

Statsrevisorernes Sekretariat
Christiansborg
1240 København K

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

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

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

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

Indledende bemærkninger

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

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

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

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

medicinkort, de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser og Den Danske Kvalitetsmodel.

Rammer for samarbejde

Sundhedsaftaler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Forløbsprogrammer for kronisk syge

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

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

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

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

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

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

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

Målrettet indsats i forhold til ældre medicinske patienter og psykiatriområdet

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

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

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

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

Almen praksis og sammenhængende patientforløb

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rammer for finansiering af sundhedsydelser – økonomiske incitament

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

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

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

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

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

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

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

Udtalelser fra regionsrådene

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

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

Afslutning

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

Et eksemplar af denne redegørelse er sendt til rigsrevisor.

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen

Chefkonsulent
Lene Brøndum Jensen
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K



Regionssekretariatet
Kontaktperson: Jenny Krogh
Jenny.Krogh@regionsyddanmark.dk
regionssekretariat@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631102

16. januar 2010
Journal nr.
Side 1 / 3

Region Syddanmarks udtalelse til Rigsrevisorernes beretning om sammenhængende patientforløb med statsrevisorernes bemærkninger.

Region Syddanmark finder, at der generelt er tale om et godt og gennemarbejdet materiale, som opfanger mange af de problemer, vi står/har stået overfor i det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i 1. generation af sundhedsaftaler, som blev indsendt til Sundhedsstyrelsen den 1. april 2007. Disse aftaler giver for Region Syddanmark ikke et retvisende billede af samarbejdet i dag, idet der var tale om "udviklingsaftaler", som lagde op til en lang række udviklingsarbejder på alle centrale områder. Parterne havde derfor allerede ved indsendelse af aftalerne planlagt at indgå nye aftaler i 2008. Disse aftaler er indgået og er væsentligt forskellige fra de første aftaler og mere præcise.

På baggrund af ovenstående forhold kombineret med det ret "smalle" undersøgelsesdesign, som kun involverer en sygehusafdeling, en kommune og en almen praktiserende læge pr. region, kan Region Syddanmark tilslutte sig Statsrevisorernes forventning om, at undersøgelsen gennemføres igen om et par år, når parterne har fået implementeret og indarbejdet de nye samarbejdsrelationer.

Region Syddanmark har følgende bemærkninger til de tre områder, som Statsrevisorerne peger på som barriere for det sammenhængende patientforløb:

Implementering af fælles standarder for kommunikation mellem it-systemer, der anvendes hos almen praksis, sygehus og kommune:

Region Syddanmark har i marts 2007 sammen med regionens 22 kommuner og de praktiserende læger udarbejdet en fælles it-strategi for it-understøttelse af det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne. Strategien indeholder både fælles visioner og fælles konkrete handleplaner, som alle sygehuse og kommuner har vedtaget.

Udmøntningen af denne aftale har resulteret i en omfattende digitalisering af den samarbejdsaftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb, som regionens sundhedsaftaler indeholder. Al aftalt kommunikation i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb foregår således digitalt ved hjælp af MedCom's kommunikationsstandarder:

Ved indlæggelse sendes automatisk et indlæggelsesadvis til kommunen (såfremt patienten er kendt i det kommunale system). Fra kommunen sendes automatisk indlæggelses svar med

information om kontaktperson og senere en mere udførlig indlæggelsesrapport til sygehusets elektroniske patientjournal.

Indenfor 48 timer fastlægger sygehusafdelingen en forløbsplan for indlæggelsen og udskrivningen. Denne sendes elektronisk til kommunen og sendes igen såfremt der foretages opdatering. Den kommunale hjemmepleje kan således løbende være opdateret med patientens tilstand og forberede udskrivelsen. Hjemmeplejen kvitterer elektronisk på modtagelsen af forløbsplanen.

Ved udskrivning sendes automatisk udskrivningsadvis og der sendes en udskrivningsrapport til kommunen. Ved udskrivning sendes endvidere i relevante tilfælde en elektronisk genoptræningsplan.

