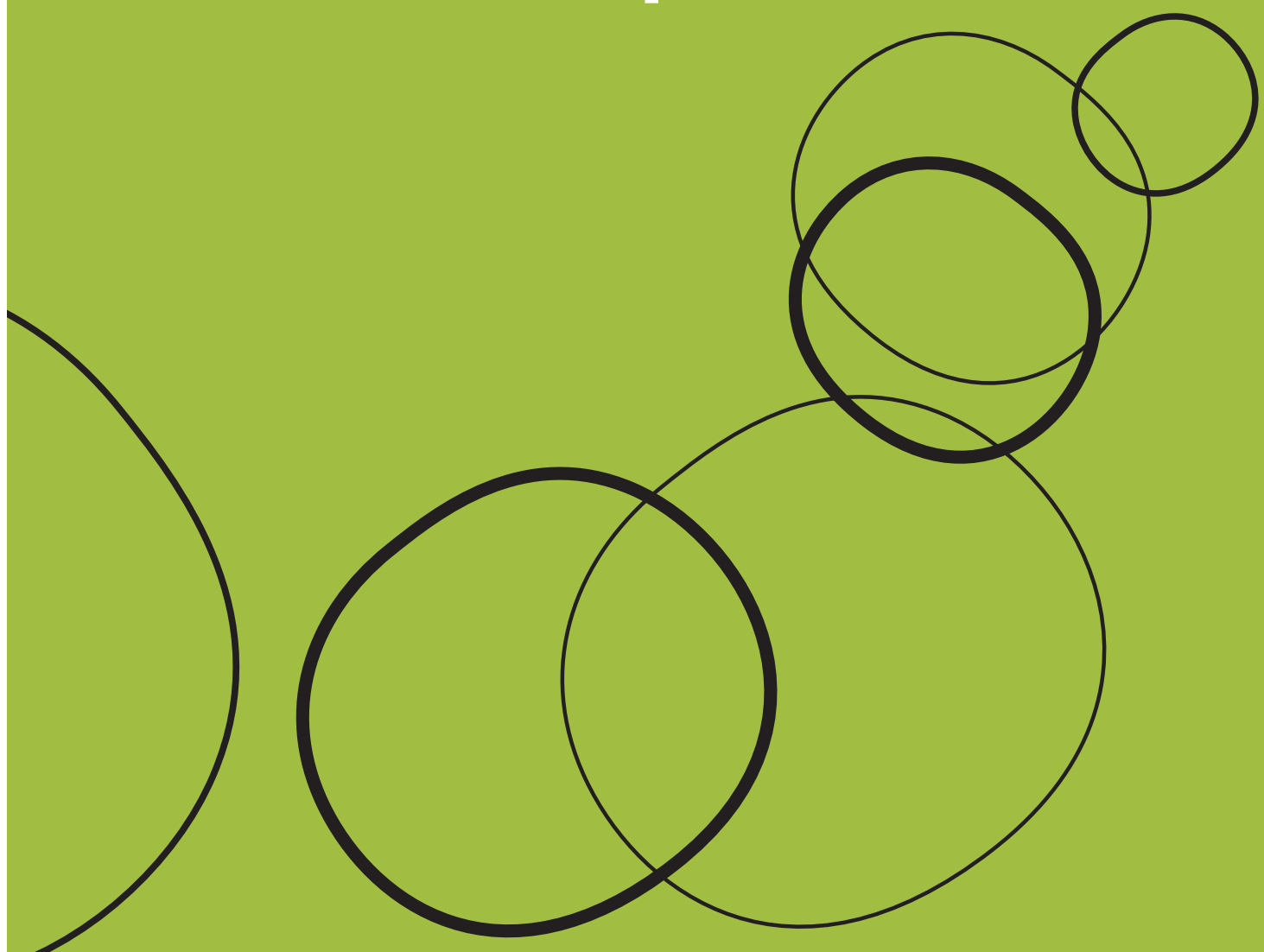


Regioner og kommuners samarbejde om ældre, medicinske patienter



"Regioner og kommuners samarbejde om ældre, medicinske patienter"
er udarbejdet for FOKUS af Karsten Vrangbæk

Redaktion: FOKUS sekretariatet

FOKUS – FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service – er et initiativ,
som skal styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i regioner og kommuner.

Copyright: 2011 FOKUS og forfatterne

Juni 2011

Layout: I♥SISTERBRANDT

ISBN nr. 978-87-90837-52-5

Rapporten kan downloades på FOKUS' hjemmeside: www.fokus-net.dk

Parterne bag FOKUS er:

KL

Danske Regioner

DSI – Dansk Sundhedsinstitut

AKF – Anvendt KommunalForskning

Frederiksberg Kommune

Københavns Kommune

KTO – Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte

Kommunaldirektørforeningen i Danmark

Regionsdirektørkredsen

FOKUS-udgivelserne handler om kvalitetsudvikling og henvender sig til ledere og medarbejdere,
som i praksis arbejder med kvalitetsudvikling, samt til politikere i regioner og kommuner.
De synspunkter, der bliver fremsat i udgivelserne, deles ikke nødvendigvis af alle parterne
bag FOKUS. FOKUS støtter udarbejdelsen af rapporter gennem en bevilling fra Det
Kommunale Momsfond.

Forord

Samarbejde og sammenhængende patientforløb er en stor udfordring for sundhedssystemet. Dette ses særligt tydeligt i arbejdet med ældre, medicinske patienter. Mange ældre, medicinske patienter lider af flere behandlingskrævende tilstande samtidig, og har behov for løbende pleje og social omsorg. Dette betyder gentagne kontakter til både regionale og kommunale behandlingsaktører, og det skaber vigtige udfordringer i forhold til kommunikation og koordination, så overgange og patientforløb bliver så velfungerende som muligt, og eksempelvis overmedicinering kan undgås.

Strukturreformen skulle skabe bedre kvalitet og sammenhæng i velfærdsydelserne gennem en klar arbejdsdeling mellem kommuner og regioner. På sundhedsområdet betød reformen, at en række funktioner blev overdraget til de større kommuner, og etableringen af lovpligtige samarbejdsrelationer mellem regioner og kommuner skulle styrke samarbejdet på området. Og hvordan er det så gået?

FOKUS har med afsæt i de ændrede rammer ønsket at undersøge væsentlige udfordringer for samarbejdet mellem kommuner og regioner om ældre, medicinske patienter.

Analysen konkluderer at sundhedsaftalerne fungerer som et redskab til dialog om udviklingen af samarbejdsrelationerne mellem sundhedsaktørerne. Aftalerne fjerner ikke alle uoverensstemmelser, men giver et godt udgangspunkt for at konkretisere indholdet i samarbejdsrelationerne. Analysen peger især på udviklingen af integrerede it-systemer og etablering af faste procedurer for kommunikation og samordning som et vigtigt skridt på vejen mod bedre og mere sammenhængende patientforløb for ældre, medicinske patienter.

FOKUS-analysen er udarbejdet af forskningsleder Karsten Vrangbæk fra AKF, Anvendt KommunalForskning.

Mette Wier, formand for FOKUS
Juni 2011

Indhold

1. Introduktion og problemstilling	5
1.1 Teoretisk for forståelse	6
1.2 Design, metode og afgrænsning	6
2. Ældre, medicinske patienter og udfordringer for sundhedsvæsenet	7
2.1 Definition af "den ældre, medicinske patient"	7
2.2 Den demografiske udvikling i befolkningen	8
2.3 Udfordringer for sundhedsvæsenet som følge af den demografiske udvikling	10
2.4 Behov hos ældre, medicinske patienter	12
3. Organisatoriske udviklingstendenser	16
4. Formelle rammer for kordinering	18
4.1 Sundhedsaftalesystemet	18
4.2 De økonomiske styringsrammer	23
4.3 Kulturelt baserede forskelle	25
5. Den empiriske analyse	29
5.1 Fokuspunkter i den empiriske analyse	29
5.2 Problemfelter og løsningstiltag. Eksempler fra de fem regioner	31
5.3 Generel vurdering af sundhedsaftaler som redskab for koordinering af arbejdet med ældre, medicinske patienter	42
6. Opsummering	47
7. Litteratur	51
Bilag 1	57

1. Introduktion og problemstilling

Denne publikation præsenterer et sam-mendrag af resultaterne fra en undersø-gelse om kvalitet i regioner og kommuners samspil om ældre, medicinske patienter gennemført i 2010.

Et af hovedformålene med strukturrefor-men var at skabe mere klarhed om ar-bejdsfordelingen mellem regioner og kom-muner. Der skulle skabes en mere entydig indgang til den offentlige sektor for bor-gerne og bedre kvalitet og sammenhæng i ydelserne. Sundhedsområdet var særligt i fokus, og med overdragelse af en række funktioner til de større kommuner og etab-lering af lovpligtige samarbejdsrelationer mellem regioner og kommuner håbede man at styrke samarbejdet på dette om-råde. Hvordan er det så gået? Og hvilke til-tag kan fremadrettet styrke samarbejdet? Nærværende rapport undersøger dette ved at sætte fokus på de ældre, medicinske pa-tienter. Mange ældre, medicinske patienter lider af flere behandlingskrævende tilstan-de. De har ofte et svagt netværk og be-grænsede ressourcer til at navigere mellem forskellige behandlingstilbud. De indlægges ofte akut, og de har behov for velkoordineret opfølgning efter indlæggelse, således at man bedst muligt kan forebygge en for-værring af deres tilstand. Kort sagt udgør de en relativt svag patientgruppe, som er i hyppig berøring med både kommunale og regionale sundhedstilbud, og som i udpræ-get grad er afhængige af god koordination

i "Bermudatrekanten" mellem regioner, kommuner og praktiserende læger. Der er derfor god grund til at se på, hvordan dette samspil er organiseret i dag, og om der kan peges på særligt gode initiativer, som sigter på at styrke samspillet omkring denne gruppe.

Analysen tager et forvaltningsmæssigt og organisatorisk perspektiv og fokuserer på følgende generelle problemstilling: *Hvad er de væsentligste udfordringer for kom-muners og regioners samarbejde om ældre, medicinske patienter, og kan der peges på gode eksempler i håndteringen af disse udfordringer inden for de eksisterende in-stitutionelle rammer?*

For at besvare denne generelle problem-stilling opstilles følgende specifikke under-søgelsesspørgsmål:

Udfordringer og udviklingstendenser:

- Hvad omfatter gruppen af ældre, me-dicinske patienter, og hvilke udfordrin-ger giver det for sundhedsvæsenet nu og i fremtiden?

Styringsstrukturer og organiseringsformer, der påvirker indsatsen for ældre, medicin-ske patienter

- Hvordan fungerer de formelle institu-tionelle rammer for koordineringen af indsatsen for ældre, medicinske patien-ter, og kan der gives eksempler på sær-ligt vellykkede initiativer inden for de formelle rammer?

Teoretisk forforståelse

Det teoretiske udgangspunkt for analysen er en institutionel forståelse (Scott 1995; Campbell, 2004; Scharpf 1997). Dermed menes, at aktørerne udvikler handlingsstrategier under hensyntagen til reguleringsmæssige rammer og krav, og at de i samspil med andre aktører danner mere eller mindre fælles kulturelle forståelser af, hvad der er hensigtsmæssig og passende adfærd. Hvis de institutionelle rammer er uhenigtsmæssige, eller der er modsætninger mellem de institutionelle rammer for forskellige aktører, kan det give anledning til misforståelser eller konflikter i praksis. Eksempelvis har de økonomiske styringsvilkår på tværs af sygehuse og kommuner været fremhævet som et eksempel på inkongruente institutionelle vilkår, hvor den delvist aktivitetsbaserede finansiering af regionernes behandling tilskynder til større aktivitet, mens rammefinansieringen af kommunerne betyder, at ekstra aktivitet gør det vanskeligere at overholde budgetterne.

De institutionelle rammer såsom sundhedsaftaler og økonomiske styringsprincipper udgør således en vigtig baggrund for aktørernes samarbejdsrelationer. De kan facilitere samarbejdet om snitfladeproblematikker, men de kan også give hindringer. De kan skabe modsatrettede incitamenter, eller de kan etablere kompenserende rammer, som kan føre til kompromis om en fælles praksis på trods af forskellige interesser. Aftalerne udgør et fikspunkt i forhold til samspilsrelationerne, men kun i den forstand, at de definerer en enighed om grundlæggende spilleregler, som stadig

skal fortolkes og udmøntes i et løbende praktisk samspil. De forskellige administrative udvalg bliver så arenaer for disse efterfølgende spil om udmøntning og fortolkning.

Design, metode og afgrænsning

Metodisk bygger rapporten på eksisterende analyser, skriftligt forvaltningsmateriale og forskningsinterview med forvaltningsaktører i fem regioner, to kommuner og en praktiserende læge i hver region, jf. bilag 1.¹ Interviewene sigter mod at få gensidige vurderinger af samarbejdsrelationerne på tværs af de tre aktører. Interviewpersonerne i regioner og kommuner er udvalgt på forvaltningsniveau for at få aktører med overblik over processerne ved udarbejdelse og implementering af sundhedsaftalerne, og for at undgå specifikt politiske udmeldinger.

Rapporten indeholder ikke en kvantitativ evaluering af samarbejdet om ældre, medicinske patienter i forhold til objektive kriterier. Det har heller ikke inden for rapportens rammer været muligt at gennemføre en fuldstændig kortlægning af organiseringen af koordinationsarbejdet i alle regioner/kommuner. Rapporten har et mere problematiserende fokus, og interviewene har søgt at afdække aktørernes vurdering af problemfelter samt at pege på eksempler på løsningstiltag fra regionerne. Undersøgelsen afgrænser sig også fra det psykiatriske område og fra temaer om hjælpemidler, da hovedfokus er på medicinske patienter.

¹ Af pladshensyn er spørgeguides ikke vedlagt, men kan rekvireres ved henvendelse til AKF

2. Ældre, medicinske patienter og udfordringer for sundhedsvæsenet

Dette afsnit besvarer undersøgelses-spørgsmålene om udfordringer og udviklingstendenser:

- *Hvad omfatter gruppen af ældre, medicinske patienter, og hvilke udfordringer giver det for sundhedsvæsenet nu og i fremtiden?*

Definition af "den ældre, medicinske patient"

Både i praksis og i litteraturen findes der flere forskellige afgrænsninger af denne patientgruppe. I en rapport fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som analyserer ældre, medicinske patienters forløb på tværs af regioner og kommuner, defineres gruppen som *"personer på 65 år og derover, som i løbet af et givent år har været indlagt eller i ambulant behandling på en medicinsk afdeling"* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009: 8). Denne definition er således meget bred og indeholder de fleste grupper af medicinske patienter på 65 år og derover, både de komplekse og de mindre behandlingskrævende. Undtagelsen er dem, *"der i året er behandlet for kræft"* (ibid.: 8). Betegnelsen specificeres yderligere af Sundhedsstyrelsen, hvor den ældre, medicinske patient (i fagsprog: geriatrik patient) betegnes som en ældre patient, typisk over 65 år, *"hvis tilstand er karakteriseret ved multimorbiditet, funktionsevnetab og eventuel social insufficiens"* (Sundhedsstyrelsen 2001: 37).

Sygdomsbilledet og sygdomsforløbet for ældre adskiller sig i mange tilfælde ikke fra andre patienters. Dog indlægges ældre, medicinske patienter oftere med komplekse og sammensatte, evt. kroniske, sygdomsbilleder. For denne gruppe er det særligt hjertesygdomme, KOL, diabetes, kroniske sår, kræft og det palliative område, osteoporose, fald, infektioner, demens, inkontinens og katetre, dialyse, stompleje, diverse kirurgiske behandlinger for især øjne, hofte/knæ/ryg etc., der er årsag til kontakten til sundhedsvæsenet. Mange lider af flere af disse tilstande samtidig, og i en del tilfælde er tilstanden ret diffus, fordi disse forskellige tilstande kombineres med generel svækkelse og sociale samt plejemæssige behov.

I forbindelse med udredning og behandling kan de medicinske patienter opdeles i en henholdsvis veldefineret og en kompleks gruppe. Hos den veldefinerede gruppe, der omfatter majoriteten af de ældre, medicinske patienter, er der tale om *"patienter i alle aldre med klare symptomer og diagnoser, fx hjertepatienter, diabetespatienter mv. – det vil sige patienter med veldefinerede problemer. Det skønnes, at langt de fleste patienter har relativt veldefinerede problemer og derfor kan behandles i et forholdsvist styret og hensigtsmæssigt forløb"* (Danske Regioner og Dansk Selskab for Intern Medicin 2009: 5).

Den anden gruppe er en meget kompleks gruppe, der ofte indlægges af både helbredsmæssige og sociale årsager. Gruppen lider af multimorbiditet, eksempelvis kroniske livsstilssygdomme, er ressourcesvag og har ofte et dårligt socialt netværk.

Yderligere er der for nogles vedkommende en form for tidligere misbrug og/eller psykiske problemer med i sygehistorien. Dette gør patienterne i denne gruppe ekstra sårbare. Deres sygdomssymptomer er diffuse, og kombineret med en svækket almentilstand mere end egentlig sygdom medfører det flere indlæggelser (ibid.) (Ældresagen, Lægemedelindustriforeningen og Dagens Medicin 2009). Behandlingen af disse patienter er således en udfordring for samarbejdet på tværs af afdelinger og sektorer, dels fordi deres sygdomskarakteristik fordrer dette, og dels fordi de ikke selv, i tilstrækkelig grad, kan regulere og videreføre en hensigtsmæssig livsstil.

I nærværende rapport forstås betegnelsen "den ældre, medicinske patient" bredt som *en person på 65 år og derover, som er i gentagen kontakt med sundhedsvæsenet (både praksis, sygehuse og kommunal hjemme/sygepleje) over en længere periode som følge af en eller flere samtidige*

behandlingskrævende sygdomme. Analysen tager derfor udgangspunkt i de mere behandlingskrævende og komplekse tilfælde, dog uden krav om at indebære psykiske problemer.

Den demografiske udvikling i befolkningen

Et samspil af livsstilsændringer, forbedrede behandlingsteknologier, flere ældre uden funktionsbegrænsninger, produktivitetsændringer og lignende har hidtil medført, og vil til stadighed medføre, en demografisk udvikling i befolkningssammensætningen, hvor man vil se en generel aldring af befolkningen (Nielsen et al. 2005). Denne demografiske udvikling er en af de største udfordringer for det fremtidige sundhedsvæsen, men den nærmere betydning vil afhænge af en kombination af sundhedstilstand, social udvikling, forventninger og behandlingsmuligheder hos de fremtidige ældre. Ud over en stigende levealder i befolkningen ser man, at *andelen* af ældre i befolkningen er stigende. Andelen af 65-årige eller derover forventes at stige fra at udgøre 15,9% af hele befolkningen i 2009 til at udgøre 25% i 2035 (Sundhedsstyrelsen 2010a).

TABEL 1. UDVIKLING I BEFOLKNINGENS ALDERSSAMMENSÆTNING, 1979-2050

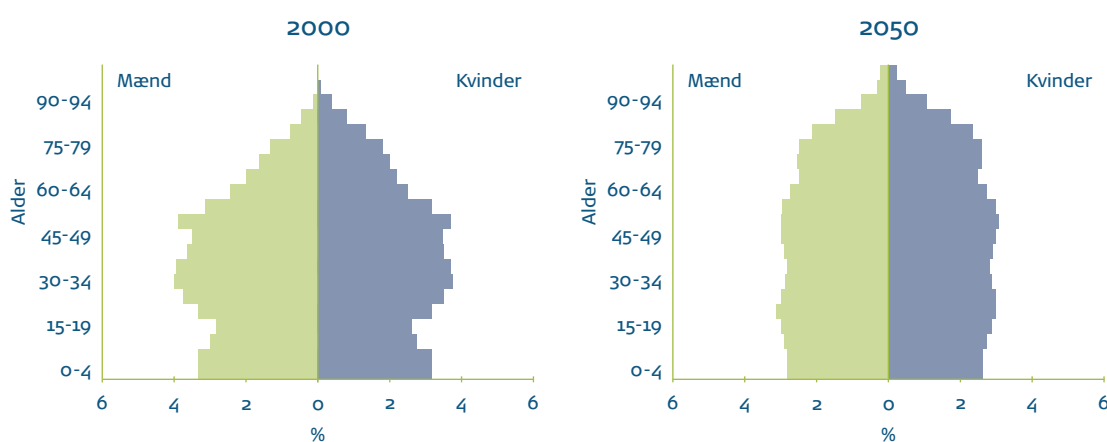
Alder	1979	2010	2025	2050	Procentvis ændring
0-5 år	403.821	391.613	402.459	405.473	0,50
6-17 år	931.277	823.897	767.112	819.901	-12
18-24 år	520.281	463.271	485.756	512.778	-1,50
25-64 år	2.532.010	2.953.098	2.859.390	2.867.223	13
65+ år (%-ændring i forhold til 1979)	724.146	902.859 (19,8%)	1.224.256 (40,9%)	1.441.267 (49,8%)	99
I alt	5.111.535	5.534.738	5.738.973	6.046.642	18,50

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Statistikbanken/Danmarks Statistik.

I en fremskrivning foretaget af Danmarks Statistik (2005) stiger det samlede befolkningstal i Danmark. Dette tilskrives i høj grad den ældre befolkning, idet middellevetiden vil stige til 82 år for mænd og 85 år for kvinder i år 2050. Dette giver, sammenholdt med tallene fra 1979, 99% flere personer over 65 år i 2050. For de andre

grupper er der en væsentlig lavere stigning i antal personer, selvom det samlede befolkningstal er steget med knap 1 million siden 1979 (Statistikbanken/Danmarks Statistik). Figur 1 illustrerer befolknings sammensætningens betydelige estimerede ændring over 50 år.

FIGUR 1:
BEFOLKNINGSSAMMENSETNING I HENHOLDSVIS ÅR 2000 OG 2050

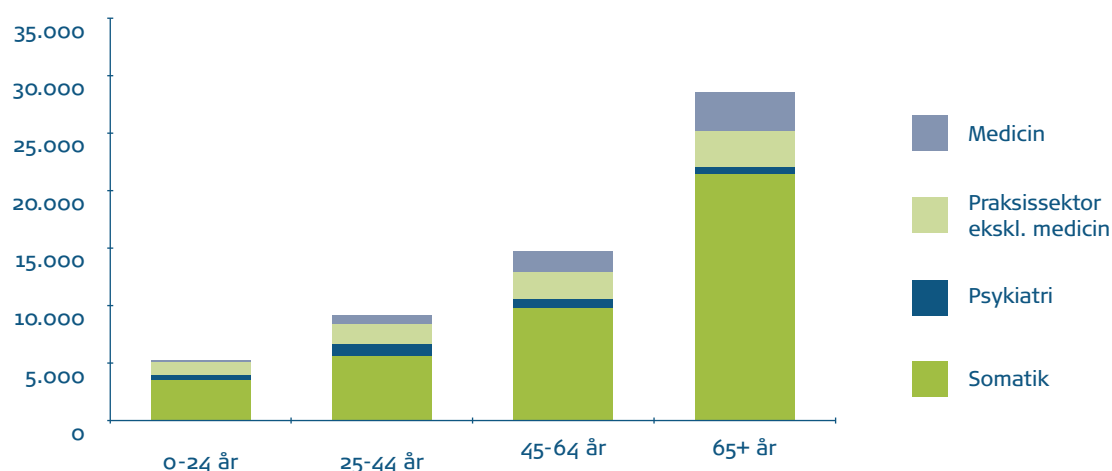


Kilde: (Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F. 2007).

Samlet set betyder udviklingen en større byrde for fremtidens sundhedsvæsen, der yderligere vil blive udfordret af det faktum, at de store generationer af ældre i stort omfang arbejder i den offentlige sektor – herunder inden for ældreområdet (Jensen 2010a). Sundhedsvæsenet og uddannelsessektoren skal derfor formå at rekruttere og uddanne tilstrækkeligt personale til at varetage denne voksende patientgruppe, hvilket kan være problematisk, da det i forvejen ikke er et eftertragtet fagområde.

Generelt vurderet har de nye ældregenerationer et bedre helbred og er mindre nedslidte end tidligere, men man ser paradoksalt nok også en øget sygelighed og et stigende medicinforbrug hos dem. I 1994 tog 66,6% af 67+-årige regelmæssigt medicin, hvilket for de 65+-årige i 2005 var steget til 72,6% (SUSY-databasen). Sygdomsbilledet for de ældre udgøres primært af kroniske sygdomme, som skaber dårlig livskvalitet og kræver regelmæssig behandling samt medicinforbrug og derudover belaster både hospitalsvæsenet og den primære sundhedstjeneste.

FIGUR 2: SUNDHEDSUDGIFTER FORDELT PÅ ALDERSGRUPPER, 2008, KR. PR. INDBYGGER



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010a. *Sundhedsvæsenet i nationalt perspektiv*.

Udfordringer for sundhedsvæsenet som følge af den demografiske udvikling

Allerede i dag kan det konstateres, at ældre står for den største relative andel af sundhedsudgifterne i Danmark. Figur 2 er baseret på tal fra DRG-systemet, Sygesikringsregistret, Lægemiddelregistret og Danmarks Statistik (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010a).

Man kan skelne mellem to typer ældrerelateret udviklingspres, der tilsammen vil påvirke fremtidens sundhedsvæsen. Det kvantitative pres er et resultat af den demografiske udvikling, hvorimod det kvalitative pres til dels vil være affødt af samfundskulturelle aspekter og determinere selve indholdet af presset. Sagt på en anden måde vil der både blive flere ældre med en lidt anden sundhedsprofil end i dag, og disse ældre vil have andre forventninger til sundhedsvæsenet og andre muligheder for at agere i forhold til dette.

Den demografiske udvikling vil med en større andel af ældre borgere skabe flere udfordringer på sundhedsområdet, idet antallet af ældre i sig selv vil betyde flere kontakter til sundhedssektoren. Udviklingen vil også medføre flere patienter med komplekse sygdomsbilleder, hvilket stiller krav til bedre og mere specialiserede sundhedstilbud. Det indebærer især et pres på den primære sektor og den kommunale plejesektor, der ofte er i kontakt med den ældre, medicinske patient (Ældresagen, Lægemiddelindustriforeningen og Dagens Medicin 2009) (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009) (Danske Regioner og Dansk Selskab for Intern Medicin 2009).

Ifølge Arnbjerg & Bjørner (2010), der har estimeret sundhedsudgifternes afhængighed af alder og afstand (år) til død, afhænger det fremtidige pres på sundhedsvæsenet grundet den demografiske udvikling af, hvorvidt den ældre del af befolkningen ældes sundt eller usundt.

Sund aldrig betyder, at en forlængelse af levetiden vil give udslag i flere raske leveår og behovet for samt brugen af sundhedsydelser vil dermed ikke stige, men blot forskydes. Alternativt kan man ældes usundt, hvilket betyder, at den forlængede levetid vil føre til flere behandlingskrævende leveår og dermed øge forbruget af sundhedsydelser. Hvis man antager, at sundhedsudgifterne er udtryk for den kvantitative brug af sundhedsydelser, er det ifølge Arnbjerg & Bjørner de sidste par år frem til døden, der er ressourcekrævende. Såfremt befolkningen ældes sundt, vil den demografiske udvikling resultere i et pres, der blot er øget på grund af stigningen i antallet af ældre, og ikke fordi de ældre lever flere behandlingskrævende år.

Det forventes, at vi i fremtiden vil se en stigning i antallet af ældre med livsstilssygdomme og dertilhørende funktionstab. Spørgsmålet er, om den stigende levealder også vil betyde en længere periode med funktionsbegrænsninger, der medfører et behov for behandling og/eller pleje, eller om det vil vise sig at være muligt at forbedre de ældres funktionsevne i længere tid (Pedersen et al. 2008). Ifølge Sundheds- og Sygdomsundersøgelsen baseret på data fra 2005 (Sundhedsstyrelsen 2010a) vurderer den ældre befolkning i stigende grad deres eget helbred som virkelig godt eller godt, men det øgede fokus på sundhed og helbred kan være med til at udvide befolkningens bevidsthed om eget helbred og derigennem skabe nogle forøgede krav om undersøgelse og pleje. Det er muligvis derfor, at man alligevel ser en stigning i sundhedsudgifterne pr. borger på dette alderstrin. Overlæge Kirsten Damgaard Pedersen skriver i en artikel i Ugeskrift for Læger (2008) følgende: *"De udfordringer,*

der sammenlignet med i dag venter, når vi skal være forberedt til at behandle fremtidens ældre patienter, er først og fremmest, at flere ældre vil stille større krav om at få tilbudt den bedste behandling, og flere vil være opdateret med den nyeste internetbaserede viden om sygdomme og mulighederne for behandling. Færre af fremtidens ældre vil være præget af den autoritetstro over for sundhedsvæsenet og dets behandlere, som er karakteristisk for nutidens ældre" (Pedersen et al. 2008: 1). En hospitalsafdelingsleder bekræfter disse holdningsmæssige ændringer i befolkningen og udtaler: *"Der er også et større forventningspres fra befolkningen om, at vi skal tage os af alt det, der måtte være galt"* (Vinge & Emdal 2009: 6). Fremtidsforsker Jesper Bo Jensen (2010b) påpeger ligeså, hvordan betydningsændringen af sundhedsbegrebet har medført, og i stigende grad vil medføre, en øget efterspørgsel efter sundhedsydelser. Den nye betydning bidrager yderligere med et implicit krav om, at sundhedsvæsenet skal producere sundhedsydelser og ikke kun behandlingsydelser. De nye ældre, der er på vej op i "reparationsalderen", er ifølge forskeren blevet vænnet til stor lydhørhed for deres behov og krav blandt politikere og vil derfor stille mange krav til det offentlige. Der er dermed grobund for frykten for, at der vil blive ført symbolsk politik, og at man vil se en ansvarsfraskrivelse, samt at der fokuseres på de områder, hvor den krævende part kan råbe højest. Med andre ord kan fremtidens sundhedsydelsesforbrugere blive dagsordensættende (ibid.).

Sundhedsvæsenet har i de senere år søgt at orientere sig mod de mere positive aspekter ved denne udvikling ved at fokusere på brugerinddragelse som en samle-

betegnelse for en række initiativer, der har til formål at inddrage patienter i beslutninger vedrørende håndteringen af deres sygdom. Derved ønsker man at uddanne patienter i deres sygdom, gøre dem mere selvhjulpne og uafhængige af behandlingssystemet. Det er endvidere tanken, at mere selvhjulpne patienter også kan være med til selv at binde enderne sammen på tværs af behandlingsniveauerne, og således bliver aktive medspillere i samarbejdet mellem regioner og kommuner.

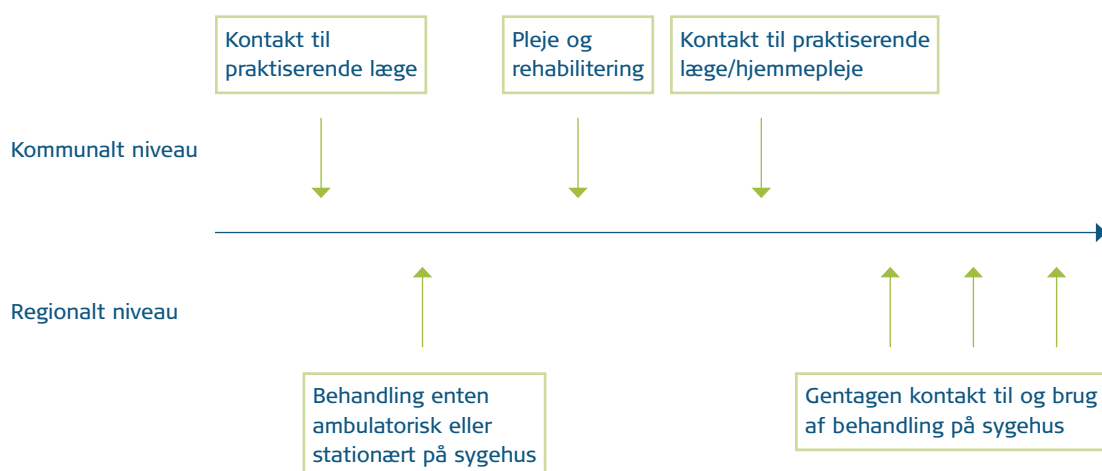
Kort opsummeret vil det kvantitative aspekt og det kvalitative indhold tilsammen øge det overordnede fremtidige pres på sundhedsvæsenet. Givet, at der også i fremtiden vil være begrænsede ressourcer til rådighed for sundhedsvæsenet, betyder dette, at det bliver overordentlig vigtigt at optimere behandlingsindsatsen både på sygehusene og i samspillet mellem behandling, forebyggelse og opfølgning. De generelle befolkningsbaserede betragtninger skal nuanceres med det perspektiv, at social ulighed generelt

set forplanter sig til sundhedsmæssig ulighed (Evans, Barer & Marmor 1994). Den fremtidige socialøkonomiske udvikling vil således også have betydning for, hvor store udfordringerne bliver.

Behov hos ældre, medicinske patienter

Det brede symptom- og sygdomsbillede hos de ældre, medicinske patienter stiller store krav til udredning, behandling og pleje, da patienten ofte har multimorbiditet og diffuse symptomer. Det kræver specialviden, så det er muligt at adskille almindelige aldersforandringer fra behandlingskrævende tilstande. Da denne gruppe kan være svær at diagnosticere, medfører det ligeledes yderligere vanskeligheder for behandling og vejledning. Alt efter, hvor og hvordan kontakten til sundhedssektoren initieres, samt hvor i systemet patienten kan behandles, udspiller der sig et patientforløb med en kortere eller længere række af aktører.

FIGUR 3: EKSEMPEL PÅ ET KRONOLOGISK PATIENTFORLØB FOR EN ÆLDRE MEDICINSK PATIENT, DER BEFINDER SIG I DEN KOMPLEKSE GRUPPE



For at få et overblik over, hvordan de ældre, medicinske patienters behov udfordrer sundhedsvæsenet, bliver de enkelte faser i det samlede patientforløb kort skitseret nedenfor med henblik på indsigt i, hvilke aktører, der tager del deri, samt hvilke udfordringer og problemstillinger der særligt knytter sig til den pågældende fase.

Før indlæggelse

Den forebyggende indsats skal efter kommunalreformens indtræden primært varetages af kommunerne og almen praksis. Ifølge Sundhedsaftalerne skal *"kommunerne og praksissektoren grundlæggende kunne løse alle de opgaver, der ikke kræver hospitalets specialiserede behandling og pleje, døgnovervågning med henblik på varetagelse af behandling eller af kompliceret apparatur"* (Region Hovedstaden 2008: 4). Hos den ældre befolkning består profylaksen i at mindske funktionstab, således at de ældre kan leve længere uden begrænsninger.

Udrednings- og indlæggelsesforløb

Et indskrivningsforløb kan involvere flere forskellige aktører som fx ældreplejen, familiemedlemmer, den praktiserende læge eller vagtlægen. Det vil sige, at det er praksissektoren, der henviser patienten til et ambulant besøg eller til indlæggelse. I ca. en tredjedel af tilfældene henvises der på baggrund af ønske fra patientens side, og 85% af gruppen af ældre, medicinske patienter indlægges akut, dvs. via 112, den praktiserende læge eller vagtlægen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009).

Afhandlingen "Dokumentation af lægemiddelordinationer set i et MTV-perspektiv"

(Andersen 2002) viser, at udskrivning af lægemiddelordinationer hyppigt er forbundet med tab af information vedrørende det aktuelle medicinforbrug og tilfældige ændringer i ordinationen. Undersøgelsen omfatter situationer, hvor grænser mellem primær- og sekundærsektoren eller faggrænser markerer en overdragelse af ansvaret for patienternes behandling. Hos 70% af patienterne var medicinredøgørelsen ikke informativt fyldestgørende med hensyn til patientens aktuelle lægemiddelforbrug. Denne tabte information ville have haft betydning for 18% af patienternes indlæggelsesforløb (ibid.).

Korte indlæggelser på en enkelt dag eller mindre kan være udtryk for en indlæggelse, der kunne have været undgået ved forebyggende foranstaltninger. Ud over at være ressourcekrævende for samfundet og kapacitetsbegrænsende for de medicinske afdelinger, er det ofte også en stor ulempe for patienterne, idet *"[...] selve sengelejet i sig selv ikke gør mange af de (specielt ældre og medicinske) patienter raske – faktisk tværtimod"* (Vinge & Buch 2007: 19). Ifølge en rapport udarbejdet af Danske Regioner og Ældresagen (2010) er mere end en tredjedel af de ældre, medicinske patienter kun indlagt én dag. Der ses dermed et stort forbedringspotentiale her, og ansvaret for udførelsen af dette samt ansvaret for at nedsætte antallet af "forebyggelige indlæggelser" ligger ifølge sundhedsaftalerne primært i kommunalt regi.

Under indlæggelse

Denne fase af patientforløbet, der vedrører selve indlæggelsen, omhandler stationær behandling og pleje. Et problem, der

er kendetegnende for de medicinske afdelinger, er, at patienterne her i større grad end på fx de kirurgiske afdelinger gennemlever ineffektive sengedage² (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009). En undersøgelse (Rasmussen et al. 2006) foretaget på fire medicinske afdelinger i 2005 fandt, at for 32,1% af patienterne blev sengedagen vurderet som værende ineffektiv af et fagligt team. Hovedårsagen til patienternes ineffektive sengedage var for 36,7% mangel på alternative tilbud til deres pleje- og behandlingsbehov, hvor 69% af disse behov udgjordes af hjemme-sygepleje, rehabiliteringsafsnit og social indikation (afventer plejehjemsplads). Dette tydeliggør et af snitfladeproblemerne, der påvirker de medicinske patienter. Samarbejdet og koordinationen mellem sygehus og kommunerne skal styrkes, hvis antallet af ineffektive sengedage skal nedsættes. Men undersøgelsen fandt også sygehusinterne problemer, idet årsagen i 19,4% af tilfældene var en fagligt afventende holdning til behandling, hvilket indikerer ubeslutsomhed og usikkerhed fra lægernes side. Ydermere oplevede 51 % af patienterne at have ineffektive sengedage på grund af ventetid på diagnostiske procedurer, hvor især røntgenafdelingen var den store synder (ibid.).

Udskrivningsforløb/hjemtagning

En del af det samlede forløb, såfremt den medicinske patient har været i stationær behandling, er udskrivning fra hospitalet. I forhold til denne del af forløbet anbefales det, at *"kommunerne bør kunne modtage patienter, der har været indlagt med det*

samme efter færdigbehandling i henhold til de aftaler, der er indgået vedrørende varslings og udskrivning. Planlægningen af udskrivning bør begynde ved indlæggelsen og skal kunne gennemføres med få timers varsel" (Danske Regioner og Dansk Selskab for Intern Medicin 2009: 9). Når patienterne eventuelt ikke hjemtages i tide, og derfor må blive liggende på sygehuset, betegnes det som uhensigtsmæssige/ineffektive sengedage, hvilke forekommer langt hyppigere på de medicinske afdelinger i forhold til de kirurgiske afdelinger (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009). Danske Regioner og Ældresagen (2009) påpeger, at dette problem er mest udbredt blandt de ældre patienter, idet antallet af medicinske patienter, som stadig er indlagt, efter at deres behandling er afsluttet, er syv gange højere for personer over 65 år i forhold til dem under 65 år (Danske Regioner og Dansk Selskab for Intern Medicin 2009).

Undersøgelsen, der vedrører lægemiddelordination (Andersen 2002), viser desuden, at for 30% af patienterne stemte medicinlisterne i udskrivningsbrevene ikke overens med de lægemiddelordinationer, som ifølge patienternes medicinark var gældende ved udskrivelsen.

Som tidligere nævnt kan man sige, at nogle af disse problemer er sygehusinterne, hvorfor de ikke kan forbedres kommunalt, men derimod skal manglen på hensigtsmæssige alternative tilbud udbedres i kommunalt regi, ligesom kommunerne skal være klar (både pleje- og hjælpemiddelmæssigt) til at modtage patienterne

² En ineffektiv sengedag defineres som en dag, hvor patienten hverken får foretaget undersøgelse, pleje eller behandling, der begrundes en indlæggelse.

Efter indlæggelse/ambulant behandling

De medicinske patienter har yderligere meget forskellige behov i forbindelse med udskrivelsen og den efterfølgende tid. For at forbedre rehabiliteringen³ og nedsætte risikoen for genindlæggelse er det vigtigt at sikre, at patienten kan klare sig i eget hjem og vurdere om boligen har behov for at gennemgås samt optimeres i forhold til de eventuelt ændrede behov. Kommunen skal derfor kunne justere sine tilbud til patientens (evt. forandrede) behov i form af bl.a. mere hjælp i dagligdagen eller installation af hjælpemidler i boligen. Dele af rehabiliteringsindsatsen, herunder genoptræning og patientuddannelse, kan dog også foregå på sygehusene. Indsatsen er altså tværfaglig og tværsektoriel, hvilket stiller krav til kommunikation og samarbejde mellem aktører internt i sektorerne, men også mellem regioner og kommuner.

I 2004 blev det indført ved lov, at der skal udarbejdes genoptræningsplaner på sygehuset. Planerne skal sendes med patienten hjem samt til de relevante involverede aktører (Sundhedsloven § 84) (Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus 2006). På trods af disse forvaltningsmæssige forebyggende tiltag, bliver 20% af de ældre, medicinske patienter genindlagt (Albinus 2009). Genindlæggelser er ofte en indikation på utilstrækkelige behandlings- og rehabiliteringsforløb, og er således et udtryk for manglende koordinering mellem sygehus og den modtagende

kommune samt manglende pleje i både regionalt og kommunalt regi.

Der opleves således problemstillinger både i og på tværs af patientforløbenes enkelte faser. Der er bred enighed om og opbakning til, hvad der skal forbedres, men opgaven med at konkretisere dette er ikke tilsvarende let. Rapporten fra Danske Regioner og Dansk Selskab for Intern Medicin (2009: 6) peger på, at der er taget mange gode initiativer til forbedring af behandlingsforløbet for den medicinske patient, men billedet i praksis er ofte, *”at de enkelte led i behandlingskæden fungerer individuelt og uden tilstrækkeligt sigte på en helhedsindsats”*. De manglende handlinger kan ifølge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009) til dels forklares af ventelistegarantiordningen og dens fokus på at optimere de kirurgiske afdelinger. Det har betydet, at de medicinske afdelinger er blevet overset, og de nutidige problemstillinger er derfor de samme som tidligere.

Kort opsummeret drejer problemerne sig altså om:

- Overbelægning/underbemanding på de medicinske afdelinger
- Manglende sammenhæng i patientforløbene
- Unødigt ventetid for patienterne, både på og uden for sygehuset
- Manglende opfølgning efter hjemtagelse
- For mange akutte indlæggelser og genindlæggelser
- Manglende genoptræning efter hjemtagelse

³ Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcentret 2004).

3. Organisatoriske udviklingstendenser

Med Sundhedspakken i 2009 satte regeringen fart på deres initiativ med at skabe en ændret sygehusstruktur. Den nye sygehusstruktur skal samle den specialiserede behandling på færre supersygehuse for at sikre kvalitet og en høj faglig standard samt en optimal anvendelse af ressourcerne. Denne centralisering af specialeenheder betyder, at de mindre enheder nedlægges, og det kan især påvirke de ældre, medicinske patienter, der ofte lider af flere behandlingskrævende sygdomme på én gang. På grund af deres multimorbiditet har disse patienter kontakt med flere forskellige specialeafdelinger, som i fremtiden samles på færre, men geografisk mere spredte lokaliteter. Både praktisk og mentalt kan det være særligt belastende for denne gruppe af syge ældre. Samtidig nedlægges der løbende hospitalssenge med den hensigt, at sygehusaktionen koncentrerer sig om de akutte tilfælde, mens den følgende rehabilitering og pleje overlades til primærsektoren (Garåsén & Henriksen 2009). Behandlingen forskydes dermed mod mere accelererede forløb med kortere indlæggelser og mod øget brug af ambulant behandling. For den enkelte patient kan der være både fordele og ulemper ved dette, men den generelle implikation er øgede krav til de kommunale sundhedstilbud.

Generelt indebærer strukturreformen sammen med den behandlingsteknologiske udvikling og et stigende antal kronikere, at kommunerne lige nu står over for et efterspørgselspres, der forventes at fortsætte. Dette pres udgøres, ifølge Dansk Sund-

hedsinstitut (Vinge & Emdal 2009), af tre årsager: opgaveglidning, opgaveændring og opgaveforøgelse.

Som følge af den tidligere omtalte sundhedsstrategi, der tilstræber procesoptimering i form af accelererede patientforløb og specialisering på hospitalerne, vokser de kommunale sundhedsopgaver. De kortere liggetider og overgangen til mere ambulant behandling betyder, at patienterne er mere plejekrævende, når de overdrages til kommunerne, hvilket nødvendiggør, at kommunerne får en større rolle i patientforløbet. En overlæge fra Region Midtjylland fortæller: *"Der er ingen tvivl om, at det er tungere patienter, de får hjem, end det var for år tilbage. Det er kronikerne og det er gamle mennesker"* (ibid.: 6). Derudover bidrager den teknologiske udvikling, som muliggør flere og bedre behandlinger, til at kommunen yderligere kan og skal varetage nye typer af opgaver, idet flere behandlingsteknikker ikke længere kræver et hospital. Endelig er der sket en opgaveforøgelse på grund af det stigende antal ældre og kronikere, hvilket betyder flere opgaver omkring kronikerkontroller, udredning og medicinjustering i almen praksis. Denne udvikling er delvist affødt af den teknologiske udvikling, der har muliggjort effektiv behandling af flere sygdomme, således at flere nu lever længere tid med sygdommen. Samtidig bidrager den telemedicinske udvikling til, at der overdrages en større opgave- og ansvarsbyrde til de praktiserende læger og fordrer et øget behov for hjemmesygepleje. Ydermere kan

opgaveøgningen delvist forklares af et større forventningspres fra både patienter og pårørende.

Kort opsummeret er udviklingstendensen altså, at sektorgrænsen hele tiden rykkes, og at kommunerne og de alment praktiserende læger derved får flere opgaver og skal spille en langt mere central rolle i forhold til de plejekrævende syge.

Samlet ser vi således, at den demografiske og sundhedsmæssige udvikling stiller nye krav til sundhedssystemet. Hvor store udfordringerne bliver, afhænger af graden

af "sund aldring", som igen vil være påvirket af den sociale udvikling og graden af ulighed i fremtiden. Der er dog ingen tvivl om, at der bliver flere ældre og flere med kroniske lidelser. Det stiller større krav om koordination af sundhedstilbud på tværs af behandlingsniveauer. Udviklingen i behandlingsteknologi vil også spille en rolle, og vil give nye positive muligheder fx for hjemmebehandling og løbende monitorering. Denne type teknologi vil imidlertid også rejse nye koordinationsmæssige udfordringer, særligt for den ressourcetsvage del af de ældre, medicinske patienter.



4. Formelle rammer for kordinering

Dette afsnit besvarer undersøgelses-spørgsmålet: Hvordan fungerer de formelle institutionelle rammer for koordineringen af indsatsen for ældre, medicinske patienter, og kan der gives eksempler på særligt vellykkede initiativer inden for de formelle rammer?

Det fremgår af forrige afsnit at ældre, medicinske patienter udgør en gruppe, hvor der er særligt stort behov for koordination på tværs af de forskellige behandlings- og plejeaktører på regionalt (sygehuse og alment praktiserende læger) og kommunalt niveau. I praksis kommer disse koordinationsbehov særligt til udtryk ved en række overgangssituationer (snitflader) på tværs af de forskellige niveauer. Det gælder særligt aktiviteter knyttet til akut eller planlagt indlæggelse, udskrivning og genoptræning, som alle kræver samspil mellem kommunale aktører, sygehuse og alment praktiserende læger. Dernæst er der snitflader mellem kommunale aktører og alment praktiserende læger i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme. Særligt den sekundære forebyggelse kræver koordination af indsatserne på tværs af behandlingsniveauerne. I nogle tilfælde også med kontakt til ambulante sygehusafdelinger.

Formelt set håndteres disse samspilsrelationer inden for rammerne af de kommunalt-regionale sundhedsaftaler samt overenskomsterne med privat praktiserende sundhedsaktører. Inddragelse af private sygehuse efter udvidet frit sygehusvalg indebærer en særlig koordinationsproblematik.

Sundhedsaftalesystemet

"Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem Regionsrådet og kommunalbestyrelsen, og som fastsætter rammerne og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på en række indsatsområder inden for sundhedsområdet. Derudover er aftalen også en administrativ aftale, som fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder" (VE) nr. 9698 af 21/08/2009).

Med nedlæggelsen af de gamle amter og oprettelsen af de nye regioner og kommuner opstod der naturligt nok et behov for at definere og formulere opgave- og ansvarsfordeling mellem de medvirkende aktører i forhold til sundhedsområdets nye struktur. Derfor indførtes sundhedsaftalesystemet, som på sundhedsområdet skulle agere redskab til at *"sætte rammen for varetagelsen af opgaver på de dele af sundhedsområdet, der har relevans for både kommuner og regioner"* (Danske Regioner m.fl. 2008: 20). Sundhedsaftalerne definerer altså arbejds- og ansvarsområder for både regioner og kommuner. Både i forhold til meget konkrete opgaver (fx de seks indsatsområder) og mere gråzoneprægede opgaver (snitflader, fx genoptræning).

Sundhedsaftalen er et dokument, som skitserer et formaliseret, forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner. Aftalerne skal godkendes af sundhedsstyrelsen. Aftalerne indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne. "Alle regioner og kommuner skal udarbejde sundhedsaftaler minimum én gang i hver valgperiode"

(sst.dk), og det er altså hver enkelt kommune, som indgår en aftale med regionen.

Den generelle/Grundaftalen: bruges til at sikre sammenhængende patientforløb. I disse patientforløb er der særligt nogle overgangssituationer (snitflader – jf. nedenfor) mellem sektorerne, hvor det kan være svært at dele opgaver og ansvar skarpt op (bl.a. genoptræning). Den generelle sundhedsaftale forholder sig til disse snitflader ved at *"definere begreber, beskrive arbejdsopgaver, arbejdsdeling og hvordan man vil evaluere opgavevaretagelsen. Den generelle sundhedsaftale fungerer som skabelon for de bilaterale sundhedsaftaler mellem den enkelte kommunalbestyrelse og regionsrådet"* (Kommunernes Landsforening 2010).

Den generelle aftale udgør en grundaftale mellem regionen og kommunen. Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre:

- "Sammenhæng og koordination af den indsats, der ydes på hospitalerne, i praksissektoren og i kommunerne, således at den enkelte borger oplever et sammenhængende forløb med høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for" (eksempel: Region Hovedstadens grundaftale, version 1.1. 2008-2010).

Aftalen indeholder et generelt afsnit (som går forud for de enkelte indsatsområder) og et afsnit med aftaler om de seks indsatsområder. Aftalen skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Den bilaterale/Allongen: Udarbejdes mellem region og den enkelte kommune, og er det redskab, som giver mulighed for lokal variation i forhold til særlige behov

i forhold til at tilgodese den individuelle patients forløb. Allongen til den fælles sundhedsaftale (grundaftalen): *"angiver de udfyldninger, justeringer og supplerende frivillige aftaler, der er aftale mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden"* (eksempel: Københavns Kommunes allongeverion 1.1. 2008-2010).

Sundhedsaftalerne skal som minimum omfatte seks forudbestemte indsatsområder.

1. Indlæggelses- og udskrivningsforløb
2. Træningsområdet
3. Behandlingsredskaber og hjælpemidler
4. Forebyggelse og sundhedsfremme herunder patientrettet forebyggelse
5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser
6. Opfølgning på utilsigtede hændelser

Der er særlige retningslinjer for, hvad aftalen skal beskrive inden for hvert enkelt område. De obligatoriske krav inden for det enkelte indsatsområde er fastlagt inden for en række tværgående temaer: *arbejdsdeling og samarbejde, koordination og kommunikation, kapacitetsstyring samt opfølgning på aftalen* (jf. VE) nr. 9698 af 21/08/2009, hvor disse krav uddybes).

Ud over den emnemæssige opdeling er aftalerne opdelt i en sundhedsfaglig del og en politisk del. Den sundhedsfaglige del indeholder konkrete retningslinjer møntet på frontpersonalet hos parterne. Den politisk/administrative del indeholder politiske visioner for aftalen, målsætninger for delområder, opfølgning, det organisatoriske set-up samt aftale om indsatsområder. Den fungerer således både som et fælles dagsordensættende strategipapir, og som grundlag for at sætte fokus på effekter af sundhedssamarbejdet. Arbejdet med den politiske del har fået relativ større vægt

med anden generation af sundhedsaftalerne. Nogle regioner har arbejdet med at konkretisere dette ved udvikling af fælles værdier, som skal virke retningsgivende for aktørernes fortolkning af deres handlingssituation. Tanken er, at de fælles værdier skal være alment anvendelige som pejlemærker for det konkrete samarbejde på tværs af sektorerne (Astrup & Kirkegaard 2010).

Den organisatoriske struktur for arbejdet med sundhedsaftalerne

Til at sætte den overordnede ramme for indgåelse af de obligatoriske sundhedsaftaler nedsættes et sundhedskoordinationsudvalg i hver region. Sundhedskoordinationsudvalget – med medlemmer fra regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren i regionen – har det overordnede ansvar for samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommunerne og skal derfor udarbejde en generel sundhedsaftale for udvalgets egen region og kommuner. En generel aftale, som danner rammen om det samarbejde på sundhedsområdet, der skal etableres mellem regionen og de enkelte kommuner. Det er yderligere udvalgets ansvar, at aftalerne løbende følges, og at øvrige emner af relevans for samspillet mellem parterne drøftes.

