

## Evaluering af sundhedsaftalerne – Notat



Dato 15.02.2012

Sagsbehandler Kristoffer Stegeager

Tel. +45 7841 2202

kristoffer.stegeager@stab.rm.dk

Side 1

### 1. Indledning

Dette notat sammenfatter den evaluering af sundhedsaftalerne, som Implement Consulting Group har foretaget for Sundhedsstyrelsen i perioden 2010 – 2011. Notatet er opbygget som følger:

- Afsnit 2 fremlægger Sundhedsstyrelsens vurderinger og anbefalinger til det fremtidige arbejde med sundhedsaftalerne.
- Afsnit 3 præsenterer de 13 indikatorer, der i fremtiden skal anvendes til monitorering af sundhedsaftalerne, som er udviklet i forbindelse med evalueringen.
- Afsnit 4 præsenterer den konference, der blev afviklet i oktober 2011, under titlen "*Sundhedsaftalerne – Implementering og opfølgning*".
- Afsnit 5 præsenterer den overordnede vurdering af sundhedsaftalernes effekt.
- Notatet afsluttes med en fortegnelse over bilag.

### 2. Konklusioner og anbefalinger

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at bekendtgørelsens krav til de 6 indsatsområder medvirker til, at opprioritere samspillet mellem hospitaler og kommuner i sundhedsaftalearbejdet på bekostning af samspillet med almen praksis.

Endvidere præsenterer bekendtgørelsen en sekventiel forståelse af patientforløbet, hvilket er problematisk, i en tid, hvor borgeren/patienten modtager flere simultane behandlinger/serviceydelser fra region og kommune. Patientforløbet i bekendtgørelsen bør derfor reformuleres i et mere synkront perspektiv.

På baggrund af denne vurdering er det Sundhedsstyrelsen overordnede anbefaling ift. sundhedsaftalerne at:

- i. *"At bekendtgørelse og vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler revideres med henblik på næste generation af sundhedsaftalerne.*
- ii. *At det forud for revisionen afklares, hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen."* (Bilag 1: 6)

Med udgangspunkt i evalueringen er Sundhedsstyrelsen fremkommet med en række vurderinger og anbefalinger, som dels hidrører de seks obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne dels omhandler fremtidige fokusområder i arbejdet med næste generation af sundhedsaftalerne.

## **2.1 Indlæggelses- og udskrivningsforløb**

Selvom der overordnet set er sket store fremskridt på dette indsatsområde, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der fortsat er behov for at fokusere på indlæggelses- og udskrivningsforløb i sundhedsaftalearbejdet. En central opgave er at videreudvikle det tværsektorielle samarbejde omkring forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser. Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne er særlig vigtigt i denne sammenhæng. Der er ligeledes behov for at udvikle et fælles begrebsapparat, der gør det lettere at udveksle erfaringer og sammenligne resultater på tværs af sektorer (Bilag 1: 27).

## **2.2 Træningsområdet**

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at den fortsatte udvikling af Træningsområdet hensigtsmæssigt kan inddrage samarbejdet mellem almen praksis og kommunen om borgere med træningsbehov. Endvidere er det Sundhedsstyrelsens anbefaling at aftaleparterne fokuserer på 'odd cases' i arbejdet med 3. generation af sundhedsaftalerne. Eksempler kunne være:

- Borgere som ikke har været indlagt, men har et træningsbehov.
- Borgere/patienter, som ikke er omfattet af snitfladekatalogerne.
- Borgere/Patienter som ikke tilhører de grupper, der traditionelt har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus (Bilag 1:28).

## **2.3 Behandlingsredskaber og hjælpemidler**

Sundhedsstyrelsen har ikke egentlige anbefalinger til indsatsområdet vedrørende behandlingsredskaber og hjælpemidler. Dog modtager Sundhedsstyrelsen fortsat en del henvendelser vedrørende rådgivning fra hospitaler og kommuner om præcisering og fastlæggelse af

betalingsansvaret. Kortlægningen af sundhedsaftlearbejdet viser, at der blandt interviewpersonerne hersker enighed om at "afgrænsningscirkulæret er for upræcist og svært at arbejde med, og at man ønsker sig en revision" (Bilag 4: 41).

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

Evalueringen påviser, at der findes mange gode eksempler på tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling blandt andet som led i regionernes rådgivnings-forpligtigelse fx "fælles skolebænk". I den forbindelse udgør sundhedsaftalerne nærmest et konkret planlægningsværktøj (Bilag 1: 29).

Det er dog Sundhedsstyrelsens vurdering at:

Side 3

- Der fortsat er et udviklingspotentiale i at tydeliggøre indholdet vedr. dialogen mellem den konkrete patient og aktørerne.
- At systematisk screening og registrering af patientrelaterede risikofaktorer med fordel kan udbygges i de fremtidige sundhedsaftaler, så helheden sikres.
- At udsatte borger-/patientgrupper – herunder sindslidende – der ikke er omfattet af de etablerede forløbsprogrammer for kronisk sygdom, modtager en koordineret indsats.
- At de lokale aftaler videreudvikles med henblik på at synliggøre og sikre lokal forankring og tilpasning af aftalerne herunder at samarbejdet på forebyggelsesområdet mellem almen praksis og kommunerne udbygges (Bilag 1: 29).

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

Sundhedsaftalerne på indsatsområdet for mennesker med sindslidelser forsøger generelt at koordinere den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats.

Det er dog Sundhedsstyrelsens vurdering, at indsatsområdet fortsat indeholder en række uafklarede problemstillinger fx er det uklart, hvorvidt dobbeltdiagnosepatienter bliver hjulpet (Bilag 1: 30). Evalueringen viser således, at 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 (Bilag 1: 30). Denne problematik er særlig prægnant, da almen praksis og praktiserende speciallæger i psykiatri kun i begrænset omfang, indgår som aktører i sundhedsaftalerne.

Det er Sundhedsstyrelsens anbefaling, at der i næste generation af sundhedsaftalerne bør være fokus på samarbejdet mellem kommunerne og praksissektoren – eventuelt i form af 'shared care' med de psykiatriske afdelinger. 'Shared care' er således kun få steder

omtalt som fremtidig metode, men ikke som konkret behandlingsmulighed eller praksis.<sup>1</sup>

## 2.6 Opfølgning på utilsigtede hændelser

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der allerede i den aktuelle aftaleperiode er behov for at videreudvikle samarbejdet omkring utilsigtede hændelser indenfor de rammer, som sundhedsaftalerne udstikker (Bilag 1: 31).

## 2.7 Tværgående emner og fælles indsatsområder

Sundhedsstyrelsen fremkommer med en række vurderinger og anbefalinger vedrørende arbejdet med 3 generation af sundhedsaftalerne, som går ud over og på tværs af de obligatoriske indsatsområder. Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering:

- At der fortsat er behov for at holde fokus på koordinering af kapacitet, herunder drøftelse af konkrete tiltag, der kan sikre den daglige koordinering (Bilag 1: 31).
- At selvom der generelt er sket en positiv udvikling med hensyn til inddragelse af brugerne – blandt andet ved etablering af informationsportaler – så eksisterer der fortsat et behov for at udvikle dette område (Bilag 1:31).
- At den stigende specialisering af hospitalsvæsenet samt det udvidede frie sygehusvalg vil betyde, 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 fremtidige samarbejde (Bilag 1: 33).
- At det kan være problematisk, at sundhedsaftalerne behandler hospitalerne som en samlet enhed og undlader at differentiere mellem afdelinger og enheder, der skal håndtere specifikke problemstillinger: "Der er således ved implementeringen af aftalerne behov for fokus på, at alle relevante afdelinger får kendskab til aftalerne" (Bilag 1: 33).
- At der er behov for at udvikle nye løsninger med mere integreret samarbejde mellem praksissektoren, de kommunale tilbud indenfor alle relevante forvaltningsområder og sygehusvæsenets udgående funktioner, ambulante tilbud mm.
- At der er behov for at skabe større sammenhæng for patienter, som har et samtidigt ambulante behandlingsforløb i sygehusregi, et genoptrænings-/rehabiliterings-/palliations-/plejeforløb i kommunalt regi samt en løbende kontakt til praksissektoren. Arbejdet med forløbsprogrammerne har forstærket dette behov (Bilag 1: 16).
- At det – på tværs af indsatsområderne – er tydeligt, at medicinområdet udgør et væsentligt fælles indsatsområde i forhold til at skabe bedre og ikke mindst mere sikre forløb for patienterne (bilag 1: 25).

