

Ministeren for sundhed og forebyggelse

Folketingets Sundhedsudvalg



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

Slotsholmsgade 10-12  
DK-1216 København K  
Tlf. +45 7226 9000  
Fax. +45 7226 9001  
E-mail [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
Hjemmeside [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

./.  
Vedlagt fremsendes til Sundhedsudvalgets orientering kopi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses redegørelse af 26. juni 2009 til statsrevisorerne vedr. beretning nr. 7/2008 om sammenhængende patientforløb.

Dato: 16. juli 2009  
Sags nr.: 0905532  
Dok nr.: 69264

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen

/

Emil Niragira Rasmussen

Statsrevisorernes Sekretariat  
Christiansborg  
1240 København K



Slotsholmsgade 10-12  
DK-1216 København K  
Tlf. +45 7226 9000  
Fax. +45 7226 9001  
E-mail [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
Hjemmeside [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

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

I brev af 26. februar 2009 har Statsrevisorerne anmodet Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om en redegørelse vedr. beretning nr. 7/2008 om sammenhængende patientforløb.

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

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

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

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

København, den 26. juni 2009

Sags nr.: 0905532

Dok nr.: 67816

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

Det er i øvrigt ministeriets vurdering, at de foreløbige erfaringer med sundhedsaftalerne er positive. Der er i kommuner og regioner gjort et stort arbejde for at få de nye samarbejdsinitiativer implementeret og for at styrke dialogen på tværs.

Ministeriet kan ligeledes oplyse, at ministeriet for øjeblikket er i færd med at revidere bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006), bl.a. som følge af en udvidelse af patientsikkerhedsordningen. Tilsvarende er Sundhedsstyrelsen på baggrund af erfaringerne med de første sundhedsaftaler i færd med at udarbejde en revideret vejledning på området i dialog med kommuner og regioner. Et af de elementer, som vil blive styrket i Sundhedsstyrelsens vejledning, er opfølgningssdelen.

Endelig kan ministeriet oplyse, at de næste sundhedsaftaler skal indgås i 2010.

Et andet væsentligt initiativ til at sikre sammenhængende patientforløb er forløbsprogrammer for kronisk syge. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan i den forbindelse oplyse, at ministeriet indenfor de nærmeste dage offentliggør en plan for udmøntning af 590 mio. kr. til en forstærket indsats for kronisk syge i regi af regioner, kommuner og stat. Det sker som led i regeringens kvalitetsreform, finanslovsaftalen med Dansk Folkeparti og Liberal Alliance og økonomiaftalerne for 2009 og 2010. Midlerne er afsat til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer samt til patientundervisning og programmer for egenbehandling for kronisk syge. Bedre forløb for patienter med kroniske sygdomme er også centralt for udviklingen og kvalitetssikringen af behandlingen af ældre, medicinske patienter.

Planen vedrører den 3-årige periode 2010-2012. Udmøntningen af midlerne til regioner og kommuner sker med afsæt i ansøgningspuljer, der tager sigte på at sikre mest mulig sundhed for pengene gennem fastsatte formål, tildelingskriterier og dokumentationskrav. Ifølge planen skal de statslige opgaver i forhold til udvikling, videndeling og monitorering af indsatsområdet varetages i regi af Sundhedsstyrelsen.

Det bemærkes, at det bl.a. er hensigten med initiativet at fremme sammenhængende patientforløb på tværs i sundhedsvæsenet for patienter med kronisk sygdom.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ministeriet kan endelig oplyse, at vilkår og honorarer for de alment praktiserende lægers arbejde, herunder vilkår om samarbejde, fastlægges i regi af overenskomstsyste- met. Landsoverenskomst om almen lægegerning aktuelt er til forhandling mellem overenskomstparterne på området, Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation.

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

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

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

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

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

Tilsvarende vil ministeriet gerne fremhæve den Personlige Elektroniske Medicinprofil og det Fælles Medicinkort, som også er fremhævet i Rigsrevisionens beretning.

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

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

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

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

Arbejdsgruppen bemærker på den baggrund, at det er et ledelsesmæssigt ansvar at udvide effektive patientforløb, og at DRG-systemet skal understøtte dette. DRG-systemet dækker således som udgangspunkt alene aktiviteter, der foregår i regi af sygehusvæsenet, og som udgangspunkt inden for sygehusets fysiske rammer,

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

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

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen