet med henblik på at koordinere forskellige relevante emner.

B. Rammer for kommunikation

41. Rigsrevisionen har med henblik på at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har etableret rammer for kommunikation omkring sammenhængende patientforløb, undersøgt, om ministeriet har:

- fastsat krav til udveksling af information mellem almen praksis, sygehus og kommune
- medvirket til, at kommunikationen på tværs af sektorerne kan it-understøttes.

Udveksling af information

42. Ifølge sundhedsloven skal regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg, hvis formål er at understøtte sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Det er endvidere fastsat i loven, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne skal indgå aftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet, de såkaldte sundhedsaftaler.

I bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (herefter bekendtgørelsen) samt Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler" fremgår kravene til sundhedsaftalernes indhold, herunder kravene til udveksling af information mellem parterne. Fx skal sundhedsaftalerne ifølge bekendtgørelsen beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles rettidigt til (...) den praktiserende læge, kommunen og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning (...).

Ministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler" uddyber formålet med og vigtigheden af aftalerne på de enkelte områder. I vejledningen er der ifølge ministeriet beskrevet eksempler på informationer, som *kan* udveksles mellem de 2 parter, hvorimod det er op til parterne at aftale, hvilke informationer som *skal* udveksles.

43. Undersøgelsen har vist, at ministeriet i bekendtgørelsen i forbindelse med 3 af de 6 obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne (udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, indlæggelsesforløb og træningsområdet) har fastlagt krav om, at parterne skal sikre udveksling af information. Undersøgelsen har videre vist, at det er op til parterne selv at aftale, hvem der konkret skal videregive hvilke informationer til hvem og hvornår.

It-understøttelse af kommunikation

44. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har siden begyndelsen af 1990'erne søgt at fremme en effektiv anvendelse af it i sundhedsvæsenet. Bl.a. har ministeriet udarbejdet en "National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012", ifølge hvilken der i løbet af 2008 skulle vedtages fælles strategier mellem de enkelte regioner og tilhørende kommuner om, hvordan de vil øge anvendelsen af elektronisk kommunikation og styrke det faglige indhold i kommunikationen.

45. Ministeriet har derudover siden 1995 støttet og haft formandskabet for MedComs arbejde med at udvikle elektroniske standarder for udveksling af information mellem parterne i sundhedsvæsenet. Ifølge MedCom har alle sygehuse og ca. 50 % af kommunerne it-systemer, der understøtter MedCom-standarder. Det er dog ikke opgjort, hvor mange sygehuse og kommuner der har implementeret og reelt anvender standarderne.

MedCom oplyser videre, at 99 % af alle almene praksis anvender MedCom-standarder, og de praktiserende læger lever dermed op til kravet i deres overenskomst (landsoverenskomst om almen lægegering af 24. januar 2006) om, at almen praksis skal anvende en række specificerende MedCom-standarder.

46. Ministeriet oplyser, at ministeriet har lovhjemmel til at fastsætte krav på området, men at sundhedsvæsenet er decentralt opbygget og styret, og at ansvaret for sammenhængen-

Indsatsområder i sundhedsaftalerne

Sundhedsaftalerne skal som minimum beskrive parternes aftaler i forbindelse med 6 obligatoriske indsatsområder:

1. Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter.
2. Indlæggelsesforløb.
3. Træningsområdet.
4. Hjælpe-middelområdet.
5. Forebyggelse og sundhedsfremme.
6. Indsatsen for mennesker med sindslidelser.

de patientforløb påhviler regioner og kommuner. Frem for at opstille bindende krav har ministeriet understøttet udviklings- og implementeringsarbejdet af bl.a. MedCom-standarderne. Ministeriet oplyser videre, at implementering af elektronisk kommunikation, it-understøttelse af arbejdsgange, udvikling af tekniske og indholdsmæssige standarder, implementering mv. er en langstrakt proces, som forudsætter væsentlige investeringer, udvikling af arbejdsgange, personaleudvikling osv.

47. Ministeriet har med henblik på at øge sikkerheden og kvaliteten af borgernes medicinbehandling udviklet den Personlige Elektroniske Medicinprofil. Medicinprofilen er en elektronisk oversigt over den receptpligtige medicin, som hver enkelt borger har købt på apoteket inden for de seneste 2 år. Borgere med digital signatur samt behandlende læge har adgang til profilen gennem www.sundhed.dk.

Ministeriet har oplyst, at ministeriet har igangsat udviklingen af det Fælles Medicinkort, som er en videreudvikling af den elektroniske medicinprofil. Visionen er, at alle borgere får et elektronisk medicinkort, hvor alle ordinationer af medicin er opført. Hovedformålet er at få reduceret hyppigheden af fejlmedicineringer, der typisk opstår, når en del af sundhedsvæsenet ikke kan se, hvilken medicin en anden del af systemet har ordineret. Udrulningen til den samlede sundhedssektor vurderes ifølge ministeriet i øjeblikket at skulle ske i 2009 og 1. halvdel af 2010.

BOKS 2. UDVEKSLING AF MEDICINOPLYSNINGER

Flere sygehuse og almen praksis understreger, at manglende medicinoplysninger er et betydeligt problem i dagligdagen, der øger risikoen for fejlmedicinering.

Den Personlige Elektroniske Medicinprofil giver begge sektorer adgang til oplysninger om patienternes medicin udleveret fra apoteker, men giver ifølge almen praksis og sygehusene ikke en fyldestgørende status over medicinforbruget. Samtidig er den Personlige Elektroniske Medicinprofil ifølge almen praksis og sygehusene for tidskrævende at arbejde med, og der bruges derfor meget tid på telefonisk at indhente opdaterede medicinoplysninger, når patienterne ikke selv har overblik over deres medicin.

48. Undersøgelsen har vist, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, bl.a. via formandskabet i MedCom, har medvirket til, at kommunikationen mellem almen praksis, sygehus og kommune kan it-understøttes. Endvidere har ministeriet stillet krav om, at regioner og kommuner i 2008 skulle vedtage fælles strategier for, hvordan de vil øge anvendelsen af elektronisk kommunikation og styrke det faglige indhold i kommunikationen. Endelig har ministeriet igangsat udviklingen af det Fælles Medicinkort, som ifølge ministeriet vil kunne understøtte udvekslingen af medicinoplysninger imellem sektorerne i sundhedsvæsenet.

Vurdering

49. Ministeriet har i en bekendtgørelse fastlagt krav om, at parterne skal sikre udveksling af information mellem almen praksis, sygehus og kommune med henblik på at fremme sammenhængende patientforløb i forbindelse med udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, indlæggelsesforløb og træningsområdet.

50. Undersøgelsen har vist, at MedCom-standarderne endnu ikke er fuldt implementeret, hvilket efter Rigsrevisionens vurdering er en væsentlig barriere for sammenhængende patientforløb. Ministeriet medvirker til, at kommunikationen på tværs af sektorerne kan it-understøttes, bl.a. gennem varetagelse af formandskabet i MedCom.

51. Ministeriet har igangsat udviklingen af det Fælles Medicinkort med henblik på at øge sikkerheden og effektiviteten i forbindelse med udveksling af medicinoplysninger.

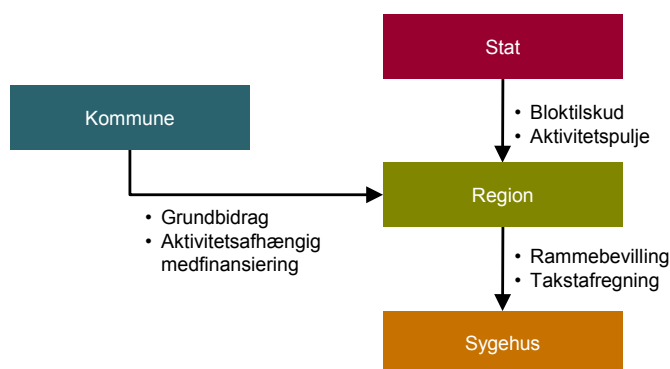
C. Rammer for finansiering af sundhedsydelser

52. Rigsrevisionen har med henblik på at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har etableret rammer for finansiering af sundhedsydelser, der understøtter sammenhængende patientforløb, undersøgt, om ministeriet har tilrettelagt:

- DRG-systemet, så det ikke modarbejder sammenhængende patientforløb
- den kommunale medfinansiering, så den understøtter sammenhængende patientforløb.

53. Det regionale sundhedsvæsen finansieres efter strukturreformen i 2007 af et statsligt tilskud og en kommunal medfinansiering, jf. figur 1.

Figur 1. Finansieringsmodel for det regionale sundhedsvæsen



Kilde: Efter publikationen "Takststyring i de nye regioner" af Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

DRG-systemet er introduceret i Danmark midt i 1990'erne og anvendes til takststyring på sygehuse og sygehusafdelinger. DRG-systemet består af takster, der er knyttet til bestemte diagnoser. DRG-systemet anvendes også i forbindelse med opgørelse og afregning af den kommunale medfinansiering og som grundlag for den mellemregionale afregning for patienter, der krydser regionsgrænser i behandlingen.

Økonomiaftaler

Ifølge aftalen mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007 var der enighed om, at den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter bør udgøre 50 % i 2007.

DRG-systemet

54. Takststyring er i stigende grad blevet indført som en central del af den økonomiske styring i sygehusvæsenet. Takststyring er indført i overensstemmelse med aftaler mellem regeringen og regionerne/de tidligere amter med henblik på at sikre en øget aktivitet og fremme en større omkostningseffektivitet i sygehusvæsenet.

55. Regionerne anvender i deres styring af sygehusvæsenet forskellige takststyringsmodeller, der alle indeholder en grundbevilling og en takstafregning ud over et bestemt niveau. Regionerne er inden for deres egen takststyringsmodel ikke forpligtet til at anvende ministeriets DRG-system, men kan selv tilrettelægge den aktivitetsbestemte finansiering af sygehuse.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anvender DRG-systemet ved opgørelse og afregning af de statslige meraktivitetspuljer, den kommunale medfinansiering og som grundlag for den mellemregionale afregning for patienter, der krydser regionsgrænser i behandlingen.

Ministeriet har oplyst, at regionerne har mulighed for at udforme egne takster, fx for følge-hjem-ordninger fra sygehuset til patientens eget hjem, der kan understøtte sammenhængende forløb.

56. Undersøgelsen har vist, at DRG-systemet baserer sig på patienternes kontakter med sygehusvæsenet og ikke på forløb. Der er kun lagt få incitament ind, som er rettet mod samarbejde på tværs.

Undersøgelsen har videre vist, at DRG-systemet på nogle områder ikke giver sygehuse incitament til at sikre sammenhængende patientforløb.

DRG-systemet indeholder fx ikke:

- incitamenter til at tilrettelægge ambulante behandlinger, så patienten skal give fremmøde færrest gange
- incitamenter til at lade velregulerede patienter overgå til kontrol i almen praksis
- takster, der dækker tiltag på sygehusene, hvor formålet er at reducere behovet for genindlæggelser, fx telemedicinske tiltag, hvor patienten følges i eget hjem, så patientens medicin hele tiden kan justeres, og genindlæggelse undgås
- incitamenter til at gennemføre sygehusbehandling uden for sygehuset, fx hjemmebesøg.

57. Ministeriet har peget på, at DRG-systemet alene er et klassifikationssystem for sygehusbehandling og derfor ikke er oprettet med henblik på at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Endvidere oplyser ministeriet, at DRG-systemet primært har betydning for sammenhængende patientforløb internt på sygehusene.

Ministeriet har dog videre oplyst, at DRG-systemet, hvor det er muligt og hensigtsmæssigt, bør bidrage til at understøtte sammenhængende patientforløb. Samtidig oplyser ministeriet, at Sundhedsstyrelsen arbejder på at tilpasse DRG-systemet, så det i højere grad understøtter sammenhængende patientforløb. Endelig indgår det i økonomiaftalen for 2009, at der skal foretages en analyse af DRG-systemet. Det skal ifølge ministeriet bl.a. vurderes, om det er hensigtsmæssigt, at et ambulatorium ikke kan få flere takster for en patient samme dag.

Kommunal medfinansiering

58. Den kommunale medfinansiering er reguleret i lov om regionernes finansiering (lov nr. 543 af 24. juni 2005) og udmøntet i cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet (cirkulære nr. 114 af 24. november 2006).

Det fremgår af bemærkningerne til lov om regionernes finansiering, at kommunerne får et delvist betalingsansvar for sundhedsvæsenet for at forbedre sammenhængen mellem sundhedsopgaven og de kommunale opgaver. Det vil ifølge lovens bemærkninger give kommunerne mere synlige incitamenter til at investere i og samarbejde om sammenhængende patientforløb.

59. Den kommunale medfinansiering består af:

- et grundbidrag, som er et fast bidrag pr. indbygger
- et aktivitetsafhængigt bidrag, hvor kommunerne betaler, hver gang en borger benytter det regionale sundhedsvæsen.

Hertil kommer, at kommunerne, jf. § 238 i sundhedsloven, betaler en takst for patienter, der ligger færdigbehandlet på sygehusene og venter på kommunale foranstaltninger. Denne takst er ikke en del af den kommunale medfinansiering.

Det aktivitetsafhængige bidrag omfatter bl.a. kommunernes forbrug af indlæggelser og ambulante behandlinger på såvel somatiske (legemlig sygdom) som psykiatriske sygehuse. Kommunerne medfinansierer også den genoptræning, der finder sted på sygehuset under indlæggelse. Endvidere omfatter den kommunale betaling besøg hos alment praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter mv.

60. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at den kommunale medfinansiering efter ministeriets opfattelse understøtter sammenhængende patientforløb. Den kommunale medfinansiering har ifølge ministeriet til hensigt at give kommunerne økonomiske incitamenter til bedre ældrepleje og etablering af alternative foranstaltninger samt tilskynde kommunerne til at interessere sig for sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Kommunal medfinansiering

Det kommunale grundbidrag udgør ca. 7 % af regionernes indtægter på sundhedsområdet, mens det kommunale aktivitetsafhængige bidrag udgør ca. 12 %.

61. Undersøgelsen har peget på, at det er tvivlsomt, om den kommunale medfinansiering bidrager til at understøtte sammenhængende patientforløb. Endvidere har regionerne i forbindelse med undersøgelsen peget på, at betalingen for at have færdigbehandlede patienter liggende på sygehus, jf. pkt. 59, ikke giver kommunerne økonomiske incitamenter til at tage patienten hjem eller til at oprette alternative tilbud.

62. Undersøgelsen har vist, at det er tvivlsomt, om den kommunale medfinansiering er tilrettelagt, så den giver kommunerne økonomiske incitamenter til at understøtte sammenhængende patientforløb.

Ministeriet har oplyst, at der som opfølgning på aftalen om regionernes økonomi for 2009 er enighed om at nedsætte et udvalg, der skal vurdere mulighederne for at styrke det generelle kommunale incitament gennem ændringer af den nuværende model for medfinansiering. Dette udvalgsarbejde afsluttes ifølge ministeriet i foråret 2009.

Vurdering

63. DRG-systemet, der anvendes til aktivitetsbaseret finansiering af sygehusene, kan på en række punkter ændres, så det i højere grad også understøtter sammenhængende patientforløb. Rigsrevisionen er opmærksom på, at DRG-systemet ikke er oprettet med henblik på at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Det indgår i økonomiaftalen med regionerne for 2009, at der skal foretages en analyse af DRG-systemet.

64. Undersøgelsen har peget på, at det er tvivlsomt, om den kommunale medfinansiering giver økonomiske incitamenter til at understøtte sammenhængende patientforløb. Ministeriet har oplyst, at der som opfølgning på aftalen om regionernes økonomi for 2009 vil blive nedsat en arbejdsgruppe, der skal vurdere mulighederne for at ændre den nuværende model for kommunal medfinansiering. Dette finder Rigsrevisionen tilfredsstillende.

IV. Regionernes rammer for sammenhængende patientforløb

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Regionerne har bl.a. ved at udarbejde sundhedsaftaler med kommunerne søgt at præcisere ansvars- og opgavefordelingen mellem sektorerne. Regionerne bør fremme implementeringen af fælles standarder for kommunikation mellem de it-systemer, der anvendes hos almen praksis, sygehus og kommune. Rigsrevisionen finder endvidere, at det vil understøtte patientforløbene, såfremt det i højere grad gøres muligt at forpligte almen praksis, fx i forhold til forløbsprogrammer.

65. Rigsrevisionen har undersøgt, om regionerne har etableret rammer for:

- samarbejde omkring sammenhængende patientforløb
- kommunikation omkring sammenhængende patientforløb
- finansiering af sundhedsydelser, der understøtter sammenhængende patientforløb.

66. Rigsrevisionen har for de 5 kommuner, der indgår i Rigsrevisionens undersøgelse, gennemgået sundhedsaftalerne og Sundhedsstyrelsens vurdering af aftalerne. Sundhedsaftalerne er udarbejdet i et samarbejde mellem den enkelte kommune og regionen. Rigsrevisionen har gennemgået 1. generation af sundhedsaftalerne, som er indsendt til Sundhedsstyrelsen pr. 1. april 2007. Reviderede udgaver af 1. generation af sundhedsaftalerne er indsendt inden oktober 2008. Regioner og kommuner skal inden den 31. december 2010 indsende 2. generation af sundhedsaftalerne til Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

A. Rammer for samarbejde

67. Rigsrevisionen har med henblik på at vurdere, om regionerne har etableret rammer for samarbejde omkring sammenhængende patientforløb, undersøgt, om regionerne:

- har præciseret ansvars- og opgavefordelingen mellem almen praksis, sygehus og kommune
- følger op på, om patientforløbene er sammenhængende.

Ansvars- og opgavefordeling

68. Det fremgår af bekendtgørelsen, at der i sundhedsaftalen for indsatsområderne udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, indlæggelsesforløb og træningsområdet skal være aftaler om udveksling af information og opfølgning. Kun for træningsområdet er der krav om aftaler vedrørende arbejdsdeling.

69. Flere regioner har oplyst, at det er deres opfattelse, at et af sundhedsaftalernes hovedformål netop er at skabe klarhed over arbejdsdeling og snitflader.

Regionerne oplyser videre, at de ikke egenhændigt kan etablere rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering af sundhedsydelser, der understøtter sammenhængende patientforløb. Dette kræver ifølge regionerne et tæt samarbejde med kommunerne, som det også fremgår af sundhedslovens § 203: "(...) Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsats for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer".

Endvidere oplyser alle regioner, at de med henblik på at præcisere ansvars- og opgavefordelingen mellem almen praksis, sygehus og kommune har udarbejdet snitfladekataloger, forløbsbeskrivelser og kronikerstrategier i samarbejde med kommunerne og almen praksis, jf. boks 3. Snitfladekataloger, forløbsbeskrivelser og kronikerstrategier er udarbejdet, selv om der ikke i bekendtgørelsen er stillet krav til parterne om, at de skal indgå aftaler om arbejdsdeling i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.

BOKS 3. DEFINITION AF SNITFLADEKATALOG, FORLØBSPROGRAM OG KRONIKERSTRATEGI

Snitfladekatalog udarbejdes på områder, hvor arbejdsdelingen mellem 2 eller flere parter kan være uklar. Det kan fx være på genoptræningsområdet, hvor et snitfladekatalog kan beskrive, hvornår en patient bør modtage specialiseret genoptræning på sygehuset eller almen genoptræning i kommunen.

Forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, fx diabetes. Forløbsprogrammer sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter. Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at der udarbejdes forløbsprogrammer lokalt.

Kronikerstrategi beskriver, i modsætning til forløbsprogrammer, den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for patienter med kroniske sygdomme, dvs. uden fokus på en specifik sygdom.

70. Undersøgelsen har vist, at regionerne har præciseret ansvars- og opgavefordelingen mellem almen praksis, sygehus og kommune ved bl.a. at udarbejde snitfladekataloger, forløbsbeskrivelser og kronikerstrategier. Undersøgelsen har videre vist, at det er regionernes opfattelse, at et af sundhedsaftalernes hovedformål netop er at skabe klarhed over arbejdsdeling og snitflader.

BOKS 4. MANGLENDE VIDEN OM HINANDENS VILKÅR

Manglende viden om hinandens vilkår fremhæves som et gennemgående tema i de 3 sektorer og som årsag til mange snitfladeproblematikker. Fx oplyser kommunerne, at patienternes funktionsniveau ofte er dårligere ved udskrivning, end sygehusene forudgående har varslet til kommunen. Dette tilskrives, at sygehusene mangler forståelse for de forhold, som patienten udskrives til, og som hjemmeplejen arbejder under.

Opfølgning på patientforløb

71. I økonomiaftalen for 2000 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen blev det aftalt, at "parterne er enige om, at Sundhedsministeriet og amterne iværksætter brugerundersøgelser med en kerne af landsdækkende spørgsmål, som kan suppleres med lokale spørgsmål". Undersøgelsen har fået navnet Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser og gennemføres hvert 2. år og afrapporteres på sygehusniveau. Undersøgelsen finansieres af regionerne.

BOKS 5. LANDSDÆKKENDE UNDERSØGELSE AF PATIENTOplevelser

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser er en spørgeskemaundersøgelse af patienternes oplevelser af de danske sygehuse, der bl.a. omfatter overgange mellem sektorer. Nedenstående spørgsmål og resultater vedrørende overgange mellem sektorer er fra undersøgelsen i 2006:

Vidste du, hvor du skulle henvende dig, hvis der opstod ændringer i din tilstand inden indlæggelse?

- 85 % af de planlagte indlagte patienter vidste, hvor de skulle henvende sig.
- Forskel på 24 procentpoint mellem højest og lavest placerede sygehus.

Hvordan vurderer du, at sygehusafdelingen var informeret om din situation, da du blev indlagt?

- 90 % af patienterne vurderede, at sygehusafdelingen var virkelig godt eller godt informeret.
- Forskel på 19 procentpoint mellem højest og lavest placerede sygehus.

Hvordan vurderer du, at sygehuset og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje samarbejdede om din udskrivelse?

- 83 % af patienterne vurderede samarbejdet som virkelig godt eller godt.
- Forskel på 32 procentpoint mellem højest og lavest placerede sygehus.

Hvordan vurderer du alt i alt, at din egen læge blev orienteret om, hvad der var sket under din indlæggelse på sygehuset?

- 79 % af patienterne vurderede, at deres egen læge var virkelig godt eller godt orienteret.
- Forskel på 24 procentpoint mellem højest og lavest placerede sygehus.

Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2006.

72. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland oplyser at have gennemført regionale patienttilfredshedsundersøgelser, hvor patienterne bl.a. er blevet spurgt om oplevelsen af overgange mellem sektorer, herunder samarbejdet mellem sygehus og hjemmepleje om udskrivelse og orientering af egen læge. Undersøgelserne blev afleveret på sygehusafdelingsniveau.

Regionerne oplyser videre, at den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser fra 2009 skal gennemføres årligt. Resultaterne af undersøgelsen vil blive afleveret på afdelingsniveau, sygehusniveau, specialniveau, regionalt niveau og på landsplan. Regionerne får i den nye årlige undersøgelse mulighed for at supplere den landsdækkende del af undersøgelsen med spørgsmål, som den enkelte region ønsker at få evalueret.

73. Undersøgelsen har vist, at regionerne følger op på, om patientforløbene er sammenhængende gennem den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, der hidtidig er gennemført hvert 2. år og afleveret på sygehusniveau. Endvidere har flere af regionerne gennemført regionale patienttilfredshedsundersøgelser. Fremover planlægger regionerne at gennemføre den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser årligt med aflevering på både afdelingsniveau, sygehusniveau, specialniveau, regionalt niveau og på landsplan.

Vurdering

74. Regionerne har i samarbejde med kommunerne udarbejdet sundhedsaftaler, bl.a. med henblik på at skabe klarhed over arbejdsdelingen. Derudover har regionerne præciseret ansvars- og opgavefordelingen mellem almen praksis, sygehus og kommune ved at udarbejde snitfladekataloger, forløbsbeskrivelser og kronikerstrategier.

75. Undersøgelsen har vist, at regionerne hvert 2. år følger op på, om patientforløbene er sammenhængende gennem den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. Flere regioner har også gennemført regionale tilfredshedsundersøgelser. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser skal fremover gennemføres årligt.

B. Rammer for kommunikation

76. Rigsrevisionen har med henblik på at vurdere, om regionerne har etableret rammer for kommunikation omkring sammenhængende patientforløb, undersøgt om:

- sundhedsaftalerne lever op til de krav, der er til udveksling af information mellem almen praksis, sygehus og kommune, der findes i bekendtgørelsen
- sundhedsaftalerne indeholder aftaler om, hvordan parterne følger op på aftalerne
- regionerne medvirker til, at kommunikation på tværs kan it-understøttes.

Udveksling af information

77. Det fremgår af bekendtgørelsen, at sundhedsaftalerne skal indeholde aftaler om udveksling af information.

78. Undersøgelsen har vist, at ingen af de 5 sundhedsaftaler, som Rigsrevisionen har gennemgået, levede op til de krav, der er til udveksling af information i bekendtgørelsen. Undersøgelsen har videre vist, at Sundhedsstyrelsen valgte at godkende samtlige sundhedsaftaler under en række konkrete forudsætninger, idet en revideret samlet sundhedsaftale skulle indsendes med henblik på fornyet vurdering og godkendelse.

79. Ministeriet har oplyst, at vurderingen af den enkelte aftale og de forudsætninger, der knyttede sig til godkendelsen, skulle ses i lyset af den samlede store indsats i alle regioner og kommuner og det tydelige fokus på intentionerne bag sundhedsaftalerne. Dette skulle sammenholdes med, at de nye regioner og kommuner kun havde haft 3 måneder, fra de blev formelt etableret, til aftalerne skulle være færdige, selv om dette forudsatte en meget stor og detaljeret gennemgang af alle de berørte områder med involvering af mange enheder og faggrupper på tværs af sektorer, institutioner m.m. for at opfylde alle krav i lov, bekendtgørelse og "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler".

80. Regioner og kommuner har inden den 1. oktober 2008 indsendt reviderede sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsens godkendelse. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at samtlige af de 98 reviderede sundhedsaftaler blev godkendt i november 2008. Ifølge styrelsen er alle sundhedsaftalerne blevet konkretiseret i forhold til de krav, hvor styrelsen tidligere havde bemærkninger.

81. Regionerne har oplyst, at sundhedsaftalerne ikke er et resultat af et arbejde udfoldet alene hos regionerne, men i tæt samarbejde med kommunerne. Der er ifølge regionerne siden indsendelse af 1. generation af sundhedsaftalerne gennemført et omfattende udviklingsarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis, som er indskrevet i de reviderede sundhedsaftaler. Regionerne har videre oplyst, at de derfor ikke mener, at 1. generation af sundhedsaftalerne giver et retvisende billede af samarbejdet i dag mellem regioner, kommuner og almen praksis.

82. Ministeriet har endelig oplyst, at Sundhedsstyrelsen i efteråret 2008 har afholdt 2 møder med repræsentanter fra regioner, kommuner og almen praksis om udviklingen af forløbsprogrammer for kronisk sygdom og sundhedsaftalerne. På begge møder fremgik det ifølge ministeriet, at både regioner og kommuner tænker i og stræber mod sammenhængende forløb med konkret beskrevet formaliseret samarbejde, som opfylder både krav til forløbsprogrammer og sundhedsaftaler. I lyset af den korte tid siden etableringen af regionerne og kommunerne er det ifølge ministeriet et overraskende stort antal programmer, aftaler mv., som allerede er besluttet og under iværksættelse.

Opfølgning på informationsudveksling

83. Det fremgår af bekendtgørelsen, at sundhedsaftalerne skal indeholde aftaler om, hvordan parterne vil følge op på sundhedsaftalerne. Bekendtgørelsen specificerer dog ikke, hvordan denne opfølgning skal ske.

84. Sundhedsstyrelsen har vurderet, at ingen af de 5 sundhedsaftaler, som Rigsrevisionen har gennemgået, levede op til bekendtgørelsens krav om, at sundhedsaftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på sundhedsaftalerne.

85. Undersøgelsen har vist, at regionerne i varierende grad anvender servicemål til at overvåge den information, der udveksles i forbindelse med indlæggelse, udskriving og genoptræning. Servicemål opstilles regionalt og udtrykker den service, patienten kan forvente i sit møde med sundhedsvæsenet. Servicemål relateret til sammenhængende patientforløb kan fx lyde: "Kvaliteten af indholdet af henvisninger fra praktiserende læger skal som minimum leve op til kvalitetsstandarder beskrevet i projekt Den Gode Medicinske Afdeling" (nationalt kvalitetsudviklingsprojekt, der eksisterede i perioden 2000-2006).

86. Tabel 1 viser, hvilke regioner der har opstillet servicemål for henholdsvis henvisning, udskrivningsbrev og genoptræningsplan.

Tabel 1. Regionernes servicemål med henblik på at fremme sammenhængende patientforløb

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Henvisning	÷	÷	X	÷	÷
Udskrivningsbrev	X	X	X	X	÷
Genoptræningsplan	(X)	X	÷	X	÷

Note: X: Har servicemål, (X): Servicemål under udarbejdelse, ÷: Ingen servicemål.

Kilde: Rigsrevisionens tabel på baggrund af regionernes redegørelser til Rigsrevisionen, juli 2008.

Henvisningen udfærdiges af indlæggende læge til modtagende sygehus. Den skal indeholde oplysninger om henvisningsdiagnose, ønsket undersøgelse/behandling samt en kort beskrivelse af sygehistorien.

Udskrivningsbrevet er et kort sammendrag af en patients sygehistorie og indlæggelsesforløb, som efter patientens udskrivelse fra sygehus sendes til patientens praktiserende læge.

87. Det fremgår af tabel 1, at én af de 5 regioner har opstillet servicemål om kvaliteten af henvisningen, der modtages fra almen praksis, mens 4 regioner har opstillet servicemål for, hvornår udskrivningsbrevet senest skal afsendes fra sygehus til almen praksis. Endelig har 2 regioner opstillet servicemål for afsendelse af genoptræningsplaner.

BOKS 6. UDVEKSLING AF DOKUMENTER MELLEM ALMEN PRAKSIS, SYGEHUS OG KOMMUNE

Sygehusene og almen praksis oplyser, at kvaliteten af henvisningen til planlagte indlæggelser generelt er tilfredsstillende, mens kvaliteten af henvisningen til akutte indlæggelser og udskrivningsbrevet er mindre god. Konsekvensen af dette er bl.a. øget risiko for fejlmedicinering af patienterne, da vigtige informationer, herunder særligt medicinoplysninger, kan gå tabt i kommunikationen mellem almen praksis og sygehus.

Flere almene praksis oplyser, at de ofte modtager udskrivningsbrevene for sent i forhold til, at mange patienter tager kontakt til deres alment praktiserende læge umiddelbart efter udskriving. Dette kan betyde, at den praktiserende læge mangler vigtig information om forløbet på sygehuset ved konsultationen, og at patienten derfor oplever manglende sammenhæng.

Flere kommuner oplyser, at kvaliteten af genoptræningsplanerne er svingende, og at genoptræningsplaner ofte ikke modtages rettidigt. Dette kan betyde, at kommunen ofte må tage telefonisk kontakt til sygehuset for at få uddybende information.

88. Tabel 2 viser regionernes servicemål og graden af målopfyldelse i de 4 regioner, der har servicemål for udskrivningsbrevet.

Tabel 2. Servicemål vedrørende udskrivningsbrev og graden af målopfyldelse

Region	Servicemål	Grad af opfyldelse
Nordjylland	85 % skal være sendt inden 5 dage efter udskrivning.	67-81 % afhængigt af sygehus.
Midtjylland	80 % skal være sendt senest 2 hverdage efter udskrivning, og 95 % skal være sendt senest 7 hverdage efter udskrivning.	63 % afsendes inden 2 hverdage. 84 % afsendes inden 7 hverdage.
Syddanmark	90 % skal sendes senest 3 hverdage efter, at patienten er afsluttet fra sygehuset.	39-85 % afhængigt af sygehus.
Sjælland	85 % skal være sendt inden 8 kalenderdage.	73-81 %.

Kilde: Rigsrevisionens tabel på baggrund af regionernes redegørelser til Rigsrevisionen, juli 2008, samt efterfølgende høringsvar fra regionerne.

89. Det fremgår af tabel 2, at regionernes servicemål for at afsende udskrivningsbrev varierer meget. Én regions servicemål lyder, at 80 % af udskrivningsbrevene skal sendes fra sygehusene til almen praksis senest 2 hverdage efter udskrivning, mens en anden regions servicemål lyder, at 85 % af udskrivningsbrevene skal sendes til almen praksis inden 8 kalenderdage. Tilsvarende varierer graden af målopfyldelse inden for og mellem regionerne.

90. Undersøgelsen har videre vist, at regionerne i varierende grad forventer at anvende audits til at overvåge kvaliteten af den information, der udveksles i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.

Region Syddanmark og Region Hovedstaden har gennemført audits af henvisninger og udskrivningsbreve i 2008, mens Region Midtjylland forventer audits gennemført i 2009. Region Syddanmark har endvidere gennemført audits af genoptræningsplaner. Region Nordjylland og Region Sjælland har planer om at gennemføre audits af henvisninger og udskrivningsbreve. Flere regioner har endelig oplyst, at der foregår mange journalaudits lokalt på de enkelte sygehuse.

Audit anvendes til kvalitetsvurdering af en konkret praksis. Det kan fx være gennemgang af henvisninger, patientjournaler eller udskrivningsbreve. Metoden er også anvendelig til faglig udvikling, fx til at finde frem til "best practice".