---

<sup>1</sup> Psykiatriens hus i Silkeborg nævnes i flere steder i evalueringen som et eksempel på 'shared care' indenfor psykiatrien (fx Bilag 3: 9).

På baggrund af ovenstående vurderinger fremkommer Sundhedsstyrelsen med følgende generelle visioner/anbefalinger til 3. generation af sundhedsaftalerne:

- i. Sundhedsaftalerne skal medvirke til at udvikle det borgernære sundhedsvæsen.
- ii. Alle relevante aktører herunder særligt den øvrige praksissektor skal inddrages i arbejdet med sundhedsaftalerne.
- iii. Alle relevante målgrupper skal være omfattet af den generelle aftale.
- iv. Sundhedsaftalearbejdet bør sikre den nødvendige fælles kompetenceudvikling fx i forbindelse med nye opgaver og opgaveoverdragelse.
- v. Sundhedsaftalerne skal understøtte implementeringen af nationale strategier og standarder for it-kommunikation med henblik på at sikre en ensartet udvikling over hele landet.
- vi. Sundhedsaftalearbejdet skal øge ejerskabet for alle aftaleparter samt afklare, hvorledes brugerne kan inddrages i arbejdet med sundhedsaftalerne (Bilag 1: 11).
- vii. Regionerne har ansvaret for – via Praksisudviklingsplanen – at tænke udviklingen af almen praksis i sammenhæng med de øvrige sektorer på sundhedsområdet (Bilag 1: 12).
- viii. Sundhedsstyrelsen skal undersøge muligheden for at give individualiserede tilbagemeldinger på de enkelte sundhedsaftaler (Bilag 1: 13).

### **3. Monitorering**

En selvstændig målsætning med evalueringen er udviklingen af en række indikatorer, der giver Sundhedsstyrelsen, regionerne og kommunerne mulighed for løbende at monitorere arbejdet med sundhedsaftalerne og sundhedsaftalernes effekt:

*“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 for regioner og kommuner mulighed for at monitorere egne resultater over tid og sammenligne med resultater på landsplan.” (Bilag 2: 5)*

Indikatorerne belyser tværsektorielle forhold ud fra sundhedsfaglige, organisatoriske og patientrelaterede perspektiver. De udgør således pejlemærker for det sammenhængende sundhedsvæsen. En tværsektoriel arbejdsgruppe har udviklet i alt 13 indikatorer.

Indikatorer	
1.	Patientoplevet samarbejde og kommunikation mellem hospital og kommune ved udskrivelse.
2.	Patientoplevet samarbejde og kommunikation mellem hospital og almen praksis ved udskrivelse.
3.	Rettidig fremsendelse af epikrise til praksissektor.
4.	Implementering af MedComs 7 sygehus-standarder.
5.	Forebyggelige indlæggelser.
6.	Forebyggelige genindlæggelser.
7.	Færdigbehandlede somatiske patienter.
8.	Ventetid til udredningen i børne- og ungepsykiatrien.
9.	Genindlæggelser indenfor psykiatrien.
10.	Færdigbehandlede psykiatriske patienter.
11.	Antal genoptrænings-planer fordelt på diagnose, kommune og hospital.
12.	Fordelingen af almene og specialiserede genoptræningsplaner.
13.	Ventetid til genoptræning.

De enkelte indikatorer er mere udførligt beskrevet i det vedlagte dokument *"Evaluering af sundhedsaftalerne – Oversigtsskema og indikatorer"*.<sup>2</sup> De 13 indikatorer falder primært indenfor tre af de seks obligatoriske indsatsområder hhv.:

- "Indlæggelses- og udskrivningsforløb"
- "Træningsområdet"
- "Indsatsen for mennesker med sindslidelse".

På indsatsområderne "Behandlingsredskaber og hjælpemidler" samt "Opfølgning på utilsigtede hændelser" har arbejdsgruppen ikke været i stand til at udvikle indikatorer, der opfylder de forhåndsdefinerede kriterier<sup>3</sup> (Bilag 1: 40). Med udgangspunkt i kriterierne fravalgte arbejdsgruppen 14 andre indikatorer.<sup>4</sup>

### 3.1 Det fortsatte arbejde med indikatorerne

Sundhedsstyrelsen vil en gang om året – første gang medio 2012 – publicere data for de udvalgte indikatorer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Primo 2012 udarbejder Sundhedsstyrelsen en

<sup>2</sup> For en metodiske diskussion af styrker og svagheder ved de enkelte indikatorer henvises til (Bilag 2: 19-38).

