

EVALUERING AF SUNDHEDSAFTALERNE  
– sammenfatning og perspektivering

2011

## **Evaluering af sundhedsaftalerne - sammenfatning og perspektivering**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: kommuner, regioner, sundhedsaftale, patientforløb, tværsektoriel, evaluering

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 20. december 2011

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-322-8

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2011.

## Forord

I denne rapport sammenfattes de enkelte delelementer af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne, som har været gennemført i perioden 2010 – 2011. Evalueringen er koncentreret omkring initiativer, der dels kan understøtte videndeling på området blandt kommuner, regioner, almen praksis og øvrige relevante aktører, og dels på længere sigt kan understøtte regioners og kommuners opfølgning på aftalerne.

Som led i evalueringen er der gennemført et udviklingsarbejde med udvælgelse af en række indikatorer, som regioner og kommuner kan anvende ved deres opfølgning på sundhedsaftalerne, ligesom der har været afholdt en konference med omkring 400 deltagere. Derudover har medarbejdere i regioner, kommuner og almen praksis, som arbejder med sundhedsaftalerne til dagligt, bidraget til evalueringen gennem deltagelse i en række fokusgruppeinterviews.

På baggrund af evalueringen finder Sundhedsstyrelsen, at sundhedsaftalerne er en god platform for styrkelse af samarbejdet på tværs af sektorer, og vi ser også en meget positiv udvikling fra de første aftaler i 2007. Patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet ændres imidlertid i takt med ny teknologi og nye behandlingsmuligheder, ligesom sundhedsvæsenet i disse år ændrer sig i takt med stigende specialisering af sygehusene og udvikling af det nære sundhedsvæsen med fx akut- og sundhedshuse. Der er derfor behov for, at sundhedsaftalerne videreudvikles som redskab, således at de vedvarende kan understøtte det tværsektorielle samarbejde også i fremtidens sundhedsvæsen.

I perspektivering i denne rapport kommer Sundhedsstyrelsen derfor med anbefalinger og forslag til fokusområder ved den fortsatte udvikling af rammerne for sundhedsaftalerne.

En række repræsentanter for regioner, kommuner og almen praksis har bidraget til evalueringen gennem deltagelse i arbejdsgruppe, følgegruppe og fokusgruppeinterviews. Sundhedsstyrelsen vil hermed gerne takke dem for deres indsats.

Else Smith

Jean Hald Jensen

Direktør

Chef for Det Borgernære Sundhedsvæsen

# Indhold

<b>1</b>	<b>Sammenfatning</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Status og perspektivering</b>	<b>8</b>
2.1	Evalueringen	8
2.2	Status for sundhedsaftalerne	8
2.3	Rammerne for sundhedsaftalerne	9
2.3.1	De obligatoriske krav	9
2.3.2	Sundhedsaftalens form	10
2.3.3	Udarbejdelsen af sundhedsaftalerne	10
2.3.4	Almen praksis	11
2.3.5	Inddragelse af brugerne	12
2.3.6	Sundhedsstyrelsens funktion	13
2.4	Forslag til fremtidige fokusområder	14
2.4.1	Udvikling af det borgernære sundhedsvæsen	14
2.4.2	Udvikling og implementering af tværsektoriel it-understøttet kommunikation	15
2.4.3	Særlige målgrupper	16
2.4.4	Inddragelse af andre aktører	16
2.4.5	Social lighed i sundhed	17
2.4.6	Kvalitets- og kompetenceudvikling	18
2.5	Fremtidig monitorering af sundhedsaftalerne	18
2.5.1	Publicering på Sundhedsstyrelsens hjemmeside	18
2.5.2	Det opfølgende udviklingsarbejde	19
<b>3</b>	<b>Sammenfatning af de enkelte delelementer i evalueringen</b>	<b>21</b>
3.1	Baggrund for evalueringen	21
3.1.1	Sundhedsstyrelsens opdrag	21
3.1.2	Evalueringsmetode	21
3.2	Status for arbejdet med sundhedsaftalerne frem til 2010	22
3.2.1	Organiseringen af arbejdet med sundhedsaftalerne	23
3.2.2	Konkrete initiativer og implementeringsindsatser	23
3.2.3	Opsummeringer på tværs af indsatsområder	24
3.3	Sundhedsaftalerne 2011-2014	25
3.3.1	Udviklingen fra første til anden generation	25
3.3.2	Grundaftalerne og de kommunespecifikke aftaler	25
3.3.3	Sundhedsaftalernes form	26
3.3.4	Obligatoriske indsatsområder	27
3.3.5	Tværgående temaer og frivillige områder	31
3.3.6	Målgrupper	32
3.3.7	Aktører	33
3.4	Konferencen om sundhedsaftalerne, oktober 2011	34
3.5	Opfølgning på og monitorering af sundhedsaftalerne	36
3.5.1	Arbejdet med opfølgning og indikatorer frem til 2010	36
3.5.2	Opfølgning og indikatorer i sundhedsaftalerne 2011-2014	37
3.5.3	Arbejdet med udvikling af indikatorer	38
<b>4</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>41</b>

# 1 Sammenfatning

Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne er gennemført i 2010-2011. Formålet har været at fastslå sundhedsaftalernes virkning i praksis og at give kommuner og regioner et bedre grundlag for at sprede de gode løsninger.

Denne rapport sammenfatter de enkelte delelementer af evalueringen og indeholder derudover en perspektivering med henblik på fremtidig udvikling af sundhedsaftalerne. Perspektiveringen bygger dels på evalueringen og dels på Sundhedsstyrelsens løbende arbejde med rådgivning og vurdering af sundhedsaftalerne, herunder på vurderingen af andengenerationsaftalerne i foråret 2011.

De enkelte delelementer af evalueringen er beskrevet i selvstændige rapporter, som er offentliggjort løbende og som indgår som bilag til denne rapport. I kapitel 3 er der et resume af de enkelte rapporter.

## Evalueringen

Evalueringen har været koncentreret omkring initiativer, der dels har kunnet understøtte videndeling på området blandt kommuner, regioner, almen praksis og øvrige relevante aktører, og dels på længere sigt kan understøtte regioner og kommuners opfølgning på aftalerne.

Evalueringen har haft to delformål

- at sammenfatte viden om sundhedsaftalerne – herunder gode eksempler/løsninger og implementeringsmæssige udfordringer
- at udvikle indikatorer, der fremadrettet kan styrke sammenhængende og koordinerede patientforløb på tværs af sektorer

Implement Consulting Group har bistået Sundhedsstyrelsen med at sikre det nødvendige grundlag for evalueringen.

## Videndeling

Med henblik på videndeling gennemførtes i sommeren 2010 en række fokusgruppeinterviews, som kortlagde arbejdet med sundhedsaftalerne i de fem regioner og tilhørende kommuner frem til 2010. I bilag 3: *Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger, Implement, december 2010* beskrives den fastlagte organisation omkring sundhedsaftalerne, ligesom der beskrives en række gode løsninger i forhold til de enkelte indsatsområder i de enkelte regioner.

Derudover afholdtes i oktober 2011 en konference med blanding af plenumoplæg og workshops. De enkelte indlæg er refereret i bilag 2: *Konferencerapport, Implement, december 2011*. Et af de spændende indlæg kom fra Skotland og handlede om et integreret samarbejde mellem sundheds- og socialektoren, som havde meget positive resultater i forhold til ældre medicinske patienter.

## Udvikling af indikatorer

Sundhedsstyrelsen har derudover gennemført et udviklingsarbejde med det formål at udvikle indikatorer til at monitorere effekten af sundhedsaftalerne.

Ved fokusgruppeinterview'ene i sommeren 2010 var der samtidigt fokus på regioner og kommuners opfølgning, herunder planlagte og ønskede indikatorer. Dette resulterede i bilag 4: *Opfølgning og indikatorer, Implement, september 2010*.

Sundhedsstyrelsen har herefter - bistået af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra regioner og kommuner m.fl. - udvalgt 13 indikatorer, som vil kunne anvendes til monitorering. Arbejdet med at udvælge indikatorerne er beskrevet i bilag 1: *Monitorering af sundhedsaftalerne, Sundhedsstyrelsen, december 2011*.

Endelig har Sundhedsstyrelsen til brug for denne rapport derudover udarbejdet en beskrivelse af sundhedsaftalerne for 2011 – 2014, herunder en vurdering af eventuelle udviklingsområder.

## Status og perspektivering

Sundhedsaftalerne skal skabe rammen for aftaler mellem parterne i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse blandt andet baseret på udmeldinger fra regioner og kommuner, at sundhedsaftalerne giver en god platform for samarbejdet om patienter/borgere.

Det er imidlertid samtidig Sundhedsstyrelsen vurdering, at der fortsat er potentiale for udviklingen af rammerne for sundhedsaftalerne.

Det er således Sundhedsstyrelsens anbefaling,

- at bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler revideres med henblik på næste generation af sundhedsaftaler.
- at det forud for revisionen afklares, hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Sundhedsaftalerne kan medvirke til at udvikle det borgernære sundhedsvæsen, således at det kan håndtere de udfordringer, der vil komme i de kommende år med flere ældre borgere og flere borgere, som lever med en kronisk sygdom, eller som lever med følgerne efter alvorlig sygdom.

Bekendtgørelsens krav til de seks obligatoriske indsatsområder lægger imidlertid op til i højere grad at håndtere samarbejdet mellem sygehus og kommune, og i mindre grad samarbejdet mellem almen praksis og kommune. Ligeledes lægges der i højere grad op til en stafetmodel, hvor stafetten gives videre sekventielt, og i mindre grad til en samarbejdsmodel, hvor patienten har samtidige forløb i forskellige sektorer. Dette afspejler sig også i de aktuelle sundhedsaftaler, selvom der er sket en udvikling fra førstegenerations til andengenerationsaftalerne.

En revision af bekendtgørelse og vejledning kan derfor hensigtsmæssigt have særligt fokus på at sikre udviklingen af sundhedsaftalerne, således at aftalerne understøtter udviklingen af samarbejdet i det borgernære sundhedsvæsen.

I den forbindelse bør der være fokus på inddragelse af relevante aktører i det borger-nære sundhedsvæsen, herunder særligt den øvrige praksissektor og på, at alle relevante målgrupper bliver omfattet af den generelle aftale.

Ligeledes bør ske en afklaring af, om sundhedsaftalerne i højere grad kan medvirke til at sikre den nødvendige fælles kompetenceudvikling i forbindelse med nye opgaver og opgaveflytning/-overdragelse

Sundhedsaftalerne anvendes generelt som tiltænk til at indgå aftaler om it- understøttet kommunikation. Sundhedsaftalerne bør imidlertid i videre udstrækning omfatte implementeringer af eksempelvis nationale strategier og standarder for at sikre en ensartet udvikling landet over.

Endelig er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at en revision af bekendtgørelse og vejledning kan medvirke til at sikre et øget ejerskab til sundhedsaftalerne for alle aftalparterne. I den forbindelse bør der også ske en afklaring af, hvordan brugerne kan inddrages i arbejdet med sundhedsaftalerne.

### **Perspektiver for monitorering af sundhedsaftalerne**

Sundhedsstyrelsen vil fremover være ansvarlig for én gang om året at publicere data for de udvalgte indikatorer til opfølgning på sundhedsaftalerne.

Den første offentliggørelse vil finde sted i andet halvår af 2012 med offentliggørelse af data fra 2011, som relaterer sig til indsatsområderne 'Indlæggelses- og udskrivningsforløb' samt 'Indsatsen for mennesker med sindslidelser'. Data på 'Træningsområdet' vil på grund af en ændring af registreringspraksis formentlig først kunne publiceres i 2013.

For de indsatsområder, hvor det endnu ikke har været muligt at etablere nationale tværsektorielle indikatorer, vil der pågå et løbende opfølgingsarbejde med identifikation af relevante indikatorer i takt med de muligheder, som fremtidige registreringer og dokumentation giver.

## 2 Status og perspektivering

Status og perspektiveringen i dette kapitel bygger på Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne, som er sammenfattet i kapitel 3, samt på Sundhedsstyrelsens løbende arbejde med rådgivning og vurdering af sundhedsaftalerne, herunder vurderingen af andengenerationsaftalerne i foråret 2011. Sundhedsstyrelsens kendskab til samarbejdet mellem aktørerne fra andre sammenhænge inddrages ligeledes, hvor det er relevant.

### 2.1 Evalueringen

Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne blev gennemført i 2010-2011. Formålet var at fastslå sundhedsaftalernes virkning i praksis og at give kommuner og regioner et bedre grundlag for at sprede de gode løsninger.

Evalueringen har været koncentreret omkring initiativer, der dels kunne understøtte videndeling på området blandt kommuner, regioner, almen praksis og øvrige relevante aktører, og dels på længere sigt kan understøtte regioner og kommuners opfølgning på aftalerne.