Alle sygehuse og alle kommuner kommunikerer nu alt elektronisk efter en omfattende implementeringsproces, hvor alt personale er blevet undervist i de nye og digitale arbejdsgange.

Der er endvidere etableret elektronisk kommunikation mellem hjemmeplejen i næsten samtlige kommuner og praktiserende læger (receptfornyelse og korrespondance).

Der er i Region Syddanmark i oktober 2009 sendt 19.141 meddelelser fra sygehusene til kommunerne og 19.445 meddelelser fra kommunerne til sygehusene. Tilsvarende er der sendt 5.569 meddelelser fra lægepraksis til hjemmeplejen og 4.672 fra hjemmeplejen til lægepraksis.

Også mellem sygehusene og lægepraksis er kommunikationen digitaliseret, således at alle henvisninger (både elektive og akutte) og alle epikriser (på indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg) sendes elektronisk mellem parterne.

Finansieringsmodellerne for kommunerne og sygehusene ikke giver økonomiske incitamenter til sammenhængende patientforløb.

Manglen på økonomisk incitamenter konkluderes i Rigsrevisionens beretning på baggrund af, at DRG-systemet ikke værdisætter

- Flere besøg samme dag i samme ambulatorium
- Telemedicinske ydelser, der kan begrænse patienternes søgning til sygehusene
- Behandling udenfor sygehusene – hjemmebesøg
- En differentiering mellem nemme og svære ambulante besøg, hvor de nemme kunne foregå i praksis.
- Kommunerne har ikke specielle økonomiske incitamenter til at tage patienterne hurtigere hjem.

Når rammerne for de sammenhængende patientforløb vurderes ud fra finansieringsmodeller, er det vigtigt ikke kun at se på DRG-systemets værdisætning, men også på de tiltag, der gøres i praksis for at fremme sammenhængende patientforløb. DRG-systemets regulering af regionernes økonomi er meget lille, da aftalens rammer for finansieret vækst, er at forstå som egentlig rammefinansiering af regionerne.

I forhold til sygehusene har Region Syddanmark valgt en aktivitetsbestemt finansieringsmodel, som understøtter øget aktivitet og produktivitetsudvikling, idet dette er det væsentligste i forhold til

ønskerne i Sundhedsloven. Der arbejdes løbende på at tage højde for DRG-systemets uhensigtsmæssigheder i forhold til at give patienterne et godt og sammenhængende forløb.

Der er rigtigt at DRG-systemet ikke specifikt værdisætter alle aktiviteter, der kunne fremme mere sammenhængende patientforløb. Der arbejdes imidlertid med flere tiltag i denne retning fra centralt hold:

Allerede i 2010 indføres en række sammedagstakster for visse veldefinerede ydelser. Region Syddanmark ser helst, at der skelnes mellem sammedagstakster og værdi af flere ydelser samme dag, og at det sidste bliver den generelle tilgang til denne forbedring.

DRG-systemet forholder sig alene til ydelser på sygehusematriklerne og derfor ikke til tælemedicinske ydelser eller hjemmebesøg. Det vil dog kræve tilpasninger i registreringen af sygehusaktiviteten, og en vurdering af taksterne for disse besøg, hvorfor det vil tage noget tid at ændre denne del.

Muligheden for at udføre behandlinger i privat praksis i stedet for på sygehusene er grundlæggende et klinisk spørgsmål. De økonomiske fordele for regionerne til at lade mere ske i praksis er allerede tilstede, men ressourcerne i privat praksis er ikke store nok til at kunne tage fra i alle tilfælde. Derfor vil yderligere økonomisk regulering af dette område gennem nationale finansieringssystemer alene skævvride de økonomiske vilkår for regionerne.

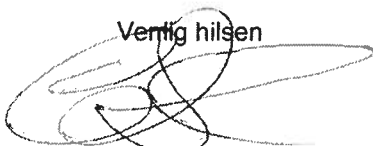
Endelig er det rigtigt, at kommunerne ikke har store økonomiske incitamenter til at fremme sammenhængende patientforløb. Dertil er deres medfinansiering – og dermed deres risiko - for spredt, for lille og for uoplyst til at de kan arbejde systematisk med det. Med den stramme kommunale økonomi er interessen for friktion i sygehusvæsenet derimod blevet større.

Almen praksis er ikke i tilstrækkelig grad forpligtet til at understøtte et sammenhængende patientforløb:


Region Syddanmark kan tilslutte sig Statsrevisorernes bemærkninger om, at overenskomsten for almen praksis trænger til en omfattende revision, hvor der sikres incitamenter og forpligtelser i relation til almen praksis centrale rolle i det sammenhængende patientforløb. Der er behov for, at der snarligt indgås en ny overenskomst med bl.a. en ny honorarstruktur og med beskrivelser af forventningerne til den alment praktiserende læges tovholderrolle med henblik på at understøtte patientforløbsaftaler og forbedret kronikeromsorg.

Afslutningsvis skal Region Syddanmark pege på, at en væsentlig barriere i forhold til at sikre sammenhængende patientforløb er, at de kommunale tilbud er meget forskellige, idet servicen fastlægges indenfor rammerne af det kommunale selvstyre. I praksis betyder det, at det er svært for sygehuse og praktiserende læger at forholde sig til forskellige/skiftende kommunale tilbud.

Venlig hilsen



Carl Holst
regionsrådsformand



Kjeld Zacho Jørgensen
adm. direktør

Fra: Jens Harder [jens.harder@regionh.dk]
Sendt: 20. januar 2010 21:09
Til: Lene Brøndum Jensen
Emne: Anmodning om en udtalelse over Rigsrevisionens beretning vedrørende sammenhængende patientforløb.
Vedhæftede filer: Sag nr 5.doc

Vedlagt fremsendes som svar på ministeriets anmodning vedrørende ovennævnte en kopi af den mødesag hvormed ministeriets henvendelse blev forelagt regionsrådet.

Regionsrådet beslutning indgår til slut i mødesagen.

Med venlig hilsen

Jens Harder

Region Hovedstaden

Koncern økonomi - økonomisk afdeling

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

Tlf. 48 20 50 20

Mobil: 21 63 65 20

e-post: jens.harder@regionh.dk

www.regionhovedstaden.dk

Forretningsudvalget den 20. oktober 2009, sag nr. 7

SAG NR. 5

UDTALELSE TIL MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE VEDR. RIGSREVISIONENS BERETNING OM SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at ministeriet orienteres om de tidligere afgivne kommentarer til Rigsrevisionen, og
 2. at ministeriet orienteres om igangværende initiativer i Region Hovedstaden om styrkelse af den tværsektorielle elektroniske kommunikation, implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom og initiativer vedr. ældre medicinske patienter samt forløbsorienteringen i den kommende sundhedsaftale.
-

RESUME

Statsrevisorerne har fremsendt Rigsrevisionens beretning nr. 7/2008 om sammenhængende patientforløb til Ministeriet for Sundhed og forebyggelse.

Ministeriet skal nu afgive en redegørelse til Statsrevisorerne for de foranstaltninger og overvejelser, som Rigsrevisionens beretning – inklusive Statsrevisorernes bemærkninger til beretningen - har givet anledning til. Ministeriet har i den forbindelse anmodet regionsrådet om en udtalelse vedrørende beretningen.

Beretningen søger at belyse, om de rammer, som henholdsvis Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne har etableret for økonomi, organisation og kommunikation, understøtter det sammenhængende patientforløb. Forretningsudvalget er tidligere i formandsmeddelelse på mødet den 27. januar 2009 blevet orienteret om beretningen, herunder om administrationens kommentering af beretningen.

Siden administrationens kommentering af beretningen er der i Region Hovedstaden taget en række initiativer, som vil understøtte sammenhængende patientforløb. Det drejer sig om:

- Intensivering af hospitalernes anvendelse af MEDCOM-standarderne i den elektroniske kommunikation med almen praksis og kommunerne,
- Ansøgning om støtte fra Sundhedsministeriets kronikerpuljer til implementering af forløbsprogrammer for personer med kronisk sygdom,
- Implementering af initiativer til en forstærket indsats over for ældre medicinske patienter,
- Udformning af næste generation sundhedsaftale, der planlægges opbygget ud fra tankegangen om sammenhængende forløb.

Det foreslås, at ministeriet orienteres om den tidligere afgivne udtalelse til Rigsrevisionen samt om de ovenfor nævnte nye initiativer. Statsrevisorernes bemærkninger giver ikke anledning til umiddelbar iværksættelse af yderligere initiativer.

SAGSFREMSTILLING

Indledning

Rigsrevisionen startede i foråret 2008 en undersøgelse vedrørende sammenhængende patientforløb på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner.

Formålet med undersøgelsen var at undersøge, om de rammer, som henholdsvis Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne har etableret for økonomi, organisation og kommunikation, understøtter det sammenhængende patientforløb. Det var endvidere formålet at undersøge, hvordan samarbejdet på tværs af almen praksis, sygehus og kommune fungerer i praksis.

Undersøgelsen fokuserer særligt på ældre medicinske patienter, der henvises til sygehus fra egen læge eller vagtlæge og efter endt behandling udskrives til egen læge eller kommunal pleje. Denne patientgruppe er valgt, da der er tale om en gruppe, der ofte har lange komplicerede patientforløb, og som i udtalt grad krydser sektorgrænserne i deres behandlingsforløb.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at undersøgelsens resultater trods fokus på ældre medicinske patienter er alment gældende. Det er samtidig Rigsrevisionens vurdering, at der for andre patientgrupper kan være særskilte problemer, som ikke beskrives i nærværende revisionsnotater.

Undersøgelsen fokuserer alene på overgangen mellem den alment praktiserende læge, sygehuset og kommunen og dermed ikke på interne arbejdsgange på fx sygehusene, når patienter bliver overført fra en afdeling på sygehuset til en anden. På samme vis fokuserer undersøgelsen heller ikke på arbejdsgange internt i kommunerne. Endelig skal det fremhæves, at der ikke indgår privathospitaler eller speciallæger i undersøgelsen. Endvidere er der ikke interviewet patienter i forbindelse med undersøgelsen.

Administrationen har tidligere kommenteret beretningsudkastet overfor Rigsrevisionen og påpeget i den anledning, at Region Hovedstaden finder, at beretningen fokuserer på en række væsentlige problemstillinger, som også indgår centralt i regionens arbejde med sammenhængende patientforløb. Det drejer sig om anvendelsen af sundhedsaftalerne, den elektroniske kommunikation, medicin håndtering og de økonomiske incitament.

Omtalen af sundhedsaftalerne er dog misvisende, da den bygger på forældet materiale ved alene at forholde sig til de oprindeligt indsendte sundhedsaftaler.

Beretningsudkastet tager ikke højde for, at regionerne i perioden fra april 2007 til 2008 har gennemført et særdeles omfattende udviklingsarbejde, som er indarbejdet i de reviderede sundhedsaftaler, der blev indsendt til Sundhedsstyrelsen den 1. oktober 2008, og som Sundhedsstyrelsen har godkendt ultimo november 2008. Det er blevet henstillet til Rigsrevisionen, at beretningen ændres på dette punkt. Det er kun sket i begrænset omfang.

Statsrevisorerne finder det i deres bemærkninger til Rigsrevisionens beretning utilfredsstillende, at der fortsat eksisterer en række barrierer for 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.

Statsrevisorerne finder i deres bemærkninger endelig sammenhæng i patientforløb så væsentligt, at de forventer, at Rigsrevisionen inden for et par år følger op på udviklingen.