<sup>3</sup> Følgende kriterier udgjorde fundamentet for udviklingsarbejdet:

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

<sup>4</sup> For en oversigt henvises til (Bilag 2: 39-56).

beskrivelse af dataproduktionsprocessen i form af et årshjul, så regioner og kommuner på forhånd ved, hvornår data skal udleveres.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat udvikle egnede nationale og tværsektorielle indikatorer til monitorering af sundhedsaftalerne. Følgende initiativer er i opstartsfasen:

- Sammenkobling med de monitorerings- og udviklingsinitiativer, der er i gang indenfor forebyggelsesområdet fx SOFT (sundhedsfremme og forebyggelsestiltag), Datafangst i almen praksis, Monitorering af kronikerindsatsen og KOALA (Kvalitetssikring af KOL).
- Udbygning af de elektroniske beskeder i MedCom med statistiske dataopgørelser.
- Opsporing af indikatorer på de indsatsområder, hvor det endnu ikke har været muligt at finde nationale og tværsektorielle indikatorer fx via "Dansk Patient-Sikkerheds-Database 2".
- Forsøg med at supplere den "Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser" med kommunekoder.

#### **4. "Sundhedsaftalerne – Implementering og opfølgning."**

Som et selvstændigt element i evalueringen af sundhedsaftalerne afholdt Sundhedsstyrelsen en konference den 11. oktober 2011 under temaet "Sundhedsaftalerne – Implementering og opfølgning":

*"Konferencen havde særligt fokus på de gode eksempler på samarbejde og sammenhæng samt de implementeringsmæssige udfordringer, som planlæggere og praktikere har oplevet og fortsat oplever i arbejdet med sundhedsaftalerne, samt politikernes oplevelse af arbejdet i Sundhedskoordinationsudvalgene."* (Bilag 3: 2)

Konferencen havde tre formål:

- i. At inspirere til udvikling af nye løsninger, som kan bidrage til at sikre mere sammenhængende forløb for borgerne.
- ii. At skabe rammen for erfaringsudveksling mellem aktørerne i både region, kommuner og almen praksis – særligt i relation til udveksling af erfaring og viden om, hvilke indsatser der virker, og hvordan sundhedsvæsenet kan blive endnu bedre til at implementere løsninger på tværs af sektorer og organisatoriske enheder.
- iii. At skabe rammen for indbyrdes inspiration til yderligere udvikling af indikatorer for sundhedsaftalernes effekt.

Der var international inspiration ved Social og Sundhedsdirektør Peter Gabbitas, Edinburgh, der skitserede Skotlands målrettede satsning på at udvikle det nære sundhedsvæsen og skabe en tydelig tværsektoriel integration.

Fra Region Midtjylland præsenterede Bent Richlsen, Regionspsykiatrien i Silkeborg, arbejdet med "Psykiatriens hus", som et eksempel på et 'shared care' samarbejde mellem Region Midtjylland og Silkeborg Kommune (Bilag 3: 9f). Vicedirektør Kjeld Martinussen leverede inspiration på workshoppen om "Opfølgning på sundhedsaftalerne" ved at introducere til "Triple Aim" som grundlæggende metode for opfølgning på sundhedsaftalerne (Bilag 3: 15). Endvidere leverede Lene Lange inspiration til arbejdsgruppen om "Behandlingsredskaber og hjælpemidler."