BOKS 7. EKSEMPEL PÅ INDHOLDET I EN JOURNALAUDIT FORETAGET PÅ ET SYGEHUS

Overflyttelse, udskrivning eller afslutning	Ja	Nej
Fremgår det af patientjournalen, at patienten er udskrevet med en plejestatus til primær kommunal sundheds- og sygeplejeopfølgning?	72 %	28 %
Fremgår henvisningsdiagnose/årsager af udskrivningsbrevet?	92 %	8 %
Fremgår fund samt endelige diagnoser af udskrivningsbrevet?	92 %	8 %
Indeholder udskrivningsbrevet et resumé af undersøgelses- og behandlingsforløbet?	89 %	11 %
Indeholder udskrivningsbrevet en medicineringsplan?	72 %	28 %
Fremgår det af udskrivningsbrevet, hvilken information der er givet til patienten?	38 %	62 %
Fremgår plan for efterforløb, herunder genoptræningsplan, af udskrivningsbrevet?	74 %	26 %
Fremgår navnet på den lægelige kontaktperson af udskrivningsbrevet?	50 %	50 %
Er der dokumentation for, at udskrivningsbrevet er signeret og sendt inden 3 hverdage til praktiserende læge?	55 %	45 %

91. Undersøgelsen har vist, at ingen af de 5 sundhedsaftaler, som Rigsrevisionen har gennemgået, levede op til kravene om, at sundhedsaftalerne skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalerne. Regioner og kommuner har efterfølgende indsendt reviderede sundhedsaftaler, som Sundhedsstyrelsen har godkendt.

Undersøgelsen har videre vist, at regionerne i varierende grad følger sammenhængen i patientforløb ved at opstille servicemål, og at alle regioner forventer at gennemføre audits med henblik på at følge op på kvaliteten i den information, der udveksles mellem almen praksis, sygehus og kommune.

It-understøttelse af kommunikation

92. Den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012 indeholder krav om, at regionerne i løbet af 2008 skulle vedtage fælles strategier med kommunerne for, hvordan de vil øge anvendelse af elektronisk kommunikation, og hvordan de vil styrke det faglige indhold i kommunikationen.

4 regioner har i forbindelse med høringen oplyst, at de har udarbejdet en fælles strategi med deres kommuner for øget anvendelse af elektronisk kommunikation.

93. Alle regioner har udarbejdet planer for implementering af elektronisk kommunikation mellem almen praksis, sygehus og kommune baseret på MedCom-standarder. MedCom-standarder er skabeloner for elektronisk kommunikation, der kan læses af alle de forskellige it-systemer, som anvendes hos almen praksis, sygehus og kommune.

I alle regioner er der sygehuse og kommuner, der kommunikerer elektronisk, men i ingen af regionerne er kommunikationen mellem almen praksis, sygehuse og kommuner fuldstændig elektronisk.

94. Tabel 3 viser regionernes planer for implementering af MedCom-standarder.

Tabel 3. Regionernes planer for implementering af MedCom-standarder

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Mellem almen praksis og sygehus:					
Henvielse	2008	2008	2008	2009	2009/2010
Udskrivningsbrev	2008	2008		2009	2009/2010
Mellem sygehus og kommune:					
Indlæggelses- og udskrivningsadvis	2009	2009	2008	2009	2008/2009
Indlæggelsesvar	2009	2009	2008	2009	2008/2009
Indlæggelsesrapport	2009		2009		2009
Færdigbehandling	2008	2008 (pilottest)	2010	2010	2008/2009
Udskrivningsrapport	2009	2008 (pilottest)	2010		2009
Mellem almen praksis, sygehus og kommune:					
Korrespondance	2009	2008	2009	2010	2008/2009
Genoptræningsplan	2009	2008 (pilottest)	2009	2008/2010	2008/2009

Kilde: Rigsrevisionens tabel på baggrund af regionernes redegørelser til Rigsrevisionen, juli 2008, samt efterfølgende høringsvar fra regionerne.

95. Det fremgår af tabel 3, at regionerne arbejder med at implementere en række MedCom-standarder. Det fremgår videre, at regionerne forventer, at kommunikationen mellem almen praksis, sygehus og kommune overgår til MedCom-standarder inden for 2 år for de standarder, hvor der er implementeringsplaner.

BOKS 8. KOMMUNIKATION MELLEM ALMEN PRAKSIS, SYGEHUS OG KOMMUNE

Kommunikationen mellem almen praksis og sygehus er primært it-baseret. Både ved indlæggelse af planlagte patienter og ved udskrivning foregår kommunikationen via it i form af elektroniske henvisninger og udskrivningsbreve.

I kommunikationen mellem sygehus og kommune og mellem kommune og almen praksis anvendes primært telefon og fax. Kommunernes begrænsede telefontider harmonerer dårligt med de interne arbejdsgange på sygehusene og gør det vanskeligt for parterne at få kontakt til hinanden. Konsekvensen er, at parterne bruger betydelige resurser på at kontakte hinanden telefonisk.

96. Undersøgelsen har vist, at alle regionerne medvirker til, at kommunikationen på tværs af sektorerne kan it-understøttes. Alle regionerne har således udarbejdet planer for overgang til elektronisk kommunikation med anvendelse af MedCom-standarder.

Vurdering

97. Regioner og kommuner havde kort tid fra deres etablering til fristen for indsendelse af sundhedsaftalerne. Undersøgelsen har vist, at ingen af 1.-generations-sundhedsaftalerne mellem regionerne og de 5 udvalgte kommuner levede op til bekendtgørelsens krav om ud-

veksling af information og opfølgning. Regioner og kommuner har inden den 1. oktober 2008 indsendt reviderede sundhedsaftaler, som alle er blevet godkendt af Sundhedsstyrelsen.

98. Regionerne anvender i varierende grad servicemål til at følge op på den information, der udveksles mellem almen praksis, sygehus og kommune i forbindelse med indlæggelse, udskrivning og genoptræning. Derudover forventer regionerne at gennemføre audits for at vurdere kvaliteten af den information, der udveksles mellem almen praksis, sygehus og kommune, hvilket Rigsrevisionen finder positivt.

99. Alle 5 regioner har i samarbejde med kommuner og almen praksis udarbejdet planer for overgang til elektronisk kommunikation med anvendelse af MedCom-standarder. Rigsrevisionen finder, at regionerne bør fremme implementeringen af MedCom-standarderne mest muligt.

C. Rammer for finansiering af sundhedsydelser

100. Rigsrevisionen har med henblik på at vurdere, om regionerne har etableret rammer for finansiering af sundhedsydelser, der understøtter sammenhængende patientforløb, undersøgt, om:

- regionerne har indgået en overenskomst med almen praksis, der understøtter sammenhængende patientforløb
- regionerne har indgået § 2-aftaler med almen praksis, der understøtter sammenhængende patientforløb.

Overenskomst med almen praksis

101. Praksissektoren er i henhold til sundhedsloven tilknyttet det øvrige sundhedsvæsen via "Landsoverenskomst om almen lægegering af 24. januar 2006", som er indgået mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Overenskomsten skal genforhandles i foråret 2009 og forventes at træde i kraft pr. 1. januar 2010.

I overenskomsten aftales de ydelser, som regionerne honorerer de praktiserende læger for at udføre. Overenskomsten kan betragtes som et katalog over ydelser, som de alment praktiserende læger kan vælge at benytte, når det efter et lægefagligt skøn er hensigtsmæssigt. De praktiserende læger er således ikke forpligtet til at anvende de enkelte ydelser i overenskomsten.

102. Undersøgelsen har vist, at overenskomsten med almen praksis primært består af et basishonorar, som tildeles almen praksis pr. tilknyttet patient, samt et ydelseshonorar, som almen praksis modtager pr. ydelse, der udføres. Hovedparten af ydelserne i overenskomsten gives for enkeltydelser, og kun få konkrete ydelser understøtter sammenhængende patientforløb, herunder a) opfølgende hjemmebesøg for skrøbelige ældre, b) forløbsydelse for diabetespatienter og c) forebyggelseskonsultation.

Undersøgelsen har videre vist, at overenskomsten på enkelte punkter understøtter sammenhængende patientforløb. For det første stilles der i overenskomsten krav om, at it i almen praksis skal understøtte MedCom-standarder, hvilket muliggør elektronisk kommunikation med sygehus og kommune. For det andet understøtter overenskomsten det daglige samarbejde mellem kommuner og almen praksis om konkrete patienter. For det tredje understøttes den praktiserende læges funktion som tovholder for patienter, der går på tværs af sektorerne, gennem den samlede honorering. Indholdet og rækkevidden af tovholderfunktionen er dog ikke klart defineret i overenskomsten. Endelig giver overenskomsten mulighed for, at kommuner, regioner og almen praksis gennem samordningsudvalg og kommunalt-lægeligt udvalg kan styrke samarbejdet.

Overenskomsten med almen praksis er opbygget således, at de praktiserende læger får den største del af deres indtægt ved ydelseshonorering, mens en mindre del kommer fra en fast ydelse pr. person, der er tilknyttet lægens praksis. Det er bl.a. formålet med ydelseshonoreringen at motivere lægerne til høj aktivitet, mens det faste bidrag bl.a. skal give lægen et råderum til at prioritere samarbejdet med kommuner og sygehuse.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn er det tidligere Sygesikrings Forhandlingsudvalg. I nævnet sidder repræsentanter fra Kommunernes Landsforening, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne.

Forløbsydelsen bryder med overenskomstens kendte honorarsystem, hvor der honoreres for enkeltkontakter. Ydelsen indebærer, at lægen får udbetalt et årshonorar. Årshonoraret kan dække en forskellig arbejdsindsats i relation til forskellige patienter, da det er patientens individuelle behov, der afgør, hvor mange kontroller patienten skal tilbydes i løbet af et år.

103. Flere regioner oplyser, at et større fokus på forløbsstankegangen i overenskomsten, fx forløbsydelsen for diabetespatienter, vil fremme sammenhængende patientforløb. Flere af regionerne oplyser videre, at det er vanskeligt at indgå forpligtende og bindende aftaler med almen praksis, og at der i forbindelse med udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammer er opstået et fornyet behov for, via overenskomsten, at kunne stille krav til almen praksis om at følge disse programmer. I forlængelse heraf er der også ifølge regionerne et forøget behov for at kunne monitorere arbejdet i almen praksis. Forløbsprogrammerne har p.t. kun vejledende karakter.

Flere af regionerne oplyser videre, at enkelttydelserne i overenskomsten og det, at overenskomsten ikke giver almen praksis mulighed for at lave opsøgende arbejde i forhold til patienterne, vanskeliggør den praktiserende læges muligheder for at levere den rette service til patienter, der ofte bevæger sig på tværs af sektorerne. Endelig har flere regioner oplyst, at det er vanskeligt at engagere almen praksis i samarbejdet omkring sundhedsaftalerne.

104. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at der er nedsat et almen praksisudvalg, der er i gang med at undersøge, hvordan man sikrer en bæredygtig almen praksis i fremtiden. Ministeriet fremhæver endvidere, at der er meget opmærksomhed på, at der skal gøres noget på almen praksis-området for at forbedre sammenhængende patientforløb.

105. Undersøgelsen har vist, at overenskomsten med almen praksis kun i begrænset omfang understøtter sammenhængende patientforløb.

§ 2-aftaler

106. Det fremgår af overenskomstens § 2, at der mellem en region og et praksisudvalg kan indgås lokale aftaler, som supplerer eller fraviger overenskomsten. Disse aftaler benævnes § 2-aftaler. Regionerne kan gennem indgåelse af § 2-aftaler belønne aktiviteter, der fremmer sammenhængende patientforløb.

107. § 2-aftaler har samme status som overenskomsten, men gælder kun lokalt. På samme vis som med ydelserne i overenskomsten kan de praktiserende læger vælge at benytte aftalerne, når det efter et lægefagligt skøn er hensigtsmæssigt. Det er muligt at indgå forpligtende § 2-aftaler, hvis parterne er enige om det. Regionerne oplyser, at de ingen sanktionsmuligheder har, hvis de alment praktiserende læger ikke anvender § 2-aftalerne.

108. Regionerne har oplyst, at de har indgået § 2-aftaler, der understøtter sammenhængende patientforløb. Regionerne har hver især indgået 1-5 aftaler. Nogle af aftalerne er videreført fra de tidligere amter, mens andre er forhandlet af regionerne. Flere af regionerne er i gang med at udarbejde nye aftaler.

BOKS 9. EKSEMPLER PÅ § 2-AFTALER VEDRØRENDE SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

- Alment praktiserende lægers efteruddannelse på sygehuse og sygehusansatte speciallægers ophold i almen praksis.
- Kompensation til praktiserende læger for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper.
- Honorering af praktiserende læger for deltagelse i opsøgende virksomhed for ældre.
- Honorering af praktiserende læger for deltagelse i udskrivningskonferencer på sygehusene.

109. Undersøgelsen har vist, at regionerne i varierende omfang har indgået § 2-aftaler med almen praksis, der understøtter sammenhængende patientforløb.

Vurdering

110. Overenskomsten med almen praksis har kun i begrænset omfang elementer, der understøtter sammenhængende patientforløb.

111. Regionerne har i varierende grad indgået supplerende aftaler (§ 2-aftaler) med almen praksis, der belønner aktiviteter, som fremmer sammenhængende patientforløb.

112. Rigsrevisionen vurderer, at det vil styrke samarbejdet mellem sektorerne, såfremt det i højere grad gøres muligt for regionerne at forpligte almen praksis, fx i forhold til forløbsprogrammer og supplerende aftaler.

Rigsrevisionen, den 11. februar 2009

Henrik Otbo

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Ordliste

Ambulant behandling	Behandling, hvor patienten ikke overnatter på sygehuset.
Audit	Audit anvendes til kvalitetsvurdering af en konkret praksis. Det kan fx være gennemgang af henvisninger, patientjournaler eller udskrivningsbreve. Metoden er også anvendelig til faglig udvikling, fx til at finde frem til "best practice".
Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA)	Eksisterede som et nationalt kvalitetsudviklingsprojekt i perioden 2000-2006. DGMA havde til formål at inddrage de medicinske afdelinger i arbejdet med at udvikle kvaliteten af de samlede patientforløb. Dette involverede bl.a. samarbejdet mellem sygehuset, den kommunale hjemme-sygepleje og patientens egen læge.
DRG	DRG-systemet er introduceret i Danmark midt i 1990'erne og anvendes til takststyring på sygehuse og sygehusafdelinger. DRG-systemet består af takster, der er knyttet til bestemte diagnoser. DRG-systemet anvendes også i forbindelse med opgørelse og afregning af den kommunale medfinansiering og som grundlag for den mellemregionale afregning for patienter, der krydser regionsgrænser i behandlingen.
Forløbsprogrammer	Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, fx diabetes. Forløbsprogrammer sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.
Fælles Medicinkort	Videreudvikling af den Personlige Elektroniske Medicinprofil. Det Fælles Medicinkort skal sikre, at patienter og relevant personale altid har adgang til korrekte og opdaterede medicinoplysninger om patienterne.
Genoptræningsplan	Udarbejdes for alle patienter med behov for genoptræning efter behandling på sygehus og sendes til kommunen. Beskriver bl.a. patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet.
Henvisning	Sendes fra almen praksis til sygehus, når en patient henvises til sygehus. Beskriver henvisningsdiagnosen, ønsket undersøgelse/behandling samt en kortfattet beskrivelse af sygehistorien.
Kommunal medfinansiering	Strukturreformen har medført en ændret finansiering af sundhedsvæsenet. Den tidligere amtskommunale skattefinansiering af sygehusvæsenet og sygesikringen er afløst af statstilskud og en kommunal medfinansiering. Den kommunale medfinansiering består af et grundbidrag og et aktivitetsafhængigt bidrag.
Kommunalt-lægeligt udvalg	Rådgivende udvalg bestående af repræsentanter fra lokale almene praksis og kommunen. Udvalget skal styrke samarbejdsrelationerne mellem de 2 parter.
Kronikerstrategi	Beskriver, i modsætning til forløbsprogrammer, den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for patienter med kroniske sygdomme, dvs. uden fokus på en specifik sygdom.
Landsoverenskomst	Forhandles mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Indeholder bl.a. aftaler vedrørende honorarer for ydelser, klagerregler, praksisplanlægning og regulering.
MedCom	MedCom blev etableret i 1994 i et samarbejde mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og en række organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor. MedCom har til formål at udvikle, afprøve, kvalitetssikre og udbrede elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren med henblik på at understøtte det gode patientforløb. MedCom udarbejder standarder for elektronisk kommunikation.

MedCom-standarder	Skabeloner for elektronisk kommunikation, som kan læses af alle de forskellige it-systemer, som anvendes hos almen praksis, sygehus og kommune.
Personlig Elektronisk Medicinprofil	En elektronisk oversigt over den receptpligtige medicin, en borger har købt på apoteket. Borgere med digital signatur samt behandlende læge har adgang til medicinprofilen gennem www.sundhed.dk .
Praksiskonsulent	En alment praktiserende læge, som har en deltidsansættelse (typisk 8 timer pr. måned) hos en kommune eller på en sygehusafdeling ved siden af sin funktion som praktiserende læge. Praksiskonsulenten har bl.a. til formål at skabe bedre sammenhæng mellem sektorerne.
Praksissektoren	Omfatter alment praktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, tandlæger og fysioterapeuter.
Praksisudvalg	Praktiserende Lægers Organisations politiske netværk, som varetager de praktiserende lægers faglige og økonomiske interesser i kommunale og regionale sammenhænge.
Praktiserende Lægers Organisation	Landsdækkende organisation, som varetager de praktiserende lægers faglige og økonomiske interesser og forhandler overenskomsten på vegne af almen praksis.
Regionernes Lønnings- og Takstnævn	Forhandler bl.a. overenskomsten for praksissektoren. Nævnet repræsenterer regionerne, Kommunernes Landsforening, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har vetoret i udvalget.
Samarbejdsudvalg	Nedsat i hver region med repræsentanter fra regionen, kommunerne i regionen og praksisudvalget. Drøfter bl.a., hvordan almen praksis samordnes med det øvrige sundhedsvæsen.
Samordningsudvalg	Udvalg inden for de enkelte sygehuses optageområder med repræsentanter fra sygehuset samt kommunerne og almen praksis i optageområdet. Har til formål at sikre samarbejde mellem sektorerne.
Snitfladekatalog	Snitfladekatalog udarbejdes på områder, hvor arbejdsdelingen mellem 2 eller flere parter kan være uklar. Det kan fx være på genoptræningsområdet, hvor et snitfladekatalog kan beskrive, hvornår en patient bør modtage specialiseret eller almen genoptræning.
Sundhedsaftaler	Ifølge sundhedsloven skal Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgå sundhedsaftaler, som skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. De skal som minimum indeholde aftaler om 6 indsatsområder, bl.a. træningsområdet, indlæggelsesforløb og udskrivningsforløb for svage, ældre patienter.
Sundheds-koordinationsudvalg	Ifølge sundhedsloven skal sundhedskoordinationsudvalget understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar. Udvalget består af repræsentanter fra regionen, regionens kommuner og almen praksis i regionen.
Telemedicin	Telemedicin omhandler de situationer, hvor en sundhedsydelse kan leveres over større eller mindre afstande ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologi, fx internet, digitale kameraer, videokameraer og webcam. Telemedicin kan bruges ved lange afstande, fx når en læge på et mindre sygehus mailer billeder til en speciallæge på Rigshospitalet. Men telemedicin kan også bruges til at følge en patient i eget hjem, fx ved at følge med i hjerterytme, puls og andre indikatorer på patientens helbred.
Udskrivningsbrev	Et kort sammendrag af en patients sygehistorie og indlæggelsesforløb, som sendes til patientens praktiserende læge efter indlæggelse på sygehus for at sikre, at alle lægefagligt relevante oplysninger vedrørende patientens indlæggelse videregives.
Udskrivnings-konference	Planlagt møde mellem patient/pårørende og sundhedsfagligt personale fra primær- og sekundærsektor med det formål at planlægge/iværksætte udskrivelsesforløb.
Udskrivningskoordinator	Person ansat i kommunens visitation, der dog har sin daglige gang på sygehusafdelinger, hvor vedkommende har til opgave at fremme hjemtagningen af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne og sikre sammenhængende forløb for borgerne.