Der har således været afholdt en række fokusgruppeinterviews med fokus på de gode løsninger i sundhedsaftalearbejdet, ligesom der har været afholdt en konference i oktober 2011.

Derudover er der – også gennem fokusgruppeinterviews - indsamlet viden om regioner og kommuners planlagte opfølgning på sundhedsaftalerne, og med baggrund i dette er der udarbejdet en række nationale indikatorer, som aftaleparterne fremadrettet kan benytte til at følge op på og evaluere aftalernes proces og effekt.

Som led i evalueringen er der udarbejdet en række delrapporter, der er refereret i kapitel 3. De er alle offentliggjort løbende og indgår i deres fulde længde som bilag til denne rapport.

Derudover har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en gennemgang af sundhedsaftalerne 2011 – 2014, som fremgår af afsnit 3.3 i denne rapport.

### 2.2 Status for sundhedsaftalerne

Kravet til regioner og kommuner om at udarbejde sundhedsaftaler blev indført med Sundhedsloven fra 2007 som et redskab til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektor (særligt almen praksis). Samtidig blev der igangsat en udvikling af sundhedsvæsenet, der blandt andet betød, at kommunerne fik en række yderligere opgaver på sundhedsområdet, og at der blev stillet øgede krav til regionerne, kommunerne og praksissektoren om at samarbejde om kvaliteten i det samlede sundhedsvæsen.

Regionerne og kommunerne har siden hen lagt meget arbejde i sundhedsaftalerne og udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Indenfor alle fem regioner og tilhørende kommuner er der fastlagt en omfattende struktur, der understøtter samar-



bejdet, og der er udarbejdet en række konkrete samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer m.m., ligesom der er igangsat mange tværgående udviklingsprojekter.

Sundhedsstyrelsen oplever en stigende interesse for det politiske arbejde i sundhedskoordinationsudvalgene herunder for udviklingen af et sammenhængende sundhedsvæsen. Dette afspejles blandt andet i, at alle aftaler nu indeholder politiske mål og visioner for det tværsektorielle samarbejde.

Patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet ændres imidlertid løbende blandt andet i takt med, at nye muligheder opstår som følge af eksempelvis den behandlingsmæssige og teknologiske udvikling. Derudover sker der i disse år en stigende specialisering af sygehusvæsenet, herunder etablering af fælles akutmodtagelser, og en udvikling af det nære sundhedsvæsen fx med sundheds- og akuthuse. Det er derfor vigtigt løbende at udvikle det tværsektorielle samarbejde tilsvarende.

I de kommende år er det vigtigt fortsat at udvikle det borgernære sundhedsvæsen. Derudover bør der ske en udvikling af velfungerende, tværsektoriel elektronisk kommunikation. Endvidere er det nødvendigt at samarbejde om at imødegå den sociale ulighed i sundhed.

Sundhedsaftalerne skal skabe rammen for aftaler mellem parterne i forhold til ovenstående. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse blandt andet baseret på udmeldinger fra regioner og kommuner, at sundhedsaftalerne giver en god platform for samarbejdet om patienter/borgere.

## 2.3 Rammerne for sundhedsaftalerne

### 2.3.1 De obligatoriske krav

De obligatoriske krav til sundhedsaftalerne er beskrevet i sundhedslovens § 205 samt i den tilhørende bekendtgørelse<sup>1</sup> og vejledning<sup>2</sup>. På baggrund af erfaringerne med første generationsaftalerne blev både bekendtgørelsen og vejledningen revideret i sommeren 2009, ligesom der blev tilføjet et nyt indsatsområde ('Opfølgning på utilsigtede hændelser'). Den nye bekendtgørelse og vejledning dannede grundlag for udarbejdelsen af andengenerationsaftalerne og har efter Sundhedsstyrelsens vurdering medvirket til en positiv udvikling af sundhedsaftalerne.

Det er Sundhedsstyrelsen vurdering, at der fortsat er potentiale for udviklingen af rammerne for sundhedsaftalerne, og at der derfor hensigtsmæssigt også bør ske en revision af bekendtgørelse og vejledning forud for udarbejdelsen af næste generation af aftaler.

I de kommende afsnit uddybes konkrete elementer, som hensigtsmæssigt kan indgå i en sådan revision.

---

<sup>1</sup> BEK nr. 778 af 13/08/2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, Indenrigs- og sundhedsministeriet

<sup>2</sup> VEJ nr. 9698 af 21/08/2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, Sundhedsstyrelsen

Det anbefales således:

- At bekendtgørelse og vejledning revideres med henblik på næste generation af sundhedsaftaler.

### 2.3.2 Sundhedsaftalens form

Sundhedsaftalen er både en politisk aftale, som beskriver rammerne og målsætningerne for samarbejdet mellem parterne på en række indsatsområder indenfor sundhedsområdet, samt en administrativ aftale, som fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

De konkrete aftaler omfatter derudover et stort bilagsmateriale som uddyber aftalen i form af eksempelvis samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer. Samarbejdsaftaler konkretiserer oftest aftalen i forhold til en specifik problemstilling (eventuelt en specifik patientgruppe). På samme måde håndterer snitflade- og case-kataloger en given problemstilling.

Den enkelte aktør vil ikke kunne have kendskab til alle dele af aftalen. I forbindelse med implementering af sundhedsaftalerne er der derfor behov for en afklaring af, hvilke dele af aftalen, som de enkelte aktører bør kende til.

De obligatoriske krav til sundhedsaftalerne omfatter indsatsområder, der generelt er væsentlige for samarbejdet mellem regioner og kommuner – og er dermed fælles for alle patientforløb uanset baggrunden for den enkelte patients forløb. Undtaget herfra er indsatsområdet 'Indsatsen for mennesker med sindslidelser', som vedrører en konkret patientgruppe.

Forløbsprogrammer og tilsvarende tværfaglige og -sektorielle koncepter som fx forløbsbeskrivelser og pakkeforløb fokuserer på en udvalgt, afgrænset patientgruppe. Forløbsprogrammerne omfatter den samlede sundhedsfaglige indsats overfor en given kronisk sygdom/tilstand samt eventuelle indsatser på social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der typisk følger af de sundhedsfaglige problemstillinger. Derved forudsætter programmerne et tværsektorielt samarbejde indenfor flere af sundhedsaftalens indsatsområder. Det er ikke det samme som, at aftaler om forløbsprogrammer kan udgøre det for en fyldestgørende generel sundhedsaftale.

Der bør tilstræbes en balance mellem omfanget af den generelle sundhedsaftale og antallet af specifikke aftaler/forløbsprogrammer for afgrænsede målgrupper. Et godt samspil kan tjene til, at sundhedsaftalerne bringes i reel anvendelse til at understøtte aktørernes samarbejde om patienterne, og samtidig kan forløbsprogrammerne medvirke til at identificere behov for udvikling af samarbejdet og dermed sundhedsaftalernes indhold.

### 2.3.3 Udarbejdelsen af sundhedsaftalerne

Grundaftalerne udarbejdes af sundhedskoordinationsudvalget. Regionerne har jf. bekendtgørelsen ansvaret for at sekretariatsbetjene sundhedskoordinationsudvalget og dermed også for at sikre udarbejdelsen af grundaftalen. De fleste regioner har valgt at etablere en særlig enhed for kommunesamarbejde, som har ansvaret for at udarbejde sundhedsaftalerne samt at sikre den fortsatte udvikling af det tværsektorielle samarbejde og af det faglige indhold i indsatserne.

De kommunespecifikke aftaler udarbejdes med baggrund i grundaftalen og giver ikke alene et kommunalt særpræg men også et kommunalt ejerskab til aftalen. Kommune-kontaktrådene har pladser i sundhedskoordinationsudvalget, men da ikke alle kommuner er repræsenteret her, kan det være en udfordring i forhold til sikre ejerskab til grundaftalen fra alle kommuner i regionen. I én region har kommunekontaktrådet valgt at nedsætte et særligt sekretariat til at betjene de kommunale medlemmer. Det vurderes at give et mere ligeværdigt samarbejde med regionen, men det løser ikke alle problemstillinger. Der er således behov for et fortsat fokus på den enkelte kommunes ejerskab til sundhedsaftalen.

Praksisudvalget for almen praksis har plads i sundhedskoordinationsudvalget og kan være med til de politiske drøftelser, men de er ikke en direkte aftalepart. Det giver en række udfordringer i almen praksis' samarbejde omkring sundhedsaftalerne. Problemstillingen er nærmere beskrevet i afsnit 2.3.4.

Endelig er der behov for et fortsat fokus på at fastholde den politiske interesse for at sikre sammenhængende borger/patientforløb, herunder for arbejdet i sundhedskoordinationsudvalgene.

Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering,

- at en revision af bekendtgørelse og vejledning bør medvirke til at sikre et øget ejerskab til sundhedsaftalerne for alle aftaleparterne.

#### 2.3.4 Almen praksis

Ved revisionen af vejledningen i 2009 blev der sat fokus på almen praksis' rolle i sundhedsaftalerne.

Der står således:

- ”Almen praksis er ikke en direkte aftalepart, men bør inddrages i udarbejdelsen af sundhedsaftalerne, og deres rolle skal eksplicit beskrives under alle indsatsområder i sundhedsaftalen”
- ”Almen praksis har en central rolle i forhold til mange af de sundhedsindsatser, som borgeren modtager i sundhedsvæsenet. Almen praksis' rolle i sundhedsaftalearbejdet sker gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget og derudover fx ved inddragelse af kommunale praksiskonsulenter i udarbejdelse og implementering af aftaler, der omfatter indsats i almen praksis”.

Andengenerationsaftalerne afspejler en generel øget integration af almen praksis i sundhedsaftalerne, men der skønnes fortsat behov for fokus på det konkrete samarbejde med almen praksis ved implementeringen af aftalerne jf bilag 5: *Sundhedsstyrelsens godkendelsesbrev, marts 2011*.

Almen praksis er borgernes hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet og deres grundlæggende funktion er at varetage afsluttet behandling af de fleste almindeligt forekommende sygdomme/tilstande.

Almen praksis er næsten altid involveret i patientforløb, hvor patienten/borgeren samtidigt har forløb i flere sektorer, herunder i almen praksis, sygehusvæsenet, kommunen og/eller den øvrige praksissektor. Der er derfor behov for, at almen praksis fungerer

som en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i gensidigt forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet. Dette gælder både samarbejdet med myndighederne om planlægning, administration m.v. og samarbejdet om konkrete patientforløb.

Almen praksis er forankret i regionerne, og regionerne har således en vigtig rolle i forhold til at sikre, at den udvikling af almen praksis, som sker i et samarbejde mellem regionen og almen praksis, herunder i praksisplanerne, også har fokus på udviklingen af samarbejdet med de øvrige sektorer.

I forhold til samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne, så sikrer PLO i disse år en repræsentation lokalt med lægelaug, ligesom alle kommuner nedsætter kommunal-lægelige udvalg. Derudover er der i den nye overenskomst fastlagt rammer for udarbejdelse af lokale aftaler mellem lægelaug og kommune.

I forhold til samarbejdet omkring sundhedsaftalerne har praksisudvalget to pladser i sundhedskoordinationsudvalget, og der deltager repræsentanter for almen praksis i mange temagrupper og i samordningsfora. Almen praksis deltager således i sundhedsaftalarbejdet både på det politiske niveau og på det mere praktisk/administrative niveau.

I den seneste overenskomst for almen lægegerning indgår en udviklingskontrakt, som beskriver en række visioner og målsætninger for fremtidens almen praksis, som begge parter har forpligtet sig til at arbejde hen mod. Den beskriver blandt andet en almen praksis, der er en integreret del af sundhedsvæsenet og som indgår i gensidigt forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet, herunder både sygehuse og kommuner. Ligeledes beskriver den, at regioner og kommuner er forpligtede til at stille de fornødne rammer og redskaber til rådighed for at understøtte almen praksis i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Der er således i overenskomsten iværksat en række tiltag med henblik på, at almen praksis skal være en integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Det er imidlertid Sundhedsstyrelsens vurdering, at det fortsat er en udfordring at få almen praksis som helhed fuldt integreret i samarbejdet omkring sundhedsaftalerne.

Det anbefales således,

- at det afklares, hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

### 2.3.5 Inddragelse af brugerne

Brugerne af sundhedsvæsenet, dvs. borgere/patienter, patientforeninger m.m., har kun i begrænset omfang været involveret i udarbejdelsen af de første generationer af sundhedsaftalerne. Aftalerne har således primært været udarbejdet af de professionelle.