Sundhedskoordinationsudvalget er således det formelle politiske styringsorgan for samarbejdet om sundhedsaftalerne. Alle regionerne har oprettet en administrativ styregruppe (Administrativt kontaktforum) i tilknytning til deres sundhedskoordinationsudvalg. Den administrative styregruppe har lidt forskellig udformning i de fem regioner, men typisk med repræsentanter fra ledelsesniveau i regioner og kommuner. Den administrative styregruppe udarbejder

forslag og indstillinger til det politiske koordinationsudvalg.

Ud over disse centrale, politiske og administrative udvalg er der typisk nedsat en række faglige og tværgående administrative arbejdsgrupper, som retter sig mod specifikke temaer. Arbejdsgrupperne har typisk til opgave at facilitere og overvåge implementeringen af aftalerne.

Den egentlige implementering foregår via faste samarbejdsfora (klynger, kontaktudvalg), som typisk omfatter et sygehus og en række kommuner inden for sygehusets naturlige optageområde. Det er her, at de løbende udfordringer i samarbejdet håndteres. Mere principielle spørgsmål kan sendes opad til de administrative og politiske styregrupper og koordinationsudvalg.

Opsummering om sundhedsaftalerne

Sundhedsaftalerne udgør således en vigtig formel ramme for samarbejdet om ældre, medicinske patienter. Første generation var en videreudvikling af sundhedsplanerne, men indeholdt i modsætning til disse et mere forpligtende og detaljeret sæt af aftaler mellem regioner og kommuner om en række foruddefinerede temaer. Efter nogle begyndervanskeligheder fik alle regioner og kommuner godkendt deres aftaler af SST i løbet af 2007. I de efterfølgende år er der foregået et tæt samarbejde koordineret via SKU om implementering af aftalerne og monitorering af resultater. Næste generation af aftaler blev indsendt i januar 2011 og godkendt af Sundhedsstyrelsen i løbet af foråret 2011. Skabelonen for aftalerne er justeret, og der er tilføjet en politisk del med plads til fælles strategiske udmeldinger. Det er bemærkelsesværdigt,

at sundhedsaftalerne omfatter aktiviteter, som reelt skal koordineres nært med de praktiserende læger, men at disse hverken i første eller anden generation er reel part. De har observatørstatus i SKU og deltager i møderne, men uden at blive forpligtet af aftalerne. For praktiserende læger er overenskomsten og eventuelle lokale aftaler stadig det primære styringsinstrument.

Hvad siger andre analyser om, hvordan sundhedsaftalerne fungerer som ramme for samspillet mellem regioner og kommuner?

Implement Consulting Group har gennemført en evaluering af sundhedsaftalerne for Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2010b og 2011). Hensigten var at opnå indblik i, hvad der opleves som bidragende til at skabe sammenhængende patientforløb og dernæst at give et billede af arbejdet med opfølgning af sundhedsaftalerne i de fem regioner og tilhørende kommuner. Den første delrapport med navnet: "Evaluering af sundhedsaftalerne. Opfølgning og indikatorer" udkom i september 2010. Der er ikke tale om en egentlig evaluering, men hovedsageligt en kortlægning af regionernes arbejde med indikatorer. I forhold til aftalerne generelt konkluderer rapporten blandt andet, at der har været mindre fokus på opfølgning på grund af for få ressourcer i den første periode. Der er stor geografisk variation samt variation på tværs af indsatsområderne i forhold til opmærksomhed på opfølgning og indikatorer herpå. Der mangler fælles it-løsninger for primær- og sekundærsektoren, hvilket hæmmer samarbejdet. I forhold til spørgsmålet om kulturelle forhold konkluderes, at samarbejdskulturen er præget af en vis berøringsangst for nye opgaver, fordi de ofte medfører nye udgifter. Indgåede aftaler overholdes ikke altid i praksis både på grund

af manglende viden om aftalerne, manglende ejerskab og manglende decentral efterlevelse. Uplanlagt opgaveglidning kan skyldes, at der er indgået tværsektorielle aftaler på højere ledelsesniveauer, som aldrig er blevet implementeret i praksis.

Som mulige fremtidige indsatser fremhæves et fortsat behov for at etablere fælles ledelsesinformation på tværs af sektorerne. Der er et uudnyttet potentiale i de eksisterende registreringer.

Denne rapport er i januar 2011 fulgt op med rapporten "Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger. Evaluering af sundhedsaftalerne". Rapporten indeholder detaljerede beskrivelser af regionernes organisering af arbejdet med sundhedsaftaler og i forhold til de enkelte aftaleområder. På trods af underoverskriften er der heller ikke med denne delrapport tale om en egentlig evaluering, men om en omfattende kortlægning af organiseringsformer og initiativer kombineret med vurderinger fra aktører i sektoren via fokusgruppeinterview. Det konkluderes i rapporten blandt andet, at langt de fleste interviewpersoner i de fem regioner finder, at sundhedsaftalerne giver en god platform for samarbejdet om patienter og borgere. Men det er samtidig vurderingen i alle regioner, at der udestår en del arbejde i forhold til implementeringen af aftalerne. Anden generation af aftaler retter særligt fokus mod dette. Der ønskes i alle fem regioner et mere forpligtende samarbejde med almen praksis, og der ønskes en organisering af kommunernes deltagelse, så de i højere grad kan repræsentere hinanden. Det påpeges, at forskellen i størrelse og administrativ kapacitet mellem regioner og kommuner giver et meget forskelligt ud-

gangspunkt for samarbejdet, hvilket især betyder, at små kommuner kan have svært ved at deltage fuldt ud. Det konkluderes, at patienter/borgere ikke hidtil i væsentligt omfang har været inddraget i arbejdet med sundhedsaftaler. I alle regioner peges på manglende it-understøttelse som et væsentligt problem for at skabe gode patientforløb. Der er forskel på, hvor langt man er i de enkelte regioner, hvor Region Syddanmark ser ud til at være kommet længst med at inddrage alle kommuner og praktiserende læger. Alle regioner har introduceret formaliserede redskaber til informationsudveksling, og det vurderes at have hjulpet på udvikling af en fælles kultur. Ikke desto mindre vurderes det også generelt, at der kan gøres meget mere i forhold til implementering heraf. Medicinrådet udpeges som særligt vigtigt og svært i forhold til samarbejdsrelationerne.

Begge rapporter bygger på fokusgruppeinterview med i alt 139 deltagere fra regioner, kommuner og almen praksis samt skriftlig dokumentation i form af lovgivning, sundhedsaftaler, lokale evalueringer og eksempler på løsninger.

Anne Heeager har i 2009 publiceret en artikel i tidsskriftet *Politica* om sundhedsaftaler og interessekonflikter. Artiklen fremsætter et teoretisk baseret argument om, at sundhedsaftalerne ikke kan forventes at løse snitfladeproblematikker, hvor der er væsentlige interessekonflikter på tværs af regioner og kommuner. På baggrund af interview med politikere og embedsmænd fra Region Midtjylland og tre kommuner i denne region konkluderes, at der er interesse modsætninger i forhold til de to undersøgte områder genoptræning og udskrivning. Interesse modsætningerne knytter sig særligt til økonomiske

forhold, mens der i højere grad synes at være enighed om de faglige snitflader. Konstateringen af interesse modsætninger betyder dog ikke nødvendigvis, at sundhedsaftalerne vil kuldsejle. Det er muligt, at de netop kan fungere som ramme for kompromisser for håndtering af snitfladeproblematikker, selvom det på baggrund af artiklens logik ikke umiddelbart er forventeligt (*Heeager 2009*).

Maibritt Christensen fremlægger med en artikel fra 2009 resultaterne af en evaluering af sundhedsaftalerne i Region Sjælland. Artiklen bygger på seks fokusgruppeinterview på det somatiske område og et enkelt på det psykiatriske. Artiklen konkluderer, at der er udbredt kendskab til aftalerne, men at de kun er delvist implementeret. Det er svært at få dem ud til alle medarbejdere, og kommunikation på tværs af sektorer opleves fortsat som et problem i nogle områder. Aftalerne har ikke løst problemer omkring indlæggelse og udskrivning, men har skabt en platform for dialog og fælles forståelse (*Christensen 2010*).

Juul Nielsen påpeger i sin analyse af sundhedsaftalerne, at de er del af en politisk, økonomisk og faglig forhandling af, hvor grænserne mellem de to organisationer skal drages. Sundhedsaftalerne udgør en formel ramme, som tilpasses, oversættes og justeres, når de introduceres i en sundhedsfaglig kontekst. Endelig påpeges, at koordinering via sundhedsplaner er ressourcekrævende og omkostningstungt (*Nielsen 2011: 146-147*).

Samlet set tegner der sig et lidt blandedt billede. På den ene side anføres, at sundhedsaftalerne potentielt og i et vist omfang også reelt udgør en nyttig ramme for dialog og udvikling af samarbejdsre-

lationer. På den anden side påpeges, at interessekonflikter og ressourceproblematikker medfører implementeringsmæssige problematikker med aftalerne.

De økonomiske styringsrammer

De økonomiske styresystemer er en anden vigtig institutionel ramme for samarbejdet om ældre, medicinske patienter. Det er en væsentlig pointe, at der er forskelle på styringsmekanismer og dermed incitamenter på tværs af hovedaktørerne. Hvor kommunerne er rammefinansierede, og dermed skal finansiere ekstra sundhedsaktivitet inden for det givne budget, så opererer både praktiserende læger og regioner under et vist element af aktivitetsbestemt finansiering.

Hvordan fungerer de økonomiske rammer i dag? Hvad siger andre analyser om udfordringer og muligheder?

Ifølge Vinge & Kjellberg (2009) er finansieringssystemet i sundhedsvæsenet en af de største barrierer for udvikling af et bedre tværsektorielt samarbejde og deraf bedre og sammenhængende patientforløb. *"Kommunerne får pisk, mens sygehuse og almen praktiserende læger får gulerødder"* (ibid.: 113). Sektorsamarbejdet halter, og en af de væsentligste årsager hertil *"skal findes i de meget forskellige finansieringssystemer, der skaber meget forskellige rammevilkår for sygehuse, kommuner og almen praksis og dermed også forskellige incitamenter"* (ibid.: 117). Forskellene giver sig også udtryk i en ret forskellig udviklingstakt i de tre sektorer. Vinge & Kjellberg (2009) sammenstiller dette i følgende skema, som klart understreger forskellene i vækstrater i tre sektorer.

Kommunerne er de eneste aktører i sundhedsvæsenet, som ikke honoreres for at producere sundhedsydelser. Patienter er en

	Aktør	Stigning: 1999-2008	Årlig vækst	Noter
Økonomi	Region	43%	4,1%	- Kortere liggetider - Øget ambulant aktivitet - Opgaveglidning - Kommunal vækst = 1/8 af sundhedsvæsenet
	Almen praksis	25%	2,5%	
	Kommuner	4% (inkl. plejehjem + hjemmesygepleje)	>0,5%	
Aktivitet	Region	100.000 stationær 2 mio. ambulant	+ 1% + 3,4%	
	Almen praksis	25% Besøg inkl. vagtlæge	+ 2,6%	
	Kommuner	Kan ikke oplyses grundet manglende standardisering af registrering		
Personale-ressourcer	Region	14,1% (læger, sygeplejersker m.fl.)	1,5% (gennemsnit)	SP i almen praksis er den gruppe sygeplejersker som oplever absolut størst vækst
	Almen praksis	7,2% læger 84% sygeplejersker	1% (gennemsnit) 8% (gennemsnit)	
	Kommuner	-16% Sygeplejersker 9% SSA 10% SSH	-2% 1% 1% I alt ca. 0,8%	- Nedgang i SP - 2008: 27% SP uden sundhedsfaglig opgave - Stigning SSH/SSA

kilde til udgift for kommunerne, og der er intet direkte økonomisk incitament til at levere sundhedsfaglige ydelser.

En yderligere pointe, som fremhæves på baggrund af skemaet, er den problematiske mangel på detaljerede aktivitetsoplysninger i den kommunale sektor. Det gør det vanskeligt at få en kvalificeret dialog om aktivitet på tværs af sektorerne.

Den kommunale medfinansiering er ved flere lejligheder problematiseret af Kjeld Møller Pedersen (2006). Mest omfattende i en publikation fra 2006. Heri påpeges, at de økonomiske incitament til øget kommunal forebyggelse næppe vil virke, fordi kommunerne reelt har begrænsede muligheder for at substituere eller bare påvirke en stor del af de indlæggelser, som de betaler for. Det fremhæves endvidere, at forebyggelse i bedste fald virker på langt sigt, og at gevinsten dermed ikke kommer inden for den aktuelle valgcyklus og måske ikke engang kommer i den kommune, som afholder udgiften.

I en vismandsrapport af 22. oktober 2009 kritiseres tre forhold vedr. medfinansieringsmodellen:

Grundbidraget er ikke afhængigt af borgernes brug af sundhedsvæsenet. Dermed giver grundbidraget ikke kommunerne incitament til forebyggelse.

Kommunerne medfinansierer alle former for behandling, uanset om der er tale om sygdomme, som kan forebygges eller ej.

Medfinansiering af ydelser hos praktiserende læger og fysioterapeuter giver incitament til at reducere antallet af kontakter, hvilket er uhensigtsmæssigt, fordi disse ydelser kan være med til at forebygge livstilssygdomme og afværge genindlæggelser.

KL påpeger, at der til dels er taget højde for dette i de med regeringen forhandlede økonomiaftaler for 2009 og 2010, "så de kommunale incitament til forebyggelse styrkes" (Kommunernes Landsforening 2009a).

"Pointen med den kommunale medfinansiering er ikke kun, at kommunerne får et incitament til at udvikle tilbud, der kan træde i stedet for behandling på et sygehus. Det handler i langt højere grad om at give kommunerne en tilskyndelse til at styrke deres forebyggende indsats, således at færre borgere bliver indlagt på kortere og længere sigt" (Kommunernes Landsforening 2009b / citat af Peter Gorm Hansen).

På trods af disse justeringer er det samlede billede, at der fra flere sider rejses kritik af finansieringssystemet og risikoen for at det kan medføre suboptimering og "kassetænkning" snarere end at fremme samarbejdet på tværs af myndighedsniveauerne. Løsningen herpå er imidlertid ikke helt oplagt. Mere aktivitetsbaseret finansiering af kommunerne er bureaukratisk vanskelig, men vil nok give større tilskyndelse til aktivitet. Et forhøjet, øremærket tilskud er en anden mulighed, som dog strider mod det generelle princip om at lade kommuner prioritere inden for en generel økonomisk ramme. Øget kommunal medfinansiering, som foreslået i foråret 2011, vil nok give stærkere økonomiske incitament for kommunerne, men vil helt sikkert ikke reducere risikoen for kassetænkning og løser ikke problematikken med, at kommunerne reelt er uden mulighed for at påvirke en lang række indlæggelser (fødsler, sportsskader mv.).

Kulturelt baserede forskelle

Dette afsnit behandler spørgsmålet, om der er forskellige tilgange (kulturer) i forhold til

omfang og tilrettelæggelse af indsatser for denne gruppe blandt de forskellige sundhedsaktører (almen praksis, kommuner og regioner).

Organisationskultur defineres ofte som *"et mønster af grundlæggende antagelser, der er blevet udviklet af en bestemt gruppe, efterhånden som den lærer at mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration, og som har fungeret tilstrækkelig godt til, at det opfattes som sandt, hvorfor nye medlemmer oplæres til at anse det som den rigtige måde at opfatte, tænke over og føle på i forhold til disse problemer"* (Schein 1985: 9). Definitionen indeholder flere interessante pointer for vores analyse. For det første, at kultur knytter sig til én gruppe i organisationen. Der kan altså både være tale om faglige kulturer og særlige forvaltningskulturer knyttet til bestemte forvaltningsenheder. For det andet, at kulturer udvikles i en læringsproces, hvor organisationsmedlemmer afprøver og udfordres i deres antagelser, og således gradvist kan udvikle nye. I vores tilfælde skal der således etableres nye kulturer for samarbejdet, og eksisterende kulturelle forståelser blandt de tre parter vil blive udfordret og udviklet i samspil.

Kulturen bidrager til at opretholde stabilitet og orden i organisationen, men samtidig er kulturen et dynamisk fænomen, som hele tiden genskabes eller udvikles af gruppens medlemmer i et samspil mellem de ting, der løbende sker, og de historiske opfattelser. På større professionstunge arbejdspladser, som fx hospitaler, dannes der ofte (ubevidst) subkulturer mellem faggrupperne, fordi disse grupper kan have hver deres værdisæt, historie og formål med arbejdet. Hver gruppe/afsnit/afdeling kan også have en særlig

kultur, hvor lederen ofte vil have stor betydning for, hvordan kulturen udvikler sig. Men opgavernes og patienternes karakteristik, specialistfagligheden, teknologien, organisationsstrukturen og afdelingens historie er også med til at præge kulturen. Tilsvarende kan der på forvaltningssiden udvikles særlige kulturer og subkulturer afhængigt af historie og læring (Væksthuset for ledelse 2006).

Kulturelle træk kan blive særligt synlige, når noget ændrer sig. Når der fx bliver indført nye opgaver og arbejdsgange, kan det få de ansatte til at sætte spørgsmålstejn ved rutiner og normer og dermed synliggøre væsentlige kulturtræk mellem de kolliderende parter. Yderligere kan der opstå udfordringer, hvis en kultur ikke stemmer overens med organisationens overordnede strategi, idet den da vil begrænse organisationens muligheder for at løse sine opgaver optimalt (ibid.). Strukturreformen og den medfølgende centralisering har grundlag i en arbejdsdeling, som både giver fordele og ulemper. Fordele er muligheden for at udvikle viden, kompetencer og behandling inden for afgrænsede områder. Ulemperne er en opdeling af sundhedsvæsenet i afgrænsede felter, som hver især udvikler sig ifølge deres logik (kultur), og som kan have svært ved at kommunikere og samarbejde om de patienter, der er nødsaget til at krydse sektorerne for at blive behandlet og plejet.

Et optimalt samarbejde kræver først og fremmest, at der er enighed om udgangspunktet, målet og ansvarsfordelingen. Hvis samarbejdspartenerne ikke "taler samme sprog" i udgangspunktet eller har forskellige grundlæggende holdninger/perspektiver på den forestående opgave, bliver samarbejdet stærkt udfordret fra dets begyndelse.

Nedenstående skema viser eksempler på elementer, der indgår i kulturbegrebet, og på, hvorledes disse kan differentiere sig indbyrdes afhængigt af sundhedsaktøren.

Snitfladeproblemerne handler således ikke blot om økonomisk rationalitet. De vedrører også de udfordringer, der er opstået, fordi de forskellige sektorer tilsyneladende domineres af forskellige styringsrationaler, patientperspektiver, forvaltning, ideologier

og arbejdskulturer, der ikke umiddelbart er forenelige. Den grundlæggende opfattelse af patienten, behandling, ansvarsfordeling mv. udfordres således af, at aktørerne (ubevidst) forventer samme indstilling hos samarbejdspartnerne, hvilket (naturligt) kan resultere i uudtalte forventede opgavefordelinger, som i sidste ende får konsekvenser for patientens behandlingsforløb i form af eksempelvis ventetid eller lignende.

SKEMA: OVERSIGT OVER NOGLE AF DE MULIGE FORSKELLE I DE FORSKELLIGE AKTØRERS KULTURER

Kulturelle faktorer	Kommunerne	Almen praksis	Regionerne
Generelt styringsrationale	Socialfagligt serviceorienteret	Socialfagligt serviceorienteret og Sundhedsfagligt evidensbaseret	Sundhedsfagligt evidensbaseret
Økonomisk styringsperspektiv	Rammefinansieret	Kombination af per capita og aktivitetsbaseret honorering	Ramme og aktivitetsbaseret finansiering
	Patienten er en kilde til udgift	<i>Den mest direkte incitamentsstyrede aktør.</i> Patienten er en kilde til indtjening	Efterspørgselsbaseret. Incitament: Optimere og forkorte forløb. Patienten er en kilde til indtjening
Patientperspektiv	Helhedsperspektiv: <i>Ser sygdom og sundhed som produkter af et dynamisk samspil mellem menneskets biologiske, psykiske og sociale omstændigheder</i>	Helhedsperspektiv: <i>Ser sygdom og sundhed som produkter af et dynamisk samspil mellem menneskets biologiske, psykiske og sociale omstændigheder</i>	Specialisering: <i>En fokuseret tilgang, hvor sygdommen forsøges lokaliseret til et enkelt organ og forklares af fejl eller mangler</i>
Fokus og arbejdskultur	Plejefokus	Pleje og behandlingsfokus	Behandlingsfokus

Hvad siger andre analyser om kulturelle rammer og forskelle?

Helle Max Martin (2010) analyserer sammenhængende patientforløb set fra patientens perspektiv i en rapport for Dansk Sundhedsinstitut. Rapporten påpeger forskellen mellem patienternes opfattelse af sammenhæng og begrebets betydning i organisatorisk brug. Patienterne gengiver deres forløb episodisk, hvilket betyder, at sammenhæng for dem er noget, der findes i det nære inden for hver enkel behandlingsgang. I organisatorisk forstand dækker begrebet over et kronologisk forløb, der går på tværs af sektorer. Med dens antropologiske tilgang til det empiriske materiale giver rapporten således et indblik i forståelsesmæssige forskelle på tværs af de forskellige aktører. Sundhedspersonalet opfatter hospitalet som bestående af flere forskellige afdelinger, der arbejder uafhængigt og med ringe indsigt i hinandens arbejde, hvilket vidner om en kulturel forskel og barriere for at optimere sammenhængende patientforløb.

I en anden rapport fra DSI analyserer Sidsel Vinge & Laura Emdal (2009), hvad der karakteriserer god opgaveoverdragelse, og hvilke barrierer der hindrer denne. God opgaveoverdragelse kræver en aktiv ledelse, der skal sikre, at kompetencer og viden følger med opgaverne og de ændrede arbejdsgange. Det konkluderes, at sektorerne har forskellige synsvinkler på de samme grundlæggende udfordringer og udviklingstendenser. Repræsentanterne angiver, at en fyldestgørende beskrivelse af ændringer, timing, omfang og konsekvenser er udgangspunktet for en god tværsektoriel dialog, der kan medføre, at opgaveglidning bliver til opgaveoverdragelse. Rapporten bygger på fokusgruppinterview med repræsentanter fra de tre sektorer.

Sidsel Vinge er sammen med Jannie Kilsmark forfattere til en rapport, som analyserer udviklingen i hjemmesygeplejens opgaver (2009). Rapporten sætter fokus på konsekvenserne af sygehusenes ændrede aktivitet for kommunerne med primært fokus på hjemmesygeplejens nye opgaver. Rapporten bygger på interviewundersøgelser med hjemmesygeplejersker samt statistiske analyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder. Der peges på tre typer nye opgaver som følge af udviklingen på sygehusene: kliniske opgaver, koordinerende/logistiske opgaver i relation til ambulante udrednings- samt behandlingsforløb og patienternes øgede behov for information, vejledning og psykosocial støtte. Hjemmesygeplejen oplever primært de koordinerende og sociale opgaver som tidskrævende.

I den ovenfor omtalte "Evaluerings af sundhedsaftalerne", som er udarbejdet af Implementationsstyrelsen, gives et billede af arbejdet med opfølgning på sundhedsaftalerne i de fem regioner og tilhørende kommuner. Rapporten fremhæver, at der har været mindre fokus på opfølgning på grund af få ressourcer i den første periode. Der er stor geografisk variation samt variation på tværs af indsatsområderne i forhold til opmærksomhed på opfølgning og indikatorer herpå. Der mangler fælles it-løsninger for primær- og sekundærsektoren. Samarbejdskulturen er præget af berøringsangst for nye opgaver, fordi de ofte medfører nye udgifter.

Indgåede aftaler overholdes ikke i praksis både på grund af manglende viden om aftalerne, manglende ejerskab og manglende efterlevelse.

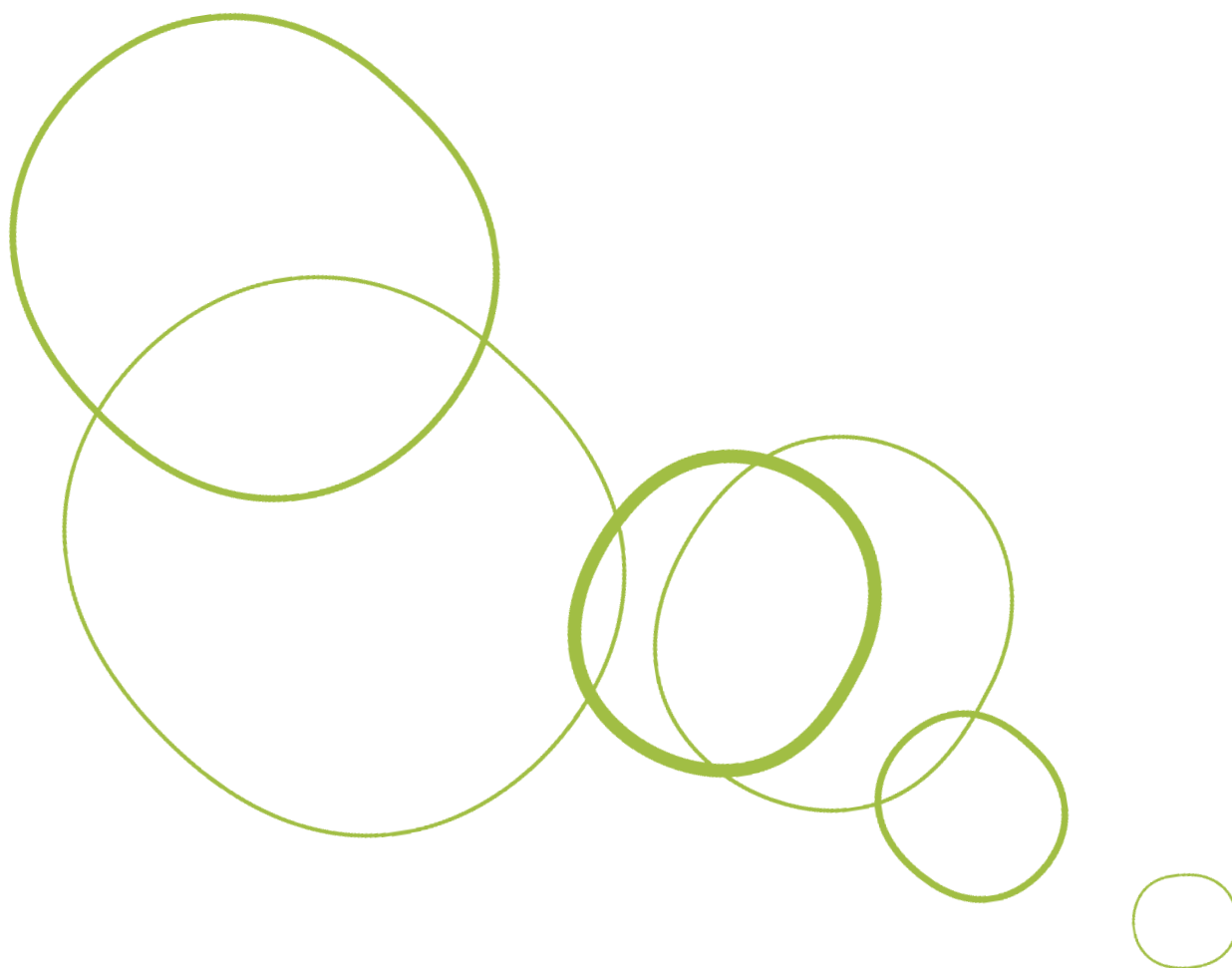
Der har været en uplanlagt opgaveglidning, som kan skyldes, at der på højere

ledelsesniveauer er indgået tværsektorielle aftaler, som aldrig er blevet implementeret i praksis.

Anne Reff konkluderer i 2011, at der udvikles forskellige regionale/kommunale "storylines" om koordinering på baggrund af sundhedsaftalerne, og at disse forsøger at legitimere en fælles forståelse af koordinering baseret på fælles meningsskabelse

og værdier. I nogle tilfælde er det kun muligt at skabe delvis fælles forståelse (Reff 2011: 128).

Hittidige analyser peger med andre ord på visse kulturelle forskelle, som ser ud til at indvirke negativt på samarbejdet. Der peges dog samtidig på ledelsesmæssige tiltag, som kan imødegå sådanne barrierer.



5. Den empiriske analyse

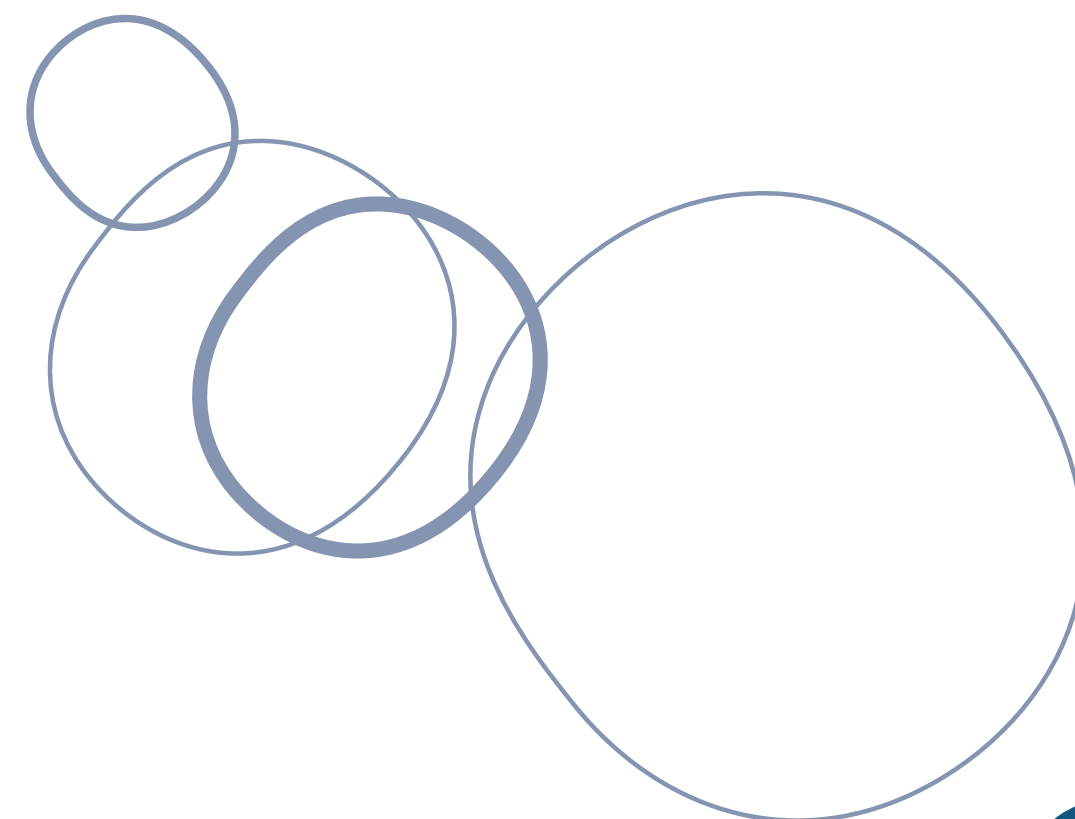
Fokuspunkter i den empiriske analyse

På baggrund af ovenstående gennemgang af udfordringer knyttet til ældre, medicinske patienter og de eksisterende analyser af institutionelle rammer for samordning af indsatsen gennemfører vi nu en empirisk analyse, som skal bekræfte og/eller nuancere de pointer, som er præsenteret ovenfor.

I rapportens indledning pegede vi på en institutionelt teoretisk rammeforståelse af samspilsrelationerne. Vi argumenterede for, at regioner og kommuner sandsynligvis har forskellige interesser, som vil påvirke deres samarbejde. Sundhedsaftalerne fungerer som et fikspunkt for det praktiske samspil, idet de fastlægger de generelle rammer for det videre samarbejde. Det kan forventes, at aftaleparterne i arbejdet med

sundhedsaftalerne og i den efterfølgende udmøntning heraf til dels vil forfølge egeninteresser i form af budgetmaksimering og beskyttelse mod udgifter ved at efterstræbe interessante opgaver