Konferenceprogram					
<b>1. Velkomst</b> v. Dorte Trige, Vicedirektør i Sundhedsstyrelsen					
<b>2. Inspiration fra Skotland</b> v. Peter Gabbitas, Sundheds- og socialdirektør, Edinburgh					
<b>Spor 1</b> Implementering	<b>Spor 2</b> Opfølgning	<b>Spor 3</b> Sammenhængende forløb for kronikere	<b>Spor 4</b> Sundhedskoordination sudvalgene	<b>Spor 5</b> Design af nye løsninger	<b>Spor 6</b> Kommunikation på tværs
<b>3. Det gode samarbejde med almen praksis</b> v. Bente Graversen, direktør, Aalborg Kommune					
<b>4. Gode forløb for borgere med sindslidelse i samarbejde mellem hospital og kommune</b> v. Bent Richlsen, Regionspsykiatrien i Silkeborg og Kirsten Slumstrup, Silkeborg Kommune					
<b>Tema 1:</b> Indlæggelse og udskrivning	<b>Tema 2:</b> Træningsområdet	<b>Tema 3:</b> Behandlingsredskaber og hjælpemidler	<b>Tema 4:</b> Forebyggelse og sundhedsfremme	<b>Tema 5:</b> Indsatsen for mennesker med sindslidelse	<b>Tema 6:</b> Opfølgning på utilsigtede hændelser
<b>5. Opfølgning gennem nationale indikatorer</b> v. Dorte Thrige, Vicedirektør i Sundhedsstyrelsen					
<b>6. Sammenhængende forløb – Sundhedsaftalernes formål</b> v. Sidsel Vinge, Seniorprojektleder, DSI					

## 5. Kortlægning af arbejdet med sundhedsaftaler og vurdering af sundhedsaftalernes effekt

En central del af evalueringen består i en kortlægning og status på sundhedsaftalarbejdet på tværs af kommuner og regioner (hhv. bilag 4 og bilag 5). Kortlægningen indeholder endvidere en beskrivelse af sundhedsaftaleorganisationen i de fem regioner<sup>5</sup>, samt en beskrivelse af de monitoreringsredskaber, der allerede anvendes lokalt til opfølgning på sundhedsaftalerne.

Der er tale om en semistruktureret kortlægning, hvilket besværliggør systematisk sammenligning på tværs af regioner. I det vedlagte dokument "Evaluering af sundhedsaftalerne – Oversigtsskema og

<sup>5</sup> En beskrivelse af sundhedsaftaleorganisationen i Region Midtjylland forefindes i bilag 4 side 73-79.



*indikatorer.*” forefindes en liste over samtlige opslag der involverer Region Midtjylland. Som led i kortlægningen har man spurgt interviewpersonerne om sundhedsaftalernes overordnede effekt, hvilket præsenteres nedenfor.

### **5.1 Overordnet vurdering af sundhedsaftalernes effekt**

Sundhedsaftalerne har haft en positiv effekt i forhold til at styrke samarbejdet mellem regionerne og kommunerne. Havde der ikke været et nationalt krav om indgåelse af sundhedsaftaler, var regioner og kommuner tvunget til – i fællesskab – at opfinde et tilsvarende redskab. Sundhedsaftalerne ”tvinger [således] parterne til at sidde sammen og blive enige” (Bilag 4: 65).

Strukturreformen har medført et større behov for at få udvekslet erfaringer på tværs af kommuner og sygehuse samt skabe relationer på tværs. Sundhedsaftaleorganisationen har været med til at dække dette behov.

I de første fire år har der været fokus på forventningsafstemning parterne imellem. Nu er der enighed om, at tiden er kommet til, at aftalerne skal implementeres.

Sundhedsaftalerne synes at være et værktøj til at harmonisere på tværs og løfte indsatserne til et fælles niveau fx på tværs af regionens hospitaler og internt i de nye kommuner.

Som en kritik af sundhedsaftalerne anføres det, at samarbejdet er omfattende og tidskrævende. Endvidere er beslutningsprocesserne krævende og langsommelige:

*”Man kunne godt ønske at nogle ting på tværs af de fem regioner koordineres mere og gøres mere ensartet, så man lærer af hinandens erfaringer.” (Bilag 4: 65)*

## **6. Bilagsoversigt**

Bilag 1 (2012): *Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering.*

Bilag 2 (2012): *Monitorering af sundhedsaftalerne.*

Bilag 3 (2011): *Konferencerapport.*

Bilag 4 (2011): *Status for arbejde med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger.*

Bilag 5 (2011): *Opfølgning og indikatorer.*

Bilag 6 (2011): *Generisk brev vedrørende godkendelse af sundhedsaftalerne.*

Bilag 7 (2010): *Projektbeskrivelse – Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne 2010 – 2011.*