Ligeledes har sundhedsaftalerne i høj grad omfattet samarbejdet mellem de professionelle og i mindre grad samarbejdet mellem professionelle og borgere/patienter. Der er dog generelt sket en positiv udvikling fra første til anden generation – blandt andet med etablering af informationsportaler til borgerne.

Der er imidlertid behov for fortsat fokus på området, ligesom det vil være relevant at inddrage bruger-/patientorganisationer ved udarbejdelse af tredjegerationsaftalerne.

Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering,

- at en revision af bekendtgørelse og vejledning bør inddrage spørgsmålet om inddragelse af brugerne.

### 2.3.6 Sundhedsstyrelsens funktion

Sundhedsstyrelsen skal i henhold til sundhedsloven godkende sundhedsaftalerne med baggrund i bekendtgørelsen og vejledningen. I godkendelsesprocessen foretages en vurdering af, om sundhedsaftalen omfatter alle obligatoriske krav og den fokuserer således på, om sundhedsaftalerne opfylder kravene eller ej. Det indgår ikke i vurderingen, om aftalernes indhold opfylder kravene i bedre eller ringere grad end i tidligere aftaler samme sted eller i andre dele af landet.

Sundhedsstyrelsen har i sin tilbagemelding til regioner og kommuner i forbindelse med vurderingen af deres sundhedsaftaler alene forholdt sig til, om sundhedsaftalen kan godkendes. Derudover har Sundhedsstyrelsen i godkendelsesbrevet beskrevet en række generelle bemærkninger til de samlede sundhedsaftaler på tværs af landet, mens mere individuelle bemærkninger er givet ved møder med regionerne og de tilhørende kommuner. Nogle regioner og kommuner udtrykker imidlertid ønske om mere individuelle (skriftlige) tilbagemeldinger fra Sundhedsstyrelsen i forbindelse med godkendelsen af aftalerne.

Sundhedsstyrelsen vil senere melde ud, hvordan der fremover kan gives mere individualiserede tilbagemeldinger på de indsendte sundhedsaftaler.

Udover vurderingen af de konkrete aftaler har Sundhedsstyrelsen også en rådgivende og vejledende rolle i forhold til kravene til sundhedsaftalerne, og det forventes, at Sundhedsstyrelsen medvirker til videndeling i forhold til den generelle udvikling af området.

På flere områder medvirker Sundhedsstyrelsen til udvikling af konkrete modeller for samarbejdet på tværs af regioner og kommuner. Eksempler på dette er den generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom samt forløbsprogrammerne for henholdsvis voksne og børn/unge med erhvervet hjerneskade. Ligeledes har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en række vejledninger, der beskriver arbejdsdelingen og samarbejdet i forhold til konkrete områder, eksempelvis Sundhedslovens § 119 om forebyggelse.

I forbindelse med nærværende evaluering har Sundhedsstyrelsen medvirket til at understøtte videndeling om gode, innovative løsninger i sundhedsaftalerne ved at afholde en national konference med dette formål. Der er på nuværende tidspunkt ikke taget stilling til, hvordan den fortsatte videndeling mest hensigtsmæssigt kan gennemføres, og om der eventuelt skal afholdes en tilsvarende konference igen.

#### 2.3.6.1 Indsatsområdet "Opfølgning på utilsigtede hændelser"

Etableringen af Patientombuddet har medført en flytning af arbejdet med opfølgning på utilsigtede hændelser og patientsikkerhedsdatabasen fra Sundhedsstyrelsen. Det er

nu Patientombuddet, der besidder den faglige ekspertise, og som har ansvaret for den fremtidige udvikling og håndtering af dette område.

Sundhedsstyrelsen forventer fortsat at skulle godkende de samlede sundhedsaftaler, men med inddragelse af Patientombuddet i godkendelsesprocessen og i andre relevante sammenhænge i forhold til udvikling af sundhedsaftaler på indsatsområdet om opfølgning på utilsigtede hændelser.

I den forbindelse vil der være behov for et formaliseret samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Patientombuddet.

## 2.4 Forslag til fremtidige fokusområder

I dette afsnit vil Sundhedsstyrelsen pege på en række forslag til fokusområder for fremtidige sundhedsaftaler, som hensigtsmæssigt kan inddrages i en revision af bekendtgørelse og vejledning.

Forslagene bygger på Sundhedsstyrelsens gennemgang af sundhedsaftalerne 2011 – 2014 og på den løbende dialog med og rådgivning af parterne i forhold til udviklingen af aftalerne samt på dele af evalueringen.

### 2.4.1 Udvikling af det borgernære sundhedsvæsen

Det fremgår af vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:

- At ”sundhedsaftalen vedrører opgaver og indsatser på sundhedsområdet, som går på tværs af de to myndighedsniveauer, region og kommuner. Aftalen skal således omfatte både samarbejdet mellem sygehuse og kommunen, og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunen”.

Sundhedsaftalerne kan medvirke til at udvikle det borgernære sundhedsvæsen, således at det kan håndtere de udfordringer, der vil komme i de kommende år med flere ældre borgere og flere borgere, som lever med en kronisk sygdom, eller som lever med følgerne efter alvorlig sygdom.

Bekendtgørelsens krav til de seks obligatoriske indsatsområder lægger imidlertid op til i højere grad at håndtere samarbejdet mellem sygehus og kommune, og i mindre grad samarbejdet mellem almen praksis og kommune. Ligeledes lægges der i højere grad op til en stafetmodel, hvor stafetten gives videre sekventielt, og i mindre grad til en samarbejdsmodel, hvor patienten har samtidige forløb i forskellige sektorer. Dette afspejler sig også i de aktuelle sundhedsaftaler, selvom der er sket en udvikling fra førstegenerations- til andengenerationsaftalerne.

Der er behov for at udvikle nye løsninger med større og integreret samarbejde mellem praksissektoren og de kommunale tilbud indenfor alle relevante forvaltningsområder - og i samarbejde med udgående funktioner, ambulante tilbud m.m. fra sygehuvæsenet.

Ligeledes er der behov for at skabe større sammenhæng for patienter, som har et samtidigt ambulante behandlingsforløb i sygehusregi og et genoptrænings-/rehabiliterings-/palliations-/plejeforløb i kommunen samt en løbende kontakt til praksissektoren. Dette behov er blevet endnu tydeligere i forbindelse med Sundhedsstyrelsens udarbejdelse

af forløbsprogrammer for rehabilitering af voksne/børn og unge med erhvervet hjerne-skade samt forløbsprogramdelen om rehabilitering og palliation af patienter med kræft.

Derudover er der fortsat behov for et fokus på at undgå u hensigtsmæssige indlæggelser gennem en proaktiv indsats, som kan forebygge forværring af sygdom, og ved at tilvejebringe de fornødne tilbud både i kommunen og ambulantly i sygehusregi således, at almen praksis har andre muligheder end at indlægge borgere, hvis det ikke i øvrigt er behandlingsmæssigt nødvendigt.

Den fortsatte udvikling skal ske i et samarbejde mellem de forskellige aktører på området, og dette kan hensigtsmæssigt ske i regi af sundhedsaftalerne.

Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering,

- at en revision af bekendtgørelse og vejledning skal have særligt fokus på at sikre udviklingen af sundhedsaftalerne, således at de understøtter udviklingen af samarbejdet i det borgernære sundhedsvæsen.

#### 2.4.2 Udvikling og implementering af tværsektoriel it-understøttet kommunikation

I vejledningen står,

- at ”aftalen skal medvirke til at sikre en effektiv og hensigtsmæssig kommunikation mellem aktørerne i de enkelte patientforløb, herunder den nødvendige it-understøttelse”

Alle aktuelle sundhedsaftaler indeholder planer for implementering af nationale it-standarder. Derudover er flere regioner i gang med eller har allerede etableret it-platforme primært målrettet de professionelle med henblik på at dele viden om egne og andres tilbud m.m. i sundhedsvæsenet, ligesom der afprøves og implementeres telemedicin.

Hastighederne for implementeringerne er imidlertid forskellig og lokalt forankret teknologiudvikling er ofte ikke i stand til at sikre sammenhængende kommunikation på tværs af landet.

På nogle punkter er der således behov for en mere koordineret landsdækkende udvikling i et samarbejde mellem det nationale niveau og regioner/kommuner. Udgangspunktet for dette er blandt andet National Sundheds-it's standarder for brug af it i sundhedsvæsenet og udmøntningen af tværgående initiativer. En reference til nationale strategier, standarder mv. i fremtidige sundhedsaftaler vil kunne skabe en mere koordineret implementering og anvendelse af it med henblik på at sikre en mere sammenhængende kommunikation.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering,

- at sundhedsaftalerne generelt anvendes som tiltænkt til at indgå aftaler om it-understøttet kommunikation, men at sundhedsaftalerne i videre udstrækning bør omfatte implementeringer af eksempelvis nationale strategier og standarder for at sikre en ensartet udvikling landet over.

### 2.4.3 Særlige målgrupper

Ved revisionen af vejledningen (2009) blev der sat fokus på målgrupper for sundhedsaftalen.

Generelt står der således i vejledningen:

- ”Sundhedsaftalen skal således omfatte alle borgere/patienter, som har et forløb på tværs af sygehus og kommune, herunder eksempelvis...”

Forskellige grupper af borgere/patienter vil have forskellige problemstillinger, som alle skal håndteres i sundhedsaftalerne, ligesom de konkrete aktører i regioner og kommuner kan være forskellige afhængigt af målgruppen. Et eksempel på dette er gravide og nyfødte, som vil have andre problemstillinger end ældre, og hvor samarbejdet typisk håndteres af andre aktører/afdelinger/forvaltninger.

Førstegenerationsaftalerne omfattede primært den ældre medicinske patient, som også var målgruppen for et af de obligatoriske indsatsområder. Formålet med præciseringen af den nye vejledning var derfor, at sundhedsaftalerne skulle omfatte alle borgere/patienter, som har et forløb på tværs af sektorer, herunder at alle relevante problemstillinger blev håndteret. Derudover var formålet med præciseringen, at parterne også havde fokus på at etablere aftaler for udsatte (mindre) grupper, som kan have behov for et særligt tilbud.

Fra forskellig side fremsættes der jævnligt forslag/ønsker om, at konkrete sygdoms-/patientgrupper skal have et særligt obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftalerne. Forslagene kommer primært fra patientorganisationer men også fra forskellige myndigheder.

I sundhedsaftalerne for 2011-2014 har parterne udover de generelle aftaler også fastlagt udarbejdelsen af en række samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer for konkrete patientgrupper. Disse aftaler håndterer ofte de mere specifikke problemstillinger, der er i forhold til en konkret patientgruppe.

Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering,

- at der er behov for et fortsat fokus på, at alle relevante målgrupper bliver omfattet af den generelle aftale, herunder at aftalen omfatter alle relevante problemstillinger.
- at der er behov for en vurdering af, hvornår det er relevant at konkretisere den generelle sundhedsaftale i en konkret samarbejdsaftale for en given borger/patientgruppe.

### 2.4.4 Inddragelse af andre aktører

Ved revisionen af vejledningen (2009) blev der sat fokus på de aktører, der er involveret i de enkelte patientforløb i forhold til de enkelte indsatsområder, og som derfor skal kende til sundhedsaftalen.

Der blev således sat fokus på de aktører (herunder også faggrupper) i sygehuse, kommuner og almen praksis, som er involveret i sundhedsaftalen, herunder også de sociale



botilbud og andre forvaltningsområder i kommunerne (særligt i forhold til børn og unge og i forhold til psykiatriområdet).

Derudover blev der sat fokus på den øvrige praksissektor. Der står således:

- ”Den øvrige praksissektor, herunder specielt praktiserende speciallæger og fysioterapeuter, kan også have en rolle i gennemførelsen af aftalen på nogle af indsatsområderne”.

Derudover blev der sat fokus på private sygehuse og andre private leverandører. Der står således:

- ”Private sygehuse og private leverandører er ikke en direkte aftalepart, men skal være omfattet af relevante dele af sundhedsaftalen, når de leverer offentligt finansieret behandling. Når regionsrådet og/eller kommunalbestyrelsen indgår en aftale med en privat aktør om varetagelse af sundhedsopgaver, så skal det sikres, at den private aktør gennem leverandør(aftalen) forpligtes af sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant”.

Den øvrige praksissektor er stadig meget lidt inddraget i aftalerne. På indsatsområdet i forhold til mennesker med sindslidelser er de praktiserende psykiatere nævnt i enkelte aftaler, men ellers er den øvrige praksissektor ikke involveret.

Udviklingen af et effektivt borgernært sundhedsvæsen jf. afsnit 2.4.1 forudsætter et velfungerende samarbejde mellem almen praksis og kommunerne såvel som med de øvrige aktører på området, herunder særligt den øvrige praksissektor og andre relevante forvaltningsområder i kommunerne udover sundhedsområdet.

Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering,

- at der i forbindelse med en revision af bekendtgørelse og vejledning bør være fokus på inddragelse af relevante aktører i det borgernære sundhedsvæsen.

#### 2.4.5 Social lighed i sundhed

Fremme af social lighed i sundhed er et fokusområde hos både de centrale sundhedsmyndigheder samt i regioner og kommuner. Mange af sundhedsaftalerne for 2011 – 2014 indeholder politiske visioner om at sikre social lighed i sundhed, men der er kun i begrænset omfang beskrevet initiativer rettet mod dette.

Vejledningen har indenfor nogle indsatsområder fokus på konkrete grupper af udsatte borgere, som skal være omfattet af aftalen. Udover ældre borgere og borgere med kronisk sygdom, nævnes også ”socialt udsatte og mennesker med handicap” (jf. indsatsområdet ’Indlæggelses- og udskrivningsforløb’) samt ”sårbare grupper, som ikke selv opsøger relevante forebyggelsestilbud” (jf. indsatsområdet ’Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse’). Endelig handler hele indsatsområdet ’Indsatsen for mennesker med sindslidelser’ om samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunernes socialpsykiatri, og det har blandt andet fokus på borgere/patienter med dobbeltdiagnoser.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering,

- at fremme af social lighed i sundhed omfatter indsatser inden for mange forskellige områder - og ikke kun indenfor sundhedsvæsenet
- at sundhedsvæsenets indsats i høj grad skal etableres i det borgernære sundhedsvæsen. Sådanne tiltag kan derfor medtænkes i forbindelse med udviklingen af dette område.

#### 2.4.6 Kvalitets- og kompetenceudvikling

Der er ikke i bekendtgørelsen eller vejledningen krav om at beskrive, hvordan parterne vil sikre de fornødne kompetencer til at løfte en fælles opgave.

I de aktuelle sundhedsaftaler har de enkelte parter generelt et selvstændigt ansvar for at sikre de fornødne kompetencer, men aftalerne indeholder dog i nogen grad aftaler om fælles kompetenceudvikling.

Sundhedsaftalerne lægger imidlertid op til en række opgaver, som parterne skal løse i fællesskab og hvor der kan være behov for et fælles kompetenceløft. Nye opgaver som fx nye teknologiske løsninger, vil således kræve et kompetenceløft hos alle aktører, og dette kan hensigtsmæssigt ske ved fælles kompetenceudvikling.

Ligeledes vil der også i stigende grad kunne blive behov for at sikre patienterne de fornødne kompetencer i forbindelse med fremtidig brug af eksempelvis egenmonitorering og telemedicinske løsninger.

Endelig vil der i forbindelse med opgaveflytning/-overdragelse fortsat være behov for, at den nye part, som skal løse opgaven, bliver klædt på til dette. Dette kan hensigtsmæssigt ske ved oplæring hos den part, som afgiver opgaven.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering,

- at der er behov for en afklaring af, om sundhedsaftalerne i højere grad kan medvirke til at sikre den nødvendige fælles kompetenceudvikling i forbindelse med nye opgaver og opgaveflytning/-overdragelse

## 2.5 Fremtidig monitorering af sundhedsaftalerne

I det følgende præsenteres de fremtidige perspektiver for monitoreringen af sundhedsaftalerne. Perspektiverne er afledt af indikatorerne og drøftelser i evalueringens følgegruppe med henblik på publicering af indikatorerne.

En nærmere beskrivelse af indikatorerne og arbejdet med at udvikle dem findes i bilag 1: *Monitorering af sundhedsaftalerne, Sundhedsstyrelsen, december 2011*, som er resumeret i afsnit 3.5.3.

### 2.5.1 Publicering på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

Sundhedsstyrelsen vil fremover være ansvarlig for én gang om året at publicere data for de udvalgte indikatorer til opfølgning på sundhedsaftalerne.

De publicerede data skal give kommuner og regioner mulighed for at vurdere deres sundhedsindsats og sundhedsaftalernes indflydelse i praksis, ligesom data skal skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af samarbejdet mellem aftaleparterne. Endelig får regioner og kommuner mulighed for at monitorere egne resultater over tid og sammenligne med resultater på landsplan.

Sundhedsstyrelsen forventer, at data præsenteres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside sammen med en beskrivelse af formål, metode m.m.

Sundhedsstyrelsen vil formidle data så overskueligt og forståeligt som muligt.

Sundhedsstyrelsen vil opgøre data på flest mulige relevante niveauer – landsplan, regionalt, kommunalt og på hospitalsniveau.

Sundhedsstyrelsen udarbejder primo 2012 en beskrivelse af produktionsprocessen i form af et årshjul, så regioner og kommuner på forhånd ved, hvornår de skal levere data, og hvornår data publiceres.

Den første offentliggørelse af data vil finde sted i 2. halvår 2012 med offentliggørelsen af data fra 2011.

For indikatorerne indenfor indsatsområderne 'Indlæggelses- og udskrivningsforløb' samt 'Indsatsen for mennesker med sindslidelser' vil det være muligt at publicere data for 2011.

Data på træningsområdet, herunder genoptræningsplaner, registreres i øjeblikket i Landspatientregisteret, men et igangværende udviklingsarbejde vil formentlig resultere i ændringer i registreringspraksis og opgørelsesmetode. Registreringen vil formentlig fremover ske på it-kommunikationsplatformen MedCom. Resultatet af dette udviklingsarbejde afventes og kan betyde, at indikatorer på træningsområdet først publiceres i 2013.

### 2.5.2 Det opfølgende udviklingsarbejde

For på sigt at kunne anvende en bredere vifte af indikatorer, som dækker alle sundhedsaftalernes seks obligatoriske indsatsområder, vil der løbende pågå et opfølgende arbejde. Her vil fokus være på de udviklingstiltag, som allerede er igangsat samt mulige fremtidige udviklingsarbejder.

Evalueringsens følgegruppe har således opfordret Sundhedsstyrelsen til at arbejde målrettet på at udvikle flere egnede nationale, tværsektorielle indikatorer på indsatsområdet 'Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse'. Dette udviklingsarbejde bør tage afsæt i de monitorerings- og udviklingsinitiativer, der er i gang i øjeblikket indenfor forebyggelsesområdet som fx SOFT (sundhedsfremme og forebyggelsestiltag), datafangst i almen praksis, monitorering af kronikerindsatsen, KOALA (kvalitetssikring af KOL), mv.

Der vil ligeledes være ræson i at udbygge de elektroniske beskeder i kommunikationsplatformen MedCom med statistiske dataopgørelser, som kan anvendes i monitoreringen af sundhedsaftalerne. Det gælder eksempelvis tidspunkter for fremsendelse af udskrivningsrapporter, plejeforløbsplaner, genoptræningsplaner og henvisning til forebyggelsestiltag.

For de indsatsområder, hvor det ikke har været muligt at etablere nationale tværsektorielle indikatorer, vil der pågå et løbende opfølgingsarbejde med identifikation af relevante indikatorer i takt med, at fremtidige registreringer og dokumentation giver mulighed for det. Som eksempel kan nævnes det udviklingsarbejde, der i øjeblikket foregår i forbindelse med registreringen af utilsigtede hændelser i Dansk Patient-Sikkerheds-Database 2 (DPSD 2).

Det skal videre overvejes, hvorvidt allerede eksisterende registre og landsdækkende undersøgelser skal suppleres med enkelte registreringskoder, som kan hjælpe opfølgningen på vej. Eksempelvis kan det overvejes at supplere de Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser med kommunekoder, således at patientens hjemkommune relativt simpelt kan identificeres. Den ændrede registreringspraksis på træningsområdet kan også åbne op for nye registreringer i eksempelvis genoptræningsplanerne.

Endelig vil det være relevant med en fremtidig mulighed for at følge området for at sikre udarbejdelsen af anvendelige dataopgørelser relateret til senere generationer af sundhedsaftaler.

## 3 Sammenfatning af de enkelte delelementer i evalueringen

I dette kapitel præsenteres de enkelte delelementer af Sundhedsstyrelsens arbejde med evaluering af sundhedsaftalerne i form af korte resumeer. De fulde rapporter er udgivet selvstændigt, og fungerer som bilag til denne rapport.

Derudover indeholder kapitlet en overordnet gennemgang af sundhedsaftalerne 2011 – 2014.

### 3.1 Baggrund for evalueringen

#### 3.1.1 Sundhedsstyrelsens opdrag

Sundhedsstyrelsen blev i 2010 af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bedt om at forestå tilrettelæggelsen og udførelsen af en evaluering af sundhedsaftalerne mellem regionerne og kommunerne med det formål at fastslå sundhedsaftalernes virkning i praksis og at give kommuner og regioner et bedre grundlag for at sprede de gode løsninger. Evalueringen var forankret i Finansloven for 2010.

Igangsættelsen af evalueringen havde afventet arbejdet med at revidere bekendtgørelsen og vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, som blev afsluttet i august 2009. Derudover var vurderingen, at det ville være vanskeligt at frembringe en færdig evaluering tids nok til, at dens resultater kunne indgå i arbejdet med andengenerationsaftalerne, idet regioner og kommuner havde igangsat dette arbejde allerede i 2009.

Sundhedsstyrelsen og ministeriet fandt det derfor mere brugbart og relevant, at evalueringsindsatsen blev koncentreret omkring initiativer, der på længere sigt kunne understøtte videndeling på området blandt kommuner, regioner, almen praksis og øvrige relevante aktører. Endvidere ville evalueringen bistå med indsamling af viden om og udvikling af indikatorer, som aftaleparterne fremadrettet kunne benytte til at følge op på og evaluere aftalernes proces og effekt – på såvel lokalt som nationalt niveau.

#### 3.1.2 Evalueringsmetode

Projektet har haft to delformål

- at sammenfatte viden om sundhedsaftalerne – herunder gode eksempler/løsninger og implementeringsmæssige udfordringer
- at udvikle indikatorer, der fremadrettet kan styrke sammenhængende og koordinerede patientforløb på tværs af sektorer

#### **Leverancer:**

Evalueringen har bestået af en række initiativer, som alle har understøttet formålet.

Der var således planlagt følgende leverancer:

- Udvikling af indikatorer for sammenhængende og koordinerede patientforløb på tværs af sektorer
- Afholdelse af national konference om sundhedsaftaler, oktober 2011
- Plan for implementering af de udviklede indikatorer
- En opsamlende evalueringsrapport ultimo 2011

Sundhedsstyrelsen har anmodet Implement Consulting Group om at bistå med evalueringen, herunder gennemførelse af en række fokusgruppeinterviews med henblik på at sikre et grundlag for udarbejdelse af de konkrete leverancer. Interview'ene blev gennemført i sommeren 2010 og havde til formål dels at kortlægge arbejdet med sundhedsaftalerne i de fem regioner og tilhørende kommuner frem til 2010, og dels at afdekke allerede anvendte indikatorer i relation til opfølgning på sundhedsaftalerne lokalt, samt regioners, kommuners og almen praksis' ønsker til lokale og nationale indikatorer. Resultaterne af interview'ene er beskrevet i to selvstændige rapporter - bilag 3: *Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger, Implement, december 2010* og bilag 4: *Opfølgning og indikatorer, Implement, september 2010* - som er refereret i afsnit 3.2 og 3.5.1.

Implement Consulting Group har derudover bistået Sundhedsstyrelsen med planlægning og gennemførelse af en konference om sundhedsaftalerne i oktober 2011. Referater af de enkelte indlæg er samlet i en selvstændig rapport - *bilag 3: Konferencerapport, Implement, december 2011* - som er refereret i afsnit 3.4 i denne rapport.

Sundhedsstyrelsen har endvidere gennemført et udviklingsarbejde med det formål at udvikle faglige, organisatoriske og patientrelaterede indikatorer, som kan følge op på effekten af sundhedsaftalerne. Arbejdet er sket i samarbejde med repræsentanter fra kommuner, regioner og almen praksis og har foreløbigt resulteret i 13 indikatorer. Afrapportering fra arbejdet er sket i en selvstændig rapport - *bilag 1: Monitorering af sundhedsaftalerne, Sundhedsstyrelsen, december 2011* - som er refereret i afsnit 3.5.3.

Endelig har Sundhedsstyrelsen til brug for denne rapport udarbejdet en beskrivelse af sundhedsaftalerne for 2011 – 2014, herunder en vurdering af eventuelle udviklingsområder. Beskrivelsen findes i afsnit 3.3 i denne rapport.

## 3.2 Status for arbejdet med sundhedsaftalerne frem til 2010

Sundhedsstyrelsen har fået foretaget en kortlægning af de fem regioner med tilhørende kommuners arbejde med sundhedsaftalerne i løbet af første generation af samarbejdet og hen imod udviklingen af andengeneration af aftalerne. I det følgende gives et kort resume af denne kortlægning, som er baseret på 39 gruppeinterviews gennemført i sommeren 2010 med i alt 139 personer fra regioner, kommuner og almen praksis i alle fem regioner og på tværs af alle indsatsområder.

Den fulde rapport - *Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger, Implement, december 2010* (bilag 3) - er udarbejdet af Implement Consulting Group.

### 3.2.1 Organiseringen af arbejdet med sundhedsaftalerne

Arbejdet med udarbejdelse af førstegeneration af sundhedsaftalerne og udvikling af nye løsninger var organiseret i centralt nedsatte arbejdsgrupper i alle regioner, mens ansvaret for implementeringen af sundhedsaftalerne er placeret i de lokale samarbejdsfora/kontaktudvalg med særskilt samarbejdsstruktur for henholdsvis somatikken og psykiatrien.

På tværs af indsatsområderne arbejdes generelt set på at få understøttet sundhedsaftalerne med elektronisk kommunikation. Medio 2010 var det kun én region, som havde et egentligt fungerende og udbredt system til elektronisk kommunikation mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren, mens der fortsat i de øvrige regioner blev arbejdet på at implementere Medcom-standarder.

### 3.2.2 Konkrete initiativer og implementeringsindsatser

Indenfor de seks obligatoriske indsatsområder var status i arbejdet som følger:

#### **Udskrivning og indlæggelse**

Her var fokus de fleste steder på, hvordan samarbejdet mellem sygehuse og kommuner kunne forbedres med henblik på at sikre hurtig hjemtagning af patienter, som er klar til udskrivning fra hospitalet. Variationerne knytter sig til, hvornår sygehuset skal orientere kommunen om en borgers indlæggelse, hvornår kommunerne skal modtage en plejeplan, og endelig hvornår kommunerne skal modtage varsel om udskrivning. Derudover er der i alle regioner udarbejdet forskellige former for samarbejdshåndbøger, som præciserer arbejdsdelingen blandt andet i sammenhæng med forløbsbeskrivelserne.

#### **Træningsområdet**

Træningsområdet var efter sundhedsloven en ny opgave for kommunerne, da den blev overdraget 1. januar 2007, og fokus har derfor været på at afgrænse, hvornår det regionale ansvar slutter, og hvornår det kommunale begynder. I de fleste regioner har man fx udarbejdet snitfladekataloger eller tilsvarende produkter, som afgrænser almen og specialiseret genoptræning. Fælles planlægning og styring af træningskapacitet er derimod det område, som kommuner og regioner har fokuseret mindst på i sundhedsaftalesamarbejdet på træningsområdet. Generelt er der blot tale om, at der i de eksisterende samarbejdsfora drøftes den aktuelle situation.

I alle regioner er der et ønske om en højere grad af evidensbaseret arbejde på genoptræningsområdet, hvilket kræver en stor faglig indsats, som det kan være vanskeligt at finde tid og ressourcer til. Der synes at være en stor efterspørgsel efter en fælles indsats på tværs af regioner, så man hjælpes lidt mere ad om opgaven, og så man lærer af hinanden. Der efterspørges blandt andet bistand fra det nationale niveau i den forbindelse.

### **Behandlingsredskaber og hjælpemidler**

Arbejdet indenfor indsatsområdet har primært omhandlet fortolkning af Afgrænsningscirkulæret vedrørende behandlingsredskaber og hjælpemidler fra 2006 og dermed på afklaring af ansvarsdelingen mellem kommuner og sygehuse på behandlingsredskabs- og hjælpemiddelområdet. I alle fem regioner har man udarbejdet et værktøj til afklaring af cirkulæret - et casekatalog eller et afklaringskatalog.

I flere regioner nævnes de private sygehuse som en særlig udfordring, fordi der ikke er lavet samarbejdsaftaler vedrørende behandlingsredskaber og hjælpemidler med dem.

### **Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

Forebyggelsesområdet var ligeledes en ny opgave for kommunerne pr. 1. januar 2007. Etablering af samarbejdet mellem kommuner og region - samt definerende af aktørernes nye opgave - har derfor været centralt på indsatsområdet. I alle regioner har man arbejdet med udvikling og implementering af forløbsprogrammer på kronikerområdet. I alle regioner var der planer om at arbejde videre med at udvikle forløbsprogrammer for flere kroniske lidelser. Derudover var der i flere regioner planer om at arbejde videre med at etablere fælles tilbud på tværs af kommuner.

### **Indsatsen for mennesker med sindslidelser**

Arbejdet indenfor rammerne af sundhedsaftalerne har haft fokus på sektorovergange i forbindelse med udskrivning, herunder varslingsregler. Flere af regionerne har desuden udarbejdet forløbsbeskrivelser for mennesker med sindslidelser for at fastlægge arbejdsdeling mellem sygehuse, kommunerne og almen praksis, ligesom der er udarbejdet en form for sektor-tværgående kontaktpersonoversigt.

### **Opfølgning på utilsigtede hændelser**

Arbejdet har indenfor indsatsområdet været præget af, at lovgivningen på området først trådte i kraft pr. 1. september 2010. Det overordnede indtryk er, at parterne hver for sig har haft fokus på at komme godt i gang med indberetningen af utilsigtede hændelser pr. 1. september, herunder opbygning af organisation og kompetencer.

I bilag 3 er der derudover en lang række gode eksempler på indsatser og løsninger indenfor de forskellige indsatsområder fordelt udover regionerne.

### **3.2.3 Opsummeringer på tværs af indsatsområder**

På tværs af indsatsområderne er der en række temaer, som går igen. Det er herunder det generelle indtryk, at det har været svært at få almen praksis til at indgå i arbejdet med sundhedsaftalerne. En del af problemstillingen handler om, at almen praksis ikke er egentlig aftalepart. Generelt opleves det dog, at der er sket positive ændringer i løbet af den første aftaleperiode i forhold til samarbejdet mellem sektorerne omkring patienterne.

Det ses derudover som en udfordring, at de to parter er organiseret forskelligt og har forskellige rammevilkår i form af eksempelvis forskellig politisk indflydelse, forskellig borgersammensætning, forskelligt befolkningsgrundlag mv. Generelt er det dog



indtrykket, at samarbejdet mellem region og kommuner – for så vidt angår det administrative samarbejde – har været vellykket og velfungerende de fleste steder, og at man er lykkedes med at opnå en endnu bedre forståelse for hinandens rammer og vilkår.

På tværs af indsatsområderne var det tydeligt, at medicinområdet udgør et væsentligt fælles indsatsområde i forhold til at skabe bedre og ikke mindst mere sikre forløb for patienterne. Der efterspørges generelt mere fælles og aktuel viden og overblik over den enkelte patients medicinstatus. Derudover er der peget på, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis der i højere grad deles viden og resultater mellem regioner og kommuner, så der ikke skal ske parallel udvikling af løsninger.

### 3.3 Sundhedsaftalerne 2011-2014

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med denne rapport udarbejdet en status over andengenerationsaftalerne med henblik på at identificere fremtidige fokusområder. Beskrivelsen bygger på Sundhedsstyrelsens løbende arbejde med sundhedsaftalerne, herunder dels vurderingen og godkendelsen af aftalerne på de obligatoriske indsatsområder og dels den løbende dialog med og rådgivning af parterne i forhold til udviklingen af området.

#### 3.3.1 Udviklingen fra første til anden generation

Førstegeneration af sundhedsaftalerne havde primært fokus på de obligatoriske indsatsområder og byggede i høj grad på de tidligere amtslige samarbejdsaftaler men med stigende harmonisering fra første til anden version.

Derudover fastlagde førstegenerationsaftalerne en omfattende struktur for det tværsektorielle samarbejde mellem en region og de tilhørende kommuner. Overordnet set er strukturen relativt ens på tværs af landet med en administrativ styregruppe/sundhedsstyregruppe under sundhedskoordinationsudvalget, en række samordningsfora i de enkelte sygehusområder/klynger, samt udviklingsgrupper, temagrupper, afklaringsudvalg m.m. med henblik på at udvikle og implementere aftalerne. Oftest er der delt formandskab med en regional og en kommunal formand i de enkelte grupper.

Sundhedsaftalerne for 2011-2014 har brugt mulighederne i den nye vejledning, og der er således aftaler på flere niveauer og på tværs af indsatsområder. Der er aftalt en række tværgående udviklingsprojekter, som kan være med til at udvikle det tværsektorielle samarbejde fremover, ligesom der i større grad er fokus på implementering og opfølgning.

#### 3.3.2 Grundaftalerne og de kommunespecifikke aftaler

Grundaftalerne udarbejdes af sundhedskoordinationsudvalget. Med baggrund i grundaftalen fastlægges de kommunespecifikke aftaler. I nogle regioner har alle kommuner tilsluttet sig grundaftalen, mens det i andre regioner er op til anslået en fjerdedel af den samlede aftale, som ligger i de kommunespecifikke aftaler.

I de kommunespecifikke aftaler afspejles de enkelte klyngesamarbejder/sygehusområder, idet aftalerne indenfor et sygehusområde/klynge ofte er ens, men ikke nød-

vendigvis magen til naboklyngens. I nogen grad afspejles det tidligere amtslige samarbejde.

Enkelte kommuner vælger at stå alene på konkrete områder og derved at fravælge dele af grundaftalen. Derudover er der typisk en forskellig kadence i forhold til implementering af nye initiativer, herunder fx forløbsprogrammer og it-understøttede kommunikationsværktøjer.

### 3.3.3 Sundhedsaftalernes form

Alle regioner og kommuner har valgt at opdele aftalen i en politisk og en administrativ aftale ligesom man har koblet obligatoriske og frivillige indsatsområder. Alle aftaler har dog fastholdt en struktur med de seks obligatoriske indsatsområder.

Som bilag til aftalerne er der udarbejdet en lang række konkrete samarbejdsaftaler, forløbsprogrammer, m.m., som konkretiserer aftalerne i forhold til konkrete temaer eller konkrete patientgrupper.

#### De politiske aftaler

De politiske aftaler er i alle aftaler forankret i grundaftalen og indgår som en særskilt aftale med vision og konkrete mål for samarbejdet på sundhedsområdet. Generelt er der tæt sammenhæng mellem den politiske aftale og den efterfølgende administrative aftale. I én region indeholder aftalerne en tids- og handleplan som en del af den politiske aftale, mens den i de øvrige regioner udmøntes i den administrative aftale.

De politiske aftaler omhandler primært mere overordnede temaer, og kun i én region er der politiske aftaler i forhold til de obligatoriske indsatsområder. Gennemgående temaer er 'det sammenhængende sundhedsvæsen', 'sammenhængende forløb', 'social lighed i sundhed', 'opgaveoverdragelse', 'styrkelse og udvikling af den tværsektorielle indsats' og 'sikring af den faglige kvalitet'. Derudover er temaer som it, velfærdsteknologi og telemedicin temaer i flere aftaler, ligesom der nogle steder er fokus på konkrete indsatsområder, som eksempelvis medicinering

#### De administrative aftaler

De administrative aftaler beskriver den konkrete udmøntning af de politiske aftaler og indeholder i alle regioner selvstændige aftaler på de seks obligatoriske indsatsområder. Derudover er der i varierende grad aftaler på en række konkrete temaer, som udspringer af den politiske aftale.

Generelt har man i regionerne samlet aftalerne på flere tværgående temaer, herunder især på opfølgning og it. I én region har man derudover udarbejdet en særlig sundhedsfaglig aftale, som indeholder de konkrete aftaler i forhold til de sundhedsfaglige medarbejdere, som er i kontakt med borgeren til dagligt.

#### Samarbejdsaftaler mm. på konkrete områder

Som bilag til sundhedsaftalerne er der i forskellig grad udarbejdet samarbejdsaftaler, forløbsprogrammer og snitflade-/casekataloger.

Der indgår således samarbejdsaftaler om forskellige temaer, herunder økonomi, håndtering af tvister, håndtering af medicin, hygiejne, høreområdet, opgaveoverdragelse, samt patienter med kronisk sygdom.

Alle regioner har derudover udarbejdet forløbsprogrammer for patienter med diabetes 2, KOL, og hjerte-karsygdom. Derudover er der i nogle regioner udarbejdet forløbsprogrammer for patienter med demens, osteoporose, muskel-skelet, kræftrehabilitering, allergi, psykisk sygdom og erhvervet hjerneskade samt for traumatiserede flygtninge.

Endelig har alle regioner udarbejdet snitfladekataloger og case-kataloger på henholdsvis 'Træningsområdet' og 'Behandlingsredskaber og hjælpemidler'.