Administrationen anbefaler, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse orienteres om det tidligere afgivne svar til Rigsrevisionen samt om en række nye initiativer, som Region Hovedstaden har taget for at styrke sammenhængende patientforløb.

Det drejer sig om følgende initiativer:

1. Regionsadministrationen har besluttet at understøtte en intensiveret anvendelse af hospitalernes elektroniske kommunikation til almen praksis og kommuner ved hjælp af MedCom-standarderne. Der etableres støtte til implementeringen, og der sker løbende opfølgning af brugen af den elektroniske kommunikation. Opfølgningen indgår i virksomhedernes dialogaftaler med koncerndirektionen. Støttefunktionen søges delvist finansieret af Sundhedsministeriets kronikerpulje.

2. Region Hovedstaden har søgt om midler fra Sundhedsministeriets puljer til forstærket kronikerindsats. Hovedelementer er tværsektoriel implementering af forløbsprogrammerne gennem fælles kompetenceudvikling, forløbskoordination og andre initiativer, der binder indsatsen på hospitaler, kommuner og almen praksis sammen, herunder styrket elektronisk kommunikation.

3. Sammen med kommunerne og almen praksis er Region Hovedstaden ved at implementeringsmodne initiativer i forhold til ældre medicinske patienter i form af følge-hjem-ordning, opfølgende hjemmebesøg af praktiserende læge og kommunal hjemmesygeplejerske samt ringe-hjem ordning. Formålet med disse ordninger er at sikre bedst mulig overgang mellem sektorerne for personer med særlige behov. Ordningerne forventes indarbejdet i den næste generation sundhedsaftaler.

4. Den næste generation sundhedsaftale, der dækker perioden 2011-2014, vil efter beslutning i Sundhedskoordinationsudvalget blive søgt udformet ud fra en forløbstankegang. Det er regionsadministrationens opfattelse, at det vil styrke gennemførelsen af sammenhængende forløb og få sat fokus på de områder, hvor der er behov for en særlig indsats.

Statsrevisorernes bemærkninger giver ikke anledning til umiddelbar iværksættelse af yderligere initiativer.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

SAGEN AFGØRES AF

Regionsrådet.

FORRETNINGSUDVALGETS BESLUTNING

Forretningsudvalget tog til efterretning, at Henrik Thorup (O) erklærede sig inhabil og forlod mødelokalet under sagens behandling.

Anbefales.

REGIONSRADETS BESLUTNING

Regionsrådet tog til efterretning, at Henrik Thorup (O) erklærede sig inhabil og forlod mødelokalet under sagens behandling.

Tiltrådt.

Lene Kaspersen (C), Anna Rosbach (O) og Britta Due Andersen (O) deltog ikke i sagens behandling.

Bilagsfortegnelse:

1. Ministeriets skrivelse af 13. august 2009 (FU)
2. Rigsrevisionens beretning nr. 7/2008 inkl. Statsrevisorernes bemærkninger (FU)
3. Formandsmeddelelse nr. 24.12 på forretningsudvalgets møde den 27. januar 2009 (FU)
4. Notat om beretningsudkast (FU)
5. Notat om igangværende initiativer i Region Hovedstaden til at styrke sammenhængende patientforløb (FU)

Sagsnr: 08000925

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Udtalelse om Rigsrevisionens beretning om sammenhængende patientforløb

Dato: 03-12-2009

Sagsnummer: 1-15-1-83-0033-08
Brevid: 756853

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har anmodet om Regionsrådets udtalelse til Rigsrevisionens beretning om sammenhængende patientforløb.

Alléen 15
4180 Sorø
kvalitetudvikling@
regionsjaelland.dk
www.regionsjaelland.dk

Regionsrådet har på sit møde i dag besluttet følgende udtalelse:

Helt grundlæggende kan Region Sjælland bekræfte Rigsrevisionen i vurderingen af sundhedsaftalerne som et vigtigt redskab til at bringe sundhedsvæsenets tre væsentligste aktører sammen om løsning af opgaven med at skabe det sammenhængende patientforløb. Rigsrevisionens beretning bygger på første generation af sundhedsaftalerne fra 2008, som blev aftalt kort tid efter regionernes og kommunernes etablering, og det er vores klare forventning, at samarbejdet i regi af sundhedsaftalerne vil blive udbygget yderligere i næste generation. Det er desuden Region Sjællands klare indtryk, at kommunerne også vægter de indgåede sundhedsaftaler højt.

Men ligesom Rigsrevisionen og statsrevisorerne vurderer Region Sjælland, at der fortsat ligger forhindringer i vejen for et sammenhængende patientforløb. Det drejer sig dels om, at de modeller, der ligger til grund for sygehusenes og kommunernes finansiering af sundhedsvæsenet, nok giver økonomiske incitamenter til levering af særskilte ydelser (som fx diabetesydelser), men ikke i tilstrækkeligt omfang tager højde for at opnå at fremme et sammenhængende patientforløb.

Der er desuden behov for videreudvikling af den elektroniske kommunikation mellem de tre parter: Kommuner, sygehuse og almen praksis. Der er dog siden Rigsrevisorernes undersøgelse sket væsentlige forbedringer. Region Sjælland har med succes indført fælles elektronisk platform for alle regionens sygehuse, og Region Sjællands sygehuse kan i dag kommunikere elektronisk med almen praksis i hele regionen. Kommunerne har tilsvarende anskaffet IT-løsninger, som kan anvendes til håndtering af den elektroniske kommunikation.

Der er i Region Sjælland gennemført aftestninger af overførsel af elektroniske genoptræningsplaner, og dette vil blive udbredt til alle regio-

nens kommuner i løbet af 2010. Der er endnu utilstrækkelig understøttelse af det samlede ind- og udskrivningssamarbejde mellem sygehuse og kommuner. Men der er i Medcom-samarbejdet nu også etableret nationale standardiseringsaktiviteter for disse kommunikationsstrømme, og såvel Regionen, som kommunerne, vil efterfølgende tilrette deres systemer i forhold til disse.

En væsentlig forhindring ligger også i regionens ringe mulighed for at forpligte almen praksis gennem overenskomsten på at efterleve de indgåede sundhedsaftaler. Selvom Region Sjælland har mulighed for at indgå § 2-aftaler med almen praksis, kan lægernes organisation sige nej, hvilket i vid udstrækning er sket i Region Sjælland.

Med venlig hilsen



Jens Andersen
Administrerende direktør

**Regionsrådet for Region Midtjyllands svar udtalelse vedr.
Rigsrevisionens beretning nr. 7/2008 om sammenhængende
patientforløb**



Region Midtjylland har modtaget ministeriets anmodning om udtalelse den 13. august 2009.

Dato 30.09.2009

Sagsbehandler: Jens Bejer Damgaard

Tel. +45 87 28 46 70

Jens.Damgaard@stab.rm.dk

Sagsnr.

Nedenfor følger Regionsrådets bemærkninger.

Bemærkning 1: Rigsrevisionens pkt. 3: Rigsrevisionen angiver at "... det er en væsentlig forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet, at patientforløb er sammenhængende. Sammenhængende patientforløb kan blandt andet mindske risikoen for unødvendigt lange indlæggelser, hvor patienterne risikerer en forværring i deres tilstand, unødige genindlæggelser samt sikre en bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet..." Sundhedsloven § 2 taler om sammenhæng mellem ydelser og definerer ikke, hvad der skal forstås ved sammenhængende patientforløb. Region Midtjylland værdsætter Rigsrevisionens forsøg på at definere sammenhængende patientforløb, som vi dog ikke finder, gør begrebet mere klart. Den manglende klare definition finder Region Midtjylland er et analytisk udfordring for Rigsrevisionens undersøgelse af om der er skabt sammenhængende patientforløb.

Side 1/3

Bemærkning 2: Rigsrevisionens pkt. 5: Punktet angiver at "... Formålet med Rigsrevisionens undersøgelse er at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt regionerne har etableret rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering af sundhedsydelser, som understøtter sammenhængende patientforløb mellem almen praksis, sygehus og kommune.

Det er Region Midtjyllands opfattelse, at der heri ligger kimen til den misforståelse, at regionerne egenhændigt kan etablere rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering, der sikrer sammenhængende patientforløb, blandt andet igennem udarbejdelse af sundhedsaftaler, snitfladekataloger, forløbsbeskrivelser og kronikerstrategier.

Region Midtjylland har på et flertal af områder skabt formelle samarbejdsstrukturer med deltagelse af blandt andre almen praksis og kommunerne i overensstemmelse med Sundhedslovens § 203, der siger, at "... Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsats for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer...".

Region Midtjylland ønsker at fremhæve, at sundhedsaftalerne, snitfladekataloger, forløbsbeskrivelser og kronikerstrategier afspejler forhandlede løsninger indgået mellem to myndigheder. Det er afgørende, at arbejdet med og samarbejdet om sundhedsaftaleteksten m.v. sker i et gensidigt samarbejde mellem regionerne, almen praksis, hospitalerne og kommunerne. Sundhedsaftalerne m.v. er således ikke resultat af et arbejde udfoldet alene hos regionerne, men i et tæt samarbejde med kommunerne.

Sammenhængende patientforløb etableres kun gennem et godt og hensigtsmæssigt samarbejde mellem medarbejdere i sundhedsvæsenet; på hospitalerne, i kommunerne og hos de praktiserende læger. Hvad der er godt og rigtigt kan ikke sættes på en formel. Derfor finder Region Midtjylland, at Rigsrevisionens udgangspunkt er forkert. Sundheds- og Forebyggelsesministeriet kan ikke sætte en ramme, der sikrer sammenhængende patientforløb. Ministeriet kan fastsætte rammer, der ikke hindrer sammenhængende patientforløb. At gøre ministeriet ansvarlig er ikke i overensstemmelse med ansvarsplaceringen for udførelsen af ydelserne i sundhedsloven. Ansvar for sammenhængende patientforløb ligger hos de driftsansvarlige myndigheder og institutioner. Regionen har – som driftsansvarlig for hospitaler og praktiserende læger – dermed et stort ansvar – som naturligvis skal forvaltes i samarbejde med regionens kommuner. Rammerne er naturligvis vigtige – men de bedste forløb opnås kun ved et konkret samspil om den konkrete patient i den konkrete situation. Det er opfattelsen hos Region Midtjylland og hos kommunerne i regionen, at de bedste løsninger opnås ved en mere værdibaseret tilgang til samarbejdet end den tilgang Rigsrevisionen anlægger. Det er således opfattelsen, at Ministeriet i sin bekendtgørelse om sundhedsaftaler har lavet en detaljeret forskrift for indholdet i sundhedsaftalerne – og dermed regulerer samarbejdet på en så detaljeret måde, at det ikke er effektivt og udviklende for at opnå hensigtsmæssige patientforløb.

Bemærkning 3. Det bør tilføjes, at Region midtjylland har vedtaget forløbsprogrammer for KOL, Diabetes og på hjerte-kar området.

Bemærkning 4. Det bør tilføjes, at Region midtjylland i første omgang ensidigt vil opbygge en mindre task-force på it-

kommunikationsområdet. Det bliver task-forcen opgave at hjælpe kommunerne i gang med at implementere MedCom-standarderne.

Venlig hilsen



Bent Hansen
Regionsrådsformand

midt
regionmidtjylland

Side 3/3



Ministeriet for Sundhed og
Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Udtalelse vedr. Rigsrevisionens beretning om sammenhængende patientforløb.

Regionsrådet har på sit møde den 28. september 2009 haft Rigsrevisionens beretning til orientering. Vi har med stor interesse læst og drøftet beretningen.

Vi er enige i mange af de udfordringer som beretningen peger på. Vi vil knytte beretningerne til de overvejelser vi allerede har gjort os i forhold til sammenhængende patientforløb.

Vi er meget opmærksomme på de udfordringer og muligheder der findes indenfor kommunikation, særligt hvordan elektronisk kommunikation kan lette samarbejdet og øge sikkerheden for den enkelte patient. Sundhedskoordinationsudvalget har løbende drøftet, hvordan disse udfordringer kan løses bedst muligt til gavn for patienterne.

Allerede i 2007 nedsatte Sundhedskordinationsudvalget en tværsektorielt arbejdsgruppe og det har betydet at der i dag allerede sker udveksling af elektronisk kommunikation mellem sygehusene og den enkelte kommune. Kommunikationen fra de regionale sygehuse lever op til de definerede MedCom-standarder.

Vi er nu klar med endnu en udvidelse af den elektroniske kommunikation i form af indførelsen af elektroniske genoptræningsplaner, således planen hurtigt og effektivt komme ud til kommunerne. Det giver mulighed for hurtigt opfølgning og iværksættelse af de relevante tiltag.

For at sikre både kommunikationen og samarbejdet mellem sygehusene og kommunerne har det været meget vigtigt for regionen fra starten at få udarbejdet en samarbejdsaftale for ind- og udskrivningsforløb. Målsætning har været, at udskrivelser starter ved indlæggelse, således at patienterne ikke bare oplever sammenhængende, men også velkoordinerede overgange mellem sygehusindsatsen og den kommunale opfølgning.

I det hele taget vægter vi i vores samarbejdsrelationer, at patienterne oplever kvalitet, sammenhæng og et højt informationsniveau.

Vi er meget stolte af vores Kronikerenhed, der er oprettet i samarbejde med kommunerne. Det betyder, at vi fra udgangen af 2009 forventer at have forløbsbeskrivelser og konkrete aftaler for indsatser med alle kommuner i forhold til patientgruppen med kroniske sygdomme. Region Nordjylland har allerede forløbsbeskrivelser for 4 grupper og resten er på vej i 2010.

Det har været en stor udfordring, at udarbejde og indgå sundhedsaftaler, men vi har lært meget de seneste år. Vi vil eksempelvis gerne i større omfang end det var muligt i 1. generation af sundhedsaftaler kunne inddrage og

Regionssekretariatet Kommunedialog

Niels Bohrs Vej 30
Postboks 8300
9220 Aalborg Øst
Tlf.: 9635 1000
Fax. 9815 2009
www.m.dk

E-mail: ika@m.dk

Direkte: 9635 1071

Ref.: Inge Kjær Andersen

Journalnummer: 1-22-0058-08

Dato: september 2009

ansvarliggøre de alm. praktiserende læger. Men det faktum, at sundhedsaftalerne indgås mellem to parter, gør det vanskeligt. I relation til Rigsrevisionens bemærkninger jf. § 2 aftaler med lægerne, kan vi også ønske, at der sker justeringer i Regionens mulighed for at forpligte alm. praksis. Vi har dog en konstruktiv og løbende dialog i vores samarbejdsudvalg for alm. læger, som vi sætter stor pris på.

I forhold til 2.generation af sundhedsaftaler har vi allerede nu iværksat en statusevaluering, hvori alle samarbejdspartner inddrages, herunder også de praktiserende læger. Vores fokus er, at skabe et konstruktivt og fagligt velkvalificeret grundlag for de fremtidige sundhedsaftaler. Derfor er vi også glade for den nye vejledning som åbner for en mere visionær tilgang.

Vi er godt på vej og er hele tiden opmærksomme på hvorledes vi kan forbedre og udvikle os, således at patienterne i endnu højre grad kan opleve sammenhængende patientforløb. Derfor er vi også glade for Rigsrevisionens rapport, som både bekræfter at vi er på rette vej og give anledning til nye overvejelser.

På vegne af Regionsrådet

Ulla Astman
Regionsrådsformand