



Notat til Statsrevisorerne om
beretning om sammenhængende
patientforløb

August
2012

revision
revision

revision

Opfølgning i sagen om sammenhængende patientforløb (beretning nr. 7/2008)

13. august 2012

RN A306/12

1. I dette notat følger jeg op på sagen om sammenhængende patientforløb, som blev indledt med en beretning i februar 2009. Notatet handler om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses (herefter Sundhedsministeriet) arbejde med at etablere rammer for samarbejde, kommunikation og finansiering af sundhedsydelse, som understøtter sammenhængende patientforløb mellem almen praksis, sygehus og kommune.

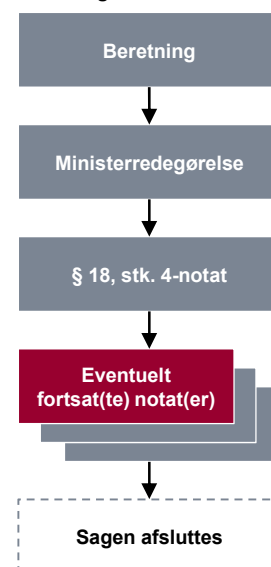
Notatet indeholder følgende konklusion:

Sammenhæng i patientforløb er en kompleks og sammensat målsætning, som kræver forhandlinger, aftaler og samarbejde mellem staten, regioner, kommuner og praksissektoren. Sundhedsministeriet, der således ikke er alene om at løse udfordringerne på området, har arbejdet målrettet med at forbedre rammerne for sammenhængende patientforløb. Siden undersøgelsen blev gennemført, er der taget en række yderligere initiativer til forbedring af sammenhæng i patientforløb ud over dem, der er omtalt i beretningen. Ikke alle initiativerne er dog tilendebragt. Fx kan overvågningen af området fortsat styrkes, ligesom rammerne for it-kommunikationen endnu ikke er fuldt ud etableret. Der er også fortsat mulighed for at styrke samarbejdet gennem overenskomsten med almen praksis og fortsat behov for udvikling af DRG-systemet.

Selv om ikke alle initiativerne er tilendebragt, er det min generelle vurdering, at indsatsen har bidraget til fremskridt på området, og at yderligere forbedringer vil kunne registreres fremover, såfremt Sundhedsministeriet og regionerne fortsætter arbejdet på området. Det er derfor min opfattelse, at sagen kan afsluttes.

Jeg bygger min konklusion på følgende:

- Sundhedsministeriet har gennemført en evaluering af sundhedsaftalerne med det formål at fastslå sundhedsaftalernes virkning i praksis og give regioner og kommuner et bedre grundlag for at sprede de gode løsninger.
- Sundhedsministeriet har arbejdet med indsatser, der understøtter sammenhængende patientforløb. Ministeriet kan dog fortsat forbedre grundlaget for at vurdere, om der er sammenhæng i patientforløb på tværs af regioner og kommuner.

Sagsforløb for en større undersøgelse

Du kan læse mere om forløbet og de enkelte step på www.rigsrevisionen.dk

- Den tekniske udbredelse af MedCom-standarderne sker planmæssigt, mens sikring af, at standarderne anvendes, fortsat kræver en indsats. Udrulningen af det Fælles Medicinkort er forsinket, men Sundhedsministeriet finder på trods heraf, at fremdriften nu er tilfredsstillende. Sundhedsdatanettet kører ifølge ministeriet stabilt og med stadigt stigende datatrafik.
- Den nuværende overenskomst beskriver, at almen praksis generelt indgår i et forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb.
- I DRG-systemet arbejdes der fortsat med at udvide antallet af sammedagspakker, ligesom der arbejdes med afregning for telemedicinske ydelser.

I. Baggrund

2. Jeg afgav i februar 2009 en beretning om sammenhængende patientforløb. Beretningen viste, at Sundhedsministeriet med sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner har etableret et godt udgangspunkt for at sikre sammenhængende patientforløb. Beretningen viste også, at både ministeriet og regionerne burde styrke it-kommunikationen med henblik på at fremme sammenhængende patientforløb, ligesom ministeriet og regionerne kunne styrke de økonomiske incitamenter hertil.

3. Da Statsrevisorerne behandlede beretningen, bemærkede de, at det var utilfredsstillende, at der eksisterede en række barrierer for et sammenhængende patientforløb, idet:

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

4. Som svar på beretningen afgav sundhedsministeren en redegørelse til Statsrevisorerne i februar 2010. Heri oplyste ministeren, at sammenhængende patientforløb er af afgørende betydning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet. Ifølge ministeren er sammenhæng imidlertid ikke en enkel egenskab, der let lader sig måle, men en sammensat målsætning, som aldrig vil være endeligt løst, og som rummer mange aspekter og til stadighed kræver en bred vifte af indsatser: it-understøttelse, sundhedsaftaler, forløbsprogrammer, økonomiske incitamenter m.m. Sundhedsministeriet oplyste, at de igangsatte initiativer vil blive videreført med det sigte, at enhver patient, så vidt det er muligt, vil opleve sit forløb som sammenhængende og veltilrettelagt. Med hensyn til finansieringsmodellen for kommunen oplyste ministeriet, at en ny model, som skal give kommunerne større incitament til at fremme sammenhæng, ville træde i kraft den 1. januar 2012.

5. På baggrund af ministerredøgørelsen afgav jeg i marts 2010 et notat i henhold til rigsrevisorlovens § 18, stk. 4, hvori jeg præsenterede mine planer for den videre opfølgning på beretningen. Notatet findes i Endelig betænkning over statsregnskabet for 2008, s. 91. I notatet lovede jeg, at jeg ville følge Sundhedsministeriets initiativer på området, og at jeg konkret ville følge op på, om ministeriet har:

- gennemført en evaluering af sundhedsaftalerne
- forbedret grundlaget for at vurdere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer
- gennemført de skitserede initiativer for at sikre bedre it-kommunikation
- sikret, at almen praksis kan forpligtes i arbejdet med at sikre effektive og sammenhængende patientforløb
- udviklet DRG-systemet.

6. I dette notat redegør jeg for resultaterne af min opfølgning på de nævnte punkter.

Hele sagen og dens dokumenter kan følges på www.rigsrevisionen.dk og på www.ft.dk/Statsrevisorerne.

II. Resultatet af opfølgningen på sammenhængende patientforløb

7. Jeg gennemgår i det følgende de udestående punkter. Opfølgningen er baseret på redegørelser og data fra Sundhedsministeriet.

Evaluering af sundhedsaftalerne

8. Formålet med sundhedsaftalerne, som regioner og kommuner ifølge sundhedsloven skal indgå minimum hvert 4. år, er at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, der går på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner. Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2010 og 2011 en evaluering af sundhedsaftalerne i samarbejde med regioner og kommuner. Formålet var at fastslå sundhedsaftalernes virkning i praksis og give regioner og kommuner et bedre grundlag for at sprede de gode løsninger. Som led i evalueringen er der gennemført et udviklingsarbejde med deltagelse af repræsentanter fra regioner og kommuner med det formål at udvikle indikatorer til at overvåge effekten af sundhedsaftalerne og skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af samarbejdet mellem aftaleparterne. Styrelsen vil fremover være ansvarlig for at publicere data for de udvalgte indikatorer, hvilket vil ske første gang i 2. halvår 2012.

Med afsæt i evalueringen vil ministeriet sammen med Sundhedsstyrelsen og i samarbejde med regioner og kommuner igangsætte et arbejde med henblik på fremadrettet at udvikle og styrke rammerne for sundhedsaftalerne. Snitfladeproblematikker og sammenhæng, herunder sundhedsaftaler, er ligeledes et vigtigt fokusområde i den igangværende evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet.

9. Jeg vurderer, at ministeriets opfølgning på sundhedsaftalerne er tilfredsstillende.

Forbedret grundlag for at vurdere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer

10. Sundhedsministeriet har adgang til oplysninger om, hvorvidt patienter oplever sammenhængende forløb på tværs af almen praksis, sygehus og kommune gennem de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP). Ministeriet og regionerne sidder i styregruppen for LUP og drøfter i det regi løbende data fra undersøgelsen. Ministeriet har både alene og i samarbejde med andre centrale aktører på sundhedsområdet bl.a. arbejdet med følgende indsatser til at understøtte sammenhængende patientforløb:

Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer

- Som led i kvalitetsreformen blev der afsat 590 mio. kr. i perioden 2009-2010 til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer. Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, herunder en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter. Alle regioner og kommuner har fået del i puljemidlerne.

LUP er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der årligt gennemføres blandt tilfældigt udvalgte patienter, som har været indlagt eller været i et ambulans forløb på et offentligt sygehus. Formålet er bl.a. at identificere og sammenligne forskelle i patienters oplevelser inden for udvalgte temaer, herunder sammenhæng.

Formålet med **Den Danske Kvalitetsmodel** er at medvirke til:

- kontinuerlig udvikling af kvaliteten
- ensartet høj kvalitet i alle sundhedsydelser
- sammenhæng i patientforløb
- gennemsigtighed og synliggørelse af kvalitet i sundhedsvæsenet.

MedCom er etableret i 1995 som et offentligt finansieret nonprofit-samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor. Sundhedsministeriet har formandsposten i styregruppen, som er MedComs øverste organ.

MedCom skal bidrage til udvikling, afprøvning, udbredelse og kvalitetssikring af elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren med henblik på at understøtte det gode patientforløb.

Styrket indsats for den ældre medicinske patient

- Regeringen og satspuljepartierne afsatte 200,4 mio. kr. i perioden 2012-2015 til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Handlingsplanen består af 11 konkrete initiativer. Udarbejdelsen af en implementeringsplan for de 11 initiativer er igangsat ultimo januar 2012. Implementeringen vil ske i perioden 2012-2015.

Den Danske Kvalitetsmodel

- Den Danske Kvalitetsmodel skal bl.a. fremme samarbejdet mellem sektorerne, skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb og kvalitetsudvikling. Visionen er, at modellen med tiden skal dække hele sundhedsvæsenet. Det er obligatorisk for sygehuse og det præhospitale område (dækker fx ambulancetransport) at blive godkendt efter Den Danske Kvalitetsmodel, mens det er frivilligt for apoteker og kommuner. I øjeblikket er 7 kommuner i gang med at implementere dele af Den Danske Kvalitetsmodel. En model, som er tilpasset almen praksis, er desuden under udvikling.

11. Jeg vurderer, at de igangsatte initiativer vil kunne medvirke til at skabe bedre sammenhæng i patientbehandlingen. Jeg vurderer desuden, at Sundhedsministeriet har forbedret grundlaget for at vurdere, om der er skabt sammenhængende patientforløb på tværs af regioner og kommuner.

Gennemførte initiativer for at sikre bedre it-kommunikation

Udbredelse og anvendelse af MedCom-standards

12. MedCom-standards er skabeloner for elektronisk kommunikation, der kan anvendes af de it-systemer, som almen praksis, sygehuse og kommuner bruger. Formålet er at understøtte det gode patientforløb. Ifølge økonomiaftalen fra juni 2010 mellem regeringen og Danske Regioner skal 25 navngivne MedCom-standards for it-kommunikation – herunder de 9 standards, som var omtalt i beretningen – være fuldt udbredt på regionernes sygehuse inden 2013.

Sundhedsministeriet oplyser, at de 25 standards forventes at være teknisk udbredt inden 2013, men at der er behov for større fokus på at sikre den organisatoriske udbredelse, dvs. sikre, at standarderne anvendes. Det fremgår af ministeriets redegørelse, at regionerne er opmærksomme på dette behov.

13. Siden undersøgelsen har MedCom desuden udviklet en standard, som skal understøtte tværsektoriel kommunikation mellem eksisterende it-systemer og nye kronikerløsninger, der planlægges indført i regioner og kommuner. Standarden pilottesttes i foråret 2012.

14. Ministeriet har oplyst, at størstedelen af kommunikationen mellem almen praksis, sygehuse og kommuner foregår elektronisk. 11 af de eksisterende 25 MedCom-standards er fuldt udbredt. Det drejer sig fx om nogle af kommunikationsstandarderne vedrørende indlæggelse og udskrivning samt en række standards vedrørende kommunikation af svar på forskellige analyser foretaget på laboratorium. De resterende 14 standards, som ikke er fuldt udbredt, fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Oversigt over udbredelsen af MedCom-standarder

Standard	Elektronisk kommunikation	Kommentar
1. Ambulant udskrivningsbrev fra sygehus til lægepraksis	95 %	
2. Bookingsvar fra sygehus til lægepraksis	60 %	
3. Sygehushenvisning fra lægepraksis til sygehus	85 %	
4. Bilagsvedlæggelse fra lægepraksis til sygehus	-	Vedrører muligheden for at vedlægge bilag til henvisninger. Sendes derfor altid sammen med selve henvisningen, jf. nr. 6.
5. Billeddiagnostisk henvisning fra lægepraksis til sygehus	95 %	
6. Klinisk immunologisvar ¹⁾ fra laboratorium til lægepraksis	6 %	Anvendes p.t. ikke i Region Nordjylland og Region Midtjylland.
7. Patologirekvirering ²⁾ fra lægepraksis til laboratorium	10 %	
8. Plejeforløbsplan fra sygehus til kommune	1 %	Pilotafrøves aktuelt i Region Nordjylland og Region Hovedstaden.
9. Melding om færdigbehandling fra sygehus til kommune	1 %	Pilotafrøves aktuelt i Region Nordjylland og Region Hovedstaden.
10. Udskrivningsrapport fra sygehus til kommune	1 %	Pilotafrøves aktuelt i Region Nordjylland og Region Hovedstaden.
11. Indlæggelsesrapport fra kommune til sygehus	1 %	Pilotafrøves aktuelt i Region Nordjylland og Region Hovedstaden.
12. Genoptræningsplan fra sygehus til kommune	80 %	
13. Generel korrespondancemeddelelse	40 %	Kan sendes mellem alle parter. Usikkert skøn, da standarden kan bruges til mange formål.
14. Fødselsanmeldelse fra sygehus til kommune	20 %	Anvendes p.t. kun i Region Syddanmark og Region Nordjylland.

¹⁾ Immunologi: speciale inden for lægevidenskab, der beskæftiger sig med immunsystemet.

²⁾ Patologi er den naturvidenskabelige lære om sygdomme, deres årsager, opståelsesmekanismer og manifestationer. Patologiske analyser på laboratorium vedrører forandringer i kroppens celler og væv ved sygdom.

Tabel 1 viser andelen af meddelelser mellem de forskellige aktører, der sendes elektronisk, for de standarder, som ikke er fuldt udbredt. 5 af de 14 standarder anvendes i 60-95 % af kommunikationen. Enkelte af standarderne er kun udrullet i enkelte regioner, og 4 standarder er i pilotprojekt.

Det Fælles Medicinkort

15. Det Fælles Medicinkort (FMK) er en fællesoffentlig database i regi af Statens Serum Institut, som indeholder oplysninger om borgerens aktuelle lægemiddelordinationer. Formålet med FMK er bl.a. at opnå sikkerhed for korrekt medicinering og aktuel information på tværs af sektorer. Ifølge økonomiaftalen for 2010 skulle FMK være udrullet i regioner, kommuner og blandt praktiserende læger inden udgangen af 2011.

FMK er taget i brug i flere regioner, og det udbredes fortsat. Sundhedsministeriet vurderer i sin redegørelse, at der er god fremdrift for sygehusene og de praktiserende læger, at tidshorisonten er overskuelig, og at planen om udbredelse til kommunerne i 2013 er tilfredsstillende.

For at fremme udbredelsen af FMK aftalte ministeriet bl.a. en milepælsplan med regionerne, hvor der ved opnåelse af visse milepæle skulle udbetales et beløb til regionen. Planen vedrørte en række milepæle for 1.-4. kvartal 2011, altså til udgangen af 2011. Mange af disse milepæle er opnået og honoreret i henhold til planen, fx udrulning af FMK i lægevagten. Ikke alle milepæle er dog opnået og honoreret. Fx er milepælen "FMK til alle (sygehus)læger" ikke opfyldt i alle regioner, hvorfor beløbet endnu ikke er udbetalt. Ministeriet oplyser dog, at beløbet er relativt begrænset i forhold til regionernes indsats, hvorfor fokus på indsatsen – snarere end beløbet i sig selv – antages at være en drivkraft for regionerne.

16. Jeg finder forsinkelsen beklagelig, men forventer, at Sundhedsministeriet vil sikre, at den nye tidsplan for udrulning af FMK vil blive overholdt.

17. I foråret 2012 fandt Region Hovedstaden en række fejl i den måde, FMK fungerede på sammen med deres elektroniske patientjournal. Region Hovedstaden fandt den 16. april 2012, at fejlene var så alvorlige, at regionen midlertidigt suspendede brugen af FMK i epj-systemet indtil efteråret 2012. I forhold til udrulningen af FMK finder ministeriet det uheldigt, at Region Hovedstaden har stillet brugen af FMK i bero, men af hensyn til patientsikkerheden findes det passende. FMK-programenheden i Statens Serum Institut er regionen behjælpelig i forhold til afhjælpning af fejl i integrationen mellem FMK og epj-systemet. Problemerne i Region Hovedstaden vurderes ikke at få betydning for udrulningen i de øvrige regioner.

Sundhedsdatanet

18. Sundhedsdatanettet kan beskrives som det elektroniske samlingspunkt for kommunikationen i sundhedsvæsenet, uanset om brugerne hører hjemme i den offentlige eller private sektor. Sundhedsdatanettet gør det fx muligt at foretage opslag i Sundhedsstyrelsens databaser, udveksle billeder, fx røntgen, og afvikle videokonferencer.

Sundhedsministeriet oplyser, at sundhedsdatanettet kører stabilt og med stadigt stigende datatrafik. Alle regioner og kommuner samt en række statslige myndigheder har adgang til sundhedsdatanettet, ligesom en række private virksomheder er tilkoblet.

19. Jeg vurderer, at ministeriet på tilfredsstillende vis understøtter, at initiativer til at støtte it-kommunikationen mellem almen praksis, sygehuse og kommuner gennemføres, selv om der fortsat ligger en stor opgave i at sikre, at standarderne anvendes i praksis, og at udrulningen af det fælles medicinkort ikke rammes af yderligere forsinkelser. Ministeriets muligheder for at sikre dette beror dog på fremdrift hos de mange involverede aktører.

Sikring af, at almen praksis forpligtes i arbejdet med at sikre effektive og sammenhængende patientforløb

20. Som oplæg til de seneste overenskomstforhandlinger havde Regionernes Lønnings- og Takstnævn stillet krav om mere forpligtende aftaler om opgaver og arbejdsdeling med almen praksis. Resultatet blev en reformulering af dele af aftalen mellem parterne.

21. Overenskomsten beskriver nu, at almen praksis generelt indgår i et forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb. Herunder følger almen praksis sundhedsaftalerne, retningslinjer for henvisning, patientforløbsbeskrivelser, pakkeforløb for livstruende sygdomme, pakkeforløb for kroniske sygdomme mv. Udmøntningen af aftalerne i forhold til almen praksis sker i de enkelte regioner i lokalaftaler. Som udgangspunkt er de omfattede læger forpligtede til at anvende den lokale aftale. I praksis er indgåelse af forpligtende lokale aftaler dog betinget af, at de lokale parter kan blive enige om, hvorvidt der er tale om en udmøntningsaftale uden honorarmæssige konsekvenser, eller om der er behov for tilførsel af ekstra resurser til almen praksis.

22. Videre beskriver overenskomsten nu, at den enkelte almene praksis *skal* løse den opgave, der er beskrevet i protokollatet om roller og opgaver og i protokollatet om samarbejde mellem almen praksis, sygehusvæsen, kommuner og regioner. Derved hæves status for disse bilag fra at være vejledende/retningsgivende til at være en del af selve overenskomsten med almen praksis.

Bestemmelserne i de nævnte protokollater er formuleret i generelle vendinger, og der er endnu ikke høstet erfaringer med at håndhæve eller sanktionere manglende efterlevelse hos den enkelte praktiserende læge.

23. Jeg er opmærksom på, at overenskomsten, som regulerer vilkårene for det samarbejde, almen praksis har med sygehusene og kommunerne, er resultat af en forhandling. Jeg finder, at mere omfattende ændringer af rammerne for samarbejdet mellem parterne tager tid at gennemføre.

Udvikling af DRG-systemet

24. I DRG-systemet arbejdes der fortsat med at udvide antallet af sammedagspakker, som skal sikre, at de økonomiske incitament er hindrende for en hensigtsmæssig patientbehandling. I 2012 er der 30 sammedagspakker inden for forskellige specialer. Det forventes, at antallet af pakker øges, i takt med at den kliniske udvikling giver mulighed for flere accelererede patientforløb. Pakkerne betyder, at sygehusene opnår en samlet afregning for flere sammenhængende ydelser i ét ambulans forløb, uanset om de ligger på samme dag eller over flere dage. Yderligere arbejdes der med afregning for telemedicinske ydelser uden for sygehusenes fysiske rammer. Dette vil også være med til at understøtte den sammenhængende patientbehandling, da der efterhånden er mere og mere opfølgning på patientbehandlingen, som foregår via telefon- eller e-mail-konsultationer.

25. Jeg vurderer, at ministeriets indsats på området er tilfredsstillende.

III. Afslutning

26. Siden undersøgelsen blev gennemført, er der på mange områder kommet mere fokus på sammenhæng i patientforløb. Opfølgningen viser, at ministeriet har arbejdet med at styrke indsatsen for bedre sammenhæng i patientforløb på de områder, beretningen omhandler. Der er også kommet flere initiativer til siden undersøgelsen, fx udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel til både sygehuse og kommuner og på sigt til almen praksis.

Selv om ikke alle initiativerne er tilendebragt, er det min generelle vurdering, at Sundhedsministeriets indsats har bidraget til fremskridt på området, og at yderligere forbedringer vil kunne registreres fremover, såfremt ministeriet og regionerne fortsætter arbejdet på området.

27. Det er på den baggrund min opfattelse, at sagen kan afsluttes.

Lone Strøm

Protokollatet om roller og opgaver beskriver almen praksis som den, der først møder patienterne, som generalist, gatekeeper og tovholder. Derudover beskrives lægens opgaver kort, herunder forebyggelse og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Protokollatet om samarbejde beskriver kort forventningerne til almen praksis i forbindelse med forløbsprogrammer, behandlingsforløb generelt og sundhedsaftalerne.