### 3.3.4 Obligatoriske indsatsområder

#### **Indlæggelses- og udskrivningsforløb**

Alle sundhedsaftaler beskriver overordnede mål og principper for samarbejdet i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Generelt er der beskrevet en række standardforløb, som eksempelvis ambulante forløb, indlæggelser under ét døgn og indlæggelser længere end ét døgn. Desuden opereres med mere og mindre komplicerede forløb, herunder om borgeren har nyopståede behov for hjemmepleje i forbindelse med udskrivelse.

Der er generelt meget fokus på at øge kvaliteten af kommunikationen omkring indlæggelse og udskrivning. Generelt er man i de fleste aftaler kommet langt på dette område, herunder har man etableret eller er ved at etablere en elektronisk platform for kommunikationen.

Ligeledes arbejdes der i høj grad med implementeringen af aftalerne i form af pixiudgaver med de konkrete aftaler.

I regi af sundhedsaftalerne er der etableret en lang række forskellige samarbejdsformer, der har til formål at forebygge uhenigtsmæssige genindlæggelser. Eksempler på dette er 'Følge-hjem', 'Følge-op' og 'Ringe-hjem' ordninger.

Der er i mere begrænset omfang etableret samarbejdsformer, der kan forebygge uhenigtsmæssige, primære indlæggelser, altså indlæggelser, hvor borgeren ikke allerede for nylig har været hospitaliseret – og måske heller ikke bliver det. Der er dog eksempler på, at man arbejder med tidlig opsporing af borgere, der er i risiko for at udvikle behov for indlæggelse. Disse initiativer fordrer et tæt samarbejde mellem almen praksis og hjemmeplejen.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er behov for fortsat fokus på området, samt at videreudvikle det tværsektorielle samarbejde omkring forebyggelse af uhenigtsmæssige indlæggelser. Særligt samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne er centralt i denne sammenhæng.

Der er ligeledes et behov for, at der skabes en fælles terminologi, der kan gøre det nemmere at udveksle erfaringer og sammenligne resultater.

Overordnet er der tale om et indsatsområde, hvor der er sket store fremskridt, men hvor der stadig rester et stort udviklingspotentiale.

## Træningsområdet

Aftalerne på træningsområdet er alle ledsaget af snitfladekataloger som støtte til fastlæggelse af ansvar for henholdsvis almen, ambulans genoptræning og specialiseret, ambulans genoptræning. Nogle regioner har udarbejdet helt nye kataloger i perioden mellem de to sundhedsaftaler og nogle steder er der derudover udarbejdet detaljerede, tværsektorielle, evidensbaserede genoptræningsforløbsbeskrivelser.

Der er især fokus på de klassiske genoptræningsområder indenfor det neurologiske og ortopædkirurgiske område. Mange af de udarbejdede snitfladekataloger afspejler typiske tvivlsspørgsmål om ansvar og procedurer, samt hvorvidt genoptræningsplanen skal udarbejdes til almen eller specialiseret genoptræning. Snitfladekatalogerne er omfattende og detaljerede og er diagnosebaserede. Forløbsbeskrivelser kan desuden være en støtte for beslutningstagere i forhold til dimensionering af faglige ressourcer samt kapacitetsstyring med henblik på at overholde aftalte ventetider.

Der er etableret faglige følgegrupper i regionerne, som følger udviklingen på området. Fokus for følgegrupperne er forskelligt på tværs af regionerne.

Der er en vis lokal variation mellem almen og specialiserede genoptræningsplaner, som der kan være flere forklaringer på. I flere regioner er der derfor stor opmærksomhed på fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning, og enkelte steder er det aftalt at følge op på dette med henblik på at nedbringe andelen af genoptræningsplaner til specialiseret genoptræning i forhold til landsgennemsnittet.

Nogle kommuner har indgået tværkommunalt samarbejde på træningsområdet med henblik på at sikre tilstrækkeligt volumen i forhold til at generere faglig kvalitet. Dette afspejler sig i sundhedsaftalerne og virker hensigtsmæssigt.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en fortsat udvikling af 'Træningsområdet' hensigtsmæssigt kan inddrage andre dele af området, herunder samarbejdet mellem almen praksis og kommunen om borgere med træningsbehov, men som ikke har været indlagt.

Derudover er der behov for opmærksomhed på de patientgrupper, som ikke er omfattet af snitfladekatalogerne samt de patienter som ikke tilhører de grupper, som traditionelt har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

## Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Aftalerne om behandlingsredskaber og hjælpemidler handler primært om at aftale myndighedsansvaret, jf. det såkaldte afgrænsningscirkulære<sup>3</sup>, som definerer behandlingsredskaber og hjælpemidler, og som fastlægger myndighedsansvaret og betalingsforpligtelsen i henholdsvis regioner og kommuner.

Cirkulæret er senest revideret i 2006 og detaljeringsgraden af aftaler og oversigtskataloger afspejler, at der er tale om et område, som er meget vanskeligt at administrere, kræver betydelige faglige og administrative ressourcer og som ofte giver anledning til tvister mellem myndighederne. Der er således heller ikke fuldstændig konsistens i fortolkningen af reglerne på tværs af de indgåede aftaler.

---

<sup>3</sup> Cirkulære nr. 149 af 21. december 2006 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet

På trods af sundhedsaftalerne på området modtager Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse en del henvendelser om rådgivning fra sygehuse og kommuner om præcisering og fastlæggelse af betalingsansvaret.

### **Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

Delaftalen om sundhedsfremme og forebyggelse handler dels om forløbsprogrammer for kronisk sygdom, og dels om den generelle sundhedsfremme og forebyggelse. Grundaftalerne er oftest så omfangsrigt beskrevet, at de lokale aftaler er relativt beskudne.

Udarbejdelsen af forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme er kommet langt. De regionale forløbsprogrammer for udvalgte kroniske lidelser medvirker til en styrket forebyggelsesindsats for borgere med kronisk sygdom.

De fleste regioner har indgået frivillige aftaler om hygiejne, som har fået en solid rolle i sundhedsaftalerne. I flere regioner kan kommunerne købe sig til infektionshygiejnisk rådgivning eller til uddannelse af kommunens personale.

Flere kommuner har etableret fælles delestillinger med regionen, fx en KOL specialsygeplejerske, der arbejder halv tid på lungemedicinsk afdeling og halv tid på kommunens sundhedscenter.

Der er mange gode eksempler på tværfaglig, tværsektoriel kompetenceudvikling og fælles skolebænk blandt andet som led i regionernes rådgivningsforpligtelse. Her nævnes sundhedsaftalerne som et konkret planlægningsværktøj.

Fremme af lighed i sundhed er et tema i mange aftaler. Nogle kommuner har aftalt differentierede rygestopindsatser og differentieret slidgigtsforebyggelse. I nogle regioner er det aftalt, at praktiserende læger skal rådgive kommunerne om forebyggelsesbehov til fremme af lighed i sundhed på baggrund af deres kliniske erfaringer. Flere kommuner er i gang med Projekt Socialsygeplejerske til at støtte udsatte borgeres patientforløb.

En enkelt region har formuleret konkrete mål og indikatorer for målopfyldelsen af sundhedsaftalen, eksempelvis at andelen af dagligt fysisk aktive skal stige fra 35 % til 40 % fra 2006 til 2013. Den konkrete målsætning kan bidrage til at udstikke en tydelig retning for sundhedsaftalen på det enkelte område.

Der er fortsat et udviklingspotentiale i at tydeliggøre indholdet vedr. dialogen mellem den konkrete patient og aktørerne (krav 4.5).

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at systematisk screening og registrering af patienters risikofaktorer med fordel kan udbygges i de fremtidige sundhedsaftaler, så helheden sikres.

Fremadrettet bør det også sikres, at udsatte borger/patientgrupper – herunder sindslidende – der ikke er omfattet af etablerede forløbsprogrammer for kronisk sygdom, modtager koordinerede indsatser.

Endelig kan det være relevant, at de lokale aftaler videreudvikles med henblik på at synliggøre og sikre en lokal forankring og tilpasning af aftalerne. I den forbindelse skal sikres samarbejdet på forebyggelsesområdet mellem almen praksis og kommunen.

### **Indsatsen for mennesker med sindslidelser**

Koordinering mellem den sundhedsfaglige og den sociale indsats – og mellem den regionale og den kommunale indsats – står i højsædet i aftalerne. Koordinering søges generelt beskrevet gennem opstilling af kriterier og tjeklister med minimumskrav i forhold til optimale patientforløb. Der ses kriterier til brug henholdsvis før, under og efter indlæggelser, ligesom der beskrives initiativpligt og ansvarsfordeling til at sikre hensigtsmæssige forløb. I de fleste aftaler har den instans, som har den aktuelle kontakt til patienten, også forpligtelsen til at orientere, inddrage og samarbejde med andre aktører i forløbene.

Koordinering i de enkelte forløb sker endvidere ved udpegning af sagsledere (kontaktperson- eller koordinatorfunktioner) samt gennem sikring af højt informationsniveau for aktørerne, primært gennem elektronisk kommunikation. Aftalerne har i forhold til indlæggelser og udskrivninger en gennemgående koordinationssikring hovedsagelig via forskellige kontaktpersonordninger kombineret med beskrevne varslingsperioder og behandlingsplaner.

Der er i alle aftaler angivet ansvaret for at vurdere og sikre, at der tages hånd om børn og unge, som er pårørende til psykisk syge. Generelt lægges der vægt på, at informationspligt og samarbejde skal i højsædet.

Samtlige aftaler har derudover sat fokus på, at behovet hos børn og unge med psykiske lidelser skal tilgodeses, og alle relevante samarbejdspartnere forpligtes til at orientere hinanden, så børn og unge samles op og eventuelt henvises til relevante samarbejdspartnere i behandlingssystemet eller i kommunen.

Dobbeltdiagnosepatienter, hvor psykisk syge har et samtidigt misbrug, er ofte setepatienter, og generelt er der beskrevet et organisatorisk ansvar for, at dobbeltdiagnosepatienter ikke tabes i behandlingssystemerne. Det fremgår dog ikke helt klart, om disse patienter reelt bliver hjulpet.

Almen praksis og også praktiserende speciallæger i psykiatri indgår kun i begrænset omfang som aktører i sundhedsaftalerne. Der er erfaring for, at nogle mennesker med psykiske lidelser ikke får (eller henvises til) den optimale behandling, og i en del tilfælde angiver såvel psykiatriske afdelinger som kommunale behandlingssteder, at almen praksis kunne være den rette behandler.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der i de kommende sundhedsaftaler bør være fokus på samarbejdet mellem kommunen og praksissektoren - eventuelt i et shared care med de psykiatriske afdelinger. Shared care er således kun få steder omtalt som fremtidig metode, men ikke som konkret behandlingsmulighed eller praksis.

### **Opfølgning på utilsigtede hændelser**

Opfølgningen på utilsigtede hændelser er et nyt obligatorisk indsatsområde i aftalerne for 2011 – 2014 og ligeledes et nyt område, som sundhedspersoner i kommuner, praksissektor, apoteker og det præhospitale område skulle forholde sig til. Sundhedsaftalerne omfatter alene opfølgningen på utilsigtede hændelser i sektorovergange.

Sundhedsaftalerne for 2011 – 2014 bærer præg af, at det i første omgang har været nødvendigt at etablere en tværsektoriel ramme for samarbejdet. Aftalerne afspejler en meget stor variation i, hvor langt man var nået. Dette skyldtes muligvis, at man i nog-

le regioner havde haft vanskeligheder med den tekniske løsning, ligesom man havde afventet den overordnede vejledning på området.

Indsatsområdet er primært beskrevet i de generelle aftaler, som alle fastlægger en ansvarsfordeling i forhold til håndtering og opfølgning på de rapporterede hændelser. Derudover er der i aftalerne beskrevet en række hensigtserklæringer for den fortsatte udvikling af området. I nogle regioner har man derudover beskrevet en konkret organisation til opfølgningen.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der allerede indenfor den aktuelle aftaleperiode er behov for at videreudvikle samarbejdet omkring utilsigtede hændelser indenfor de rammer, som sundhedsaftalerne har fastlagt.

### 3.3.5 Tværgående temaer og frivillige områder

#### **It-understøttet tværsektoriel kommunikation**

Etablering af elektronisk kommunikation er generelt et fokusområde i sundhedsaftalerne, og der bliver lagt et stort arbejde i såvel den tekniske som den organisatoriske implementering heraf. Sundhedsstyrelsen bemærker vigtigheden af den fortsatte udvikling og implementering af den elektroniske kommunikation, der har afgørende betydning for at sikre opfyldelse af sundhedsaftalernes formål i praksis.

Generelt er der i aftalerne fokus på fælles aftaler om implementering af Medcom standarderne. Ligeledes er der i nogle aftaler fokus på brugen af telemedicinske løsninger.

#### **Koordinering af kapacitet**

Koordinering af kapacitet er central for de fleste af de obligatoriske indsatsområder. Beskrivelsen af, hvordan parterne sikrer koordinering af kapacitet er hovedsageligt beskrevet på overordnet organisatorisk niveau. Der er generelt behov for et fortsat fokus på dette område, herunder drøftelse af hvilke konkrete tiltag, der kan medvirke til at sikre den daglige koordinering af kapacitet.

#### **Økonomi**

Der er ikke krav om, at sundhedsaftalerne skal indeholde noget om økonomi, men enkelte af aftalerne gør det. Det er i disse aftaler koblet med aftaler om opfølgning, herunder udveksling af data, og om koordinering af kapacitet.

#### **Kvalitetsudvikling**

Der er ikke krav om, at sundhedsaftalerne skal indeholde noget om kvalitetsudvikling, men alle aftalerne gør det - dog i varierende omfang. De konkrete sundhedsaftaler indeholder i nogen grad aftaler om fx fælles skolebænk og anden mulighed for kompetenceløft.

I enkelte regioner er kompetenceudvikling et politisk indsatsområde, som så er beskrevet i en særlig delaftale. I disse aftaler er der fokus på udarbejdelse af en model for tværsektoriel kompetenceudvikling.

#### **Inddragelse af brugere**

Dialogen med borgerne er et fokusområde i sundhedsaftalerne. Der er generelt sket en positiv udvikling på området – blandt andet ved etableringen af informationsportaler –

men der er fortsat behov for udvikling. Tydelig kommunikation og dialog med alle relevante borgere og patientgrupper er en forudsætning for sammenhængende patientforløb.

#### **Håndtering af uenigheder**

Håndtering af uenigheder indgår i enkelte aftaler på området om behandlingsredskaber og hjælpemidler. Nogle regioner har valgt at beskrive en generel håndtering af uenigheder. Generelt lægges der op til at løse uenigheder i eget regi.

#### **3.3.6 Målgrupper**

Sundhedsaftalerne skal omfatte alle borgere/patienter som har et forløb på tværs af sektorer. Den generelle aftale skal således være så bred, at den omfatter alle problemstillinger, som er relevante for disse borgere/patienter.

I sundhedsaftalerne for 2011-2014 har parterne udover de generelle aftaler også fastlagt udarbejdelsen af en række samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer for konkrete patientgrupper. Disse aftaler håndterer ofte de mere specifikke problemstillinger, som er i forhold til en konkret patientgruppe.

#### **Den ældre medicinske patient**

Den ældre medicinske patient var i førstegenerationsaftalerne målgruppe for et særligt indsatsområde, når det handlede om udskrivning fra sygehus. Dette blev ændret i revisionen af bekendtgørelse og vejledning.

De generelle aftaler har fortsat fokus på denne målgruppe, herunder både samarbejdet i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb samt samarbejdet med henblik på at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser. Den ældre medicinske patient er derudover et særligt fokusområde i flere af de politiske aftaler, men der er ikke udarbejdet specifikke samarbejdsaftaler for målgruppen. Dog er der i flere regioner udarbejdet forløbsprogrammer for mennesker med demens.

#### **Patienter med kronisk sygdom**

Patienter med kronisk sygdom er i høj grad omfattet af aftalen om forebyggelse og sundhedsfremme, I nogle regioner er der udarbejdet særlige samarbejdsaftaler for patienter med kronisk sygdom, men i alle regioner er der fastlagt udarbejdelsen af forløbsprogrammer.

#### **Børn og unge**

Generelt er der i alle aftaler beskrevet samarbejdet mellem sygehus og kommune i forhold til børn og unge med sindslidelser (er et selvstændigt krav). Samarbejdet mellem sygehus og kommune er imidlertid ikke særligt velbeskrevet, når det handler om somatisk syge børn. Således er børn og unge med kronisk sygdom og/eller nedsat funktionsevne af anden årsag beskrevet sparsomt.

Samarbejdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste bør i henhold til vejledningen indgå i indsatsområdet om forebyggelse og sundhedsfremme, men er kun sparsomt beskrevet i de konkrete aftaler.

#### **Gravide, samt nyfødte og deres forældre**



Gravide, nyfødte og deres forældre er beskrevet i vejledningen som en målgruppe, som aftalen på indsatsområdet 'Indlæggelses og udskrivningsforløb' skal omfatte.

Samarbejdet omkring denne målgruppe er beskrevet i alle aftaler. I nogle aftaler indgår særlige samarbejdsaftaler, mens det indgår i den generelle aftale andre steder. I flere regioner er der særligt fokus på sårbare gravide.

#### **Personer (både børn, unge og voksne) med hjerneskade (medfødt + erhvervet)**

Enkelte regioner har udarbejdet forløbsprogram/samarbejdsaftale i forhold til mennesker med erhvervet hjerneskade.

En enkelt region har udarbejdet en samarbejdsaftale i forhold til udviklingshæmmede.

#### **Socialt udsatte grupper**

Der er ikke udarbejdet særlige samarbejdsaftaler, forløbsprogrammer m.m. for socialt udsatte grupper, men under de enkelte indsatsområder indgår indsatser for specifikke grupper.

#### **Personer med flere samtidige sygdomme**

En enkelt region har beskrevet et særligt fokus på denne målgruppe.

### **3.3.7 Aktører**

#### **Sygehusene**

Sygehusene har en central placering i det lokale samarbejde omkring sundhedsaftalerne. Således er der i alle regioner nedsat samordningsudvalg omkring de enkelte sygehusområder/klynger, og dette samarbejde afspejler sig i de lokale aftaler. Den stigende specialisering samt det frie valg betyder imidlertid, at patienterne i stigende grad modtager behandling udenfor eget sygehusområde. Dette forhold er kun i begrænset omfang håndteret i sundhedsaftalerne og vil være en udfordring i det kommende samarbejde.

Sundhedsaftalerne taler generelt om sygehuset og differentierer kun i begrænset omfang mellem de forskellige afdelinger, der skal håndtere specifikke problemstillinger. I nogle tilfælde omtales dog behandlingssteder m.m., som har specifikke kompetencer, og som derfor skal varetage konkrete problemstillinger.

Der er således ved implementeringen af aftalerne behov for fokus på, at alle relevante afdelinger får kendskab til aftalerne.

#### **Kommunerne**

Sundhedsaftalerne er generelle og taler generelt om kommunen. Afhængigt af de enkelte indsatsområder er der dog fokus på eksempelvis hjemmeplejen, genoptræningscentre, hjælpemiddelcentraler, sundhedscentre og psykosociale tilbud. Det er i mindre grad tydeligt, om eksempelvis sociale botilbud vil have kendskab til aftalen.

Enkelte kommuner tilhører flere klynger, hvilket afspejler sig i deres lokalaftale.

Der er ved implementeringen af aftalerne behov for fokus på, at alle relevante forvaltninger og tilbud får kendskab til aftalerne.

## Almen praksis

Sundhedsaftalerne afspejler en generel øget integration af almen praksis, men der er nogen variation på tværs af regionerne. Almen praksis' ansvar i forhold til det konkrete indsatsområde er således beskrevet i alle sundhedsaftaler.

I en region er der fastlagt en fælles praksiskonsulentordning mellem regioner og kommuner, ligesom der er fastlagt en aftale om honorering af praktiserende behandleres deltagelse i tværsektorielle samarbejds- og udviklingsaktiviteter. Ligeledes er der fokus på kommunikationen mellem almen praksis og de øvrige aktører.

I nogle aftaler er der fastlagt udarbejdelse af en særlig plan for implementering målrettet almen praksis, ligesom der i nogle aftaler er fastlagt et ansvar for at understøtte almen praksis i at varetage konkrete elementer af aftalen. Generelt skønnes der imidlertid fortsat behov for fokus på det konkrete samarbejde med almen praksis i implementeringen af aftalerne.

## Den øvrige praksissektor

Den øvrige praksissektor er meget lidt inddraget i aftalerne. På indsatsområdet i forhold til mennesker med sindslidelser er de praktiserende psykiatere nævnt i enkelte aftaler, men ellers er de ikke involveret.

I forløbsprogrammer i forhold til lænderyg-symptomer er fysioterapeuter og kiropraktorer dog involveret nogle steder.

## Private sygehuse og andre private aktører

I alle aftaler er teksten fra vejledningen gentaget, nemlig at sundhedsaftalen også omfatter private sygehuse og andre private aktører i det omfang, at de leverer offentligt finansieret behandling. Derudover beskriver den, at det er de enkelte parter, som er ansvarlige for at dette sker.

## 3.4 Konferencen om sundhedsaftalerne, oktober 2011

Knap 400 personer deltog d. 11. oktober på Sundhedsstyrelsens konference om sundhedsaftalerne, hvor implementering af aftalerne og opfølgning på aftalernes effekt var særligt i fokus. I dette afsnit er en kort sammenfatning af konferencens indhold. En mere uddybet beskrivelse findes i bilag 3: *Konferencerapport, Implement, december 2011*.

Konferencen bestod af en kombination af plenumoplæg, og -debat samt parallelsessioner med inspirationsoplæg blandt andet indenfor hvert af de seks obligatoriske temaer i sundhedsaftalerne.

Den internationale inspiration kom fra Skotland v. Social- og sundhedsdirektør Peter Gabbitas, hvor man på baggrund af en entydig erkendelse af, at den eksisterende måde at løse sundhedsopgaverne ikke er bæredygtig på grund af den demografiske udvikling, satser målrettet på at opbygge det nære sundhedsvæsen og sikre en tydelig integration mellem sektorerne.

Der var også inspiration fra Danmark til, hvordan man kan etablere egentlige integrerede løsninger på sundhedsområdet. Eksemplet kom fra Silkeborg Kommunes og Region Midtjyllands fælles etablering af Psykiatriens Hus. Kirsten Slumstrup, Silkeborg Kommune og Bent Richelsen, Regionspsykiatrien i Silkeborg beskrev i deres fælles oplæg, hvordan man ved at overkomme forskellighederne mellem sektorerne og levere en integreret indsats kan opnå gode resultater for mennesker med sindslidelser.

Sundhedsstyrelsen v. vicedirektør Dorte Thrige gav derudover en status for arbejdet med sundhedsaftalerne, herunder at der i første generation har været særligt fokus på organiseringen af arbejdet, mens der i anden generation er mere fokus på implementering og til dels på opfølgning. For så vidt angår opfølgning har Sundhedsstyrelsen siddet for bordenden for et arbejde med udvikling af en række nationale indikatorer for arbejdet, som har til formål at understøtte den lokale opfølgning. Arbejdet forventes afsluttet snarest.

En af de gennemgående udfordringer for, at sundhedsaftalerne kan bidrage til øget sammenhæng i sundhedsvæsenet er den begrænsede involvering af og forpligtende samarbejde med almen praksis i arbejdet med udvikling og implementering af aftalerne. Et oplæg v. direktør Bente Graversen havde derfor fokus på gode erfaringer med et forpligtende samarbejde med almen praksis. Den væsentligste pointe var her, at det er nødvendigt at sikre, at samarbejdet også foregår med respekt for de præmisser, de praktiserende læger er underlagt.

Seniorforsker Sidsel Vinge gav derudover sit bud på, hvad der skal til for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet. Hovedpointen var, at der skal ledelse til! Sundhedsaftalerne er og bliver papir med en masse gode hensigter og visioner, men nu skal fokus ændres til at skabe ændring af praksis. Det kræver en massiv ledelsesmæssig indsats, og en masse mod fra lederne indenfor de enkelte sektorer.

Udover plenumoplæggende var der i alt 12 parallelsessioner på konferencen, som rettede sig mod at give deltagerne mulighed for at udveksle ideer, erfaringer og gensidigt inspirere til nytænkning indenfor de specifikke spor og de seks obligatoriske temaer. En lang række personer, som fremgår nedenfor, gav inspirationsoplæg som grundlag for dialog og interaktion på sessionerne.

## Indlæg på parallelsessionerne

<b>Implementering</b> v. <b>Anne-Mette Termansen, Implement</b>	Samarbejde om indlæggelser og udskrivinger v. Anne Marie Folmann, Helsingør Kommune og Bente Drachmann Jørgensen, Helsingør Hospital
<b>Nationale indikatorer</b> v. <b>Dorte Johansen og Kristoffer Lande Andersen, Sundhedsstyrelsen</b>	Genoptræningsforløbsbeskrivelser v. Morten Østergaard, Bispebjerg Hospital
<b>Opfølgning i praksis</b> v. <b>Kjeld Martinussen, Region Midtjylland</b>	Afklaringskatalog for hjælpemidler og behandlingsredskaber v. Lene Lange, Hospitalsenheden Vest
<b>Patientuddannelse</b> v. <b>Lea Dunkerley, Komiteen for Sundhedsoplysning</b>	Forebyggelse og sundhedsfremme v. Alice Morsbøl, Region Nordjylland
<b>Sammenhængende forløb for kronikere</b> v. <b>Ib Haurum, Region Hovedstaden</b>	Socialpsykiatrisk forebyggelsesteam v. Claus Hejlskov Jørgensen
<b>Tværasektoriel hjerterehabilitering</b> v. <b>Annette Kring, Vejle Kommune</b>	Forebyggelse af utilsigtede hændelser v. Liv Nørregaard Skøt, Region Sjælland
<b>Incitamenter</b> v. <b>Arne Nikolajsen, Esbjerg Kommune</b>	
<b>Kommunikation på tværs</b> v. <b>Per Busk, Region Syddanmark</b>	

### 3.5 Opfølgning på og monitorering af sundhedsaftalerne

I dette afsnit beskrives regioner og kommuners arbejde med opfølgning på sundhedsaftalerne, samt Sundhedsstyrelsens arbejde med at udvikle nationale indikatorer.

#### 3.5.1 Arbejdet med opfølgning og indikatorer frem til 2010

Implement Consulting Group har på vegne af Sundhedsstyrelsen gennemført en af-dækning af allerede anvendte indikatorer i relation til opfølgning på sundhedsaftalerne lokalt, samt regioners, kommuners og almen praksis' ønsker til lokale og nationale indikatorer. Kortlægningen er primært baseret på fokusgruppeinterviews gennemført i sommeren 2010 med 139 repræsentanter fra landets regioner og kommuner samt almen praksis.

Der gives et kort resume af rapporten her. En mere uddybet beskrivelse findes i bilag 4: *Opfølgning og indikatorer, Implement, september 2010*.

Først i den sidste del af første aftaleperiode (første generation) har der været ressourcer i regioner og kommuner til at arbejde med implementering og udarbejdelse af nye aftaler (anden generation). Man har derfor haft mindre fokus på opfølgning, og der er stor geografisk variation og variation på tværs af indsatsområderne i forhold til, hvor

langt arbejdet er nået, både med opfølgning generelt og opfølgning på baggrund af indikatorer.

Som primær udfordring for monitorering og opfølgning nævnes fra alle regioner undtagen Syddanmark, at der mangler fælles it-løsninger for primær og sekundær sektor. Man skeler derfor de fleste steder til audit som metode til at opnå den nødvendige information til opfølgning og læring.

For hovedparten af landet ser man de lokale samordningsudvalg/koordinationsudvalg som de rette ejere af monitoreringen, idet disse ses som værende dem, der skal anvende monitorering som læring og som værktøj med henblik på at rette fokus på løsning af konkrete problemstillinger i dagligdagen.

Inden for 'Indlæggelses- og udskrivningsforløb', 'Indsatsen over for mennesker med sindslidelser' og til dels 'Træningsområdet' er der generelt opmærksomhed på opfølgning, og indikatorer er enten allerede i anvendelse eller under udvikling og implementering. For de øvrige indsatsområder er der fortsat et stort udviklingspotentiale.

Generelt er der på det helt grundlæggende plan fortsat et behov for at etablere fælles ledelsesinformation på tværs af sektorerne. Generelt er det således indtrykket, at der på landsplan fortsat er et relativt stort uudnyttet potentiale i de eksisterende registreringer.

Blandt interviewpersonerne ses en betydelig uenighed om ønskerne til anvendelsen af nationale indikatorer, som sandsynligvis skyldes, at man er forskellige steder i arbejdet med sundhedsaftalerne i de fem regioner og tilhørende kommuner, men også som nævnt, at indsatsområderne er på forskellige steder i relation til opfølgning.

Selvom der som nævnt er variation på tværs af regioner og indsatsområder, er det Implements generelle indtryk, at de fleste interviewdeltagere ønsker, at der i videst mulige omfang arbejdes med de samme indikatorer på tværs af landet.

Nogle interviewpersoner ønsker derudover også muligheden for national sammenligning, som det bl.a. er sket i rapporten "Monitorering af genoptræningsområdet", som fremhæves af mange interviewpersoner som en nyttig inspirator til samarbejdet på genoptræningsområdet.

### 3.5.2 Opfølgning og indikatorer i sundhedsaftalerne 2011-2014

Sundhedsstyrelsen har gennemgået sundhedsaftalerne for 2011- 2014 og udarbejdet denne status over opfølgning og indikatorer i aftalerne.

I sundhedsaftalerne for 2011 – 2014 er der i grundaftalerne og på alle indsatsområde beskrevet, hvordan man vil følge op på aftalerne. Opfølgningen og herunder konkret brug af indikatorer og øvrige opfølgningssinstrumenter er beskrevet og operationaliseret i forskellig grad i de enkelte aftaler. Der er igangsat mange konkrete opfølgningsinitiativer, men der er fortsat behov for at udvikle dette område.

Opfølgningen knytter sig generelt til grundaftalerne og er derfor ens indenfor de enkelte regioner. I nogle regioner har man samlet aftalerne om opfølgning i én delaftale, mens man i andre har beskrevet emnet under de enkelte indsatsområder. Der er generelt en sammenhæng mellem de politiske aftaler og den fastlagte opfølgning.

Målgruppen for data er dels de administrative styregrupper og sundhedskoordinationsudvalgene, og dels samordningsudvalgene, som de fleste steder er tillagt et stort ansvar i forhold til den løbende opfølgning.

Opfølgningen bygger generelt på data fra Landspatientregisteret (LPR), Landsdækkende Undersøgelser af Patienttilfredsheden (LUP), Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse for psykiatri og Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), samt på data genereret lokalt (regionalt/kommunalt). I den forbindelse har nogle regioner besluttet at følge op på en konkrete delaftaler ved specifikke nye registreringer.

I nogle regioner er det derudover planlagt at gennemføre journalaudits på konkrete områder med henblik på at vurdere sammenhængen i patientforløbet, ligesom én region har planlagt en årlig vurdering af deres information til borgere og professionelle.

På indsatsområdet 'Indlæggelses- og udskrivningsforløb' har man i alle aftaler fokus på data om varslingsfrister, færdigbehandlede patienter og patienttilfredshed, og i de fleste regioner også på forebyggelige (gen)indlæggelser. Derudover er der fokus på implementeringen af Medcom standarder samt brugen af elektronisk kommunikation. Andre emner er fx kvalitet i epikriser, andel af ajourførte medicinlister ved udskrivelsen og ammefrekvens.

På indsatsområdet om 'Indsatsen for mennesker med sindslidelser' er der ligeledes fokus på antal færdigbehandlede, indlæggelsestid samt patienttilfredshed. Derudover er der fokus på de returnerede henvisninger, herunder både antal og årsag, samt på brugen af udskrivningssamtaler og koordinationsplaner.

På indsatsområdet 'Træningsområdet' har man i alle aftaler fokus på data om antal genoptræningsplaner, samt fordelingen mellem specialiseret og almen genoptræning. En region har valgt at se på, om udvalgte patientgrupper får en genoptræningsplan.

På indsatsområdet 'Behandlingsredskaber og hjælpemidler' er der meget få og ingen gennemgående indikatorer og generelt bygger man opfølgningen på tilfredshed i LUP'en samt på stikprøveundersøgelser af konkrete forløb.

På indsatsområdet 'Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse' er der ligeledes meget få og ingen gennemgående indikatorer, og alle steder opfatter man dette som et udviklingsområde, som skal håndteres i den aktuelle aftaleperiode. Sundhedsprofilerne nævnes dog som et vigtigt værktøj i den fortsatte opfølgning på området.

Indsatsområdet 'Opfølgning på utilsigtede hændelser' er nyt, og opfølgning på dette bygger primært på registreringer i Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

### 3.5.3 Arbejdet med udvikling af indikatorer

I det følgende resumeres processen bag udviklingen af indikatorer til opfølgning på sundhedsaftalerne samt resultatet af udviklingsarbejdet i form af 13 udvalgte indikatorer.

Den samlede beskrivelse findes i bilag 1, *Monitorering af sundhedsaftalerne, Sundhedsstyrelsen, december 2011*.

### **Tværasektoriel arbejdsgruppe**

Sundhedsstyrelsen har - bistået af en bredt sammensat arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommuner, regioner og almen praksis - gennemført udviklingsarbejdet specifikt i forhold til indikatorerne.

Arbejdsgruppen afholdte i perioden medio 2010 til primo 2011 i alt tre møder. Herefter blev de foreslåede indikatorer overleveret og behandlet i den overordnede følgegruppe til evalueringen bestående af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, PLO, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Sundhedsstyrelsen.

### **Kriterier for udvælgelse af indikatorer**

Udgangspunktet for monitoreringen er, at sundhedsaftalerne skal bidrage til at skabe større sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorerne til gavn for borgere/patienter. Monitoreringen skal derfor belyse tværasektorielle forhold ud fra sundhedsfaglige, organisatoriske og patientrelaterede perspektiver. Samtidig er det formålet at få viden om resultaterne på tværs af landet som supplement til de lokale data, der i forvejen findes.

Indikatorerne til opfølgning på sundhedsaftalerne skal således være:

- Nationale (data dækker alle landets regioner og kommuner)
- Tværasektorielle (belyse indsatser og resultater i flere sektorer)
- Baseret på eksisterende data (forudsætter ingen nye registreringer)
- Monitorerbare over tid (tilbagevendende)
- Belysende af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder

De udvalgte indikatorer opfylder alle kriterier.

Der blev undervejs i udviklingsarbejdet identificeret flere indikatorer end de 13, der er endt med at blive udvalgt. De indikatorer, som ikke blev udvalgt, vurderedes ikke at leve op til ovenstående kriterier.

Nogle af de indikatorer, der ikke fandt vej til rapporten i første omgang, vil dog eventuelt på et senere tidspunkt kunne finde anvendelse. Eller de vil kunne finde anvendelse lokalt. Derfor er de også medtaget i rapporten.

### **De 13 udvalgte indikatorer**

13 indikatorer vurderes alle at kunne monitorere/følge op på effekten af sundhedsaftalerne og således understøtte kommuner og regioner i planlægningen af den tværasektorielle sundhedsindsats.

De udvalgte indikatorer er følgende:

- Patientoplevelt samarbejde og kommunikation mellem hospital og kommune ved udskrivelse

- Patientoplevelt samarbejde og kommunikation mellem hospital og almen praksis ved udskrivelse
- Rettidig fremsendelse af epikrise til praksissektor
- Implementering af MedComs 7 sygehusstandarder
- Forebyggelige indlæggelser
- Forebyggelige genindlæggelser
- Færdigbehandlede somatiske patienter
- Ventetid til udredning i børne- og ungepsykiatrien
- Genindlæggelser indenfor psykiatrien
- Færdigbehandlede psykiatriske patienter
- Antal genoptræningsplaner fordelt på diagnose, kommune og hospital
- Fordeling af almene og specialiserede genoptræningsplaner
- Ventetid til genoptræning.

### **De 13 indikatorer og seks obligatoriske indsatsområder**

Arbejdsgruppen har bestræbt sig på at identificere indikatorer til opfølgning på resultaterne af sundhedsaftalerne indenfor alle seks obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne.

De 13 udvalgte indikatorer falder dog primært indenfor tre af de seks obligatoriske indsatsområder. De tre indsatsområder er 'Indlæggelses- og udskrivningsforløb', 'Træningsområdet' og 'Indsatsen for mennesker med sindslidelser'.

Enkelte indikatorer indeholder imidlertid information på flere indsatsområder. Eksempelvis belyser indikatorerne 'Forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser' både indsatsområdet 'Indlæggelses- og udskrivningsforløb' og indsatsområdet 'Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse'.

For de to indsatsområder 'Behandlingsredskaber og hjælpemidler' samt 'Opfølgning på utilsigtede hændelser' har det ikke været muligt for arbejdsgruppen at identificere egnede indikatorer.



## 4 Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:**        **Monitorering af sundhedsaftalerne, Sundhedsstyrelsen, december 2011**
- Bilag 2:**        **Konferencerapport, Implement, december 2011**
- Bilag 3:**        **Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger, Implement, december 2010**
- Bilag 4:**        **Opfølgning og indikatorer, Implement, september 2010**
- Bilag 5:**        **Sundhedsstyrelsens godkendelsesbrev til regioner og kommuner dateret den 29. marts 2011**
- Bilag 6:**        **Projektbeskrivelse for Sundhedsstyrelsens evaluering**

Alle bilag kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, [www.sst.dk](http://www.sst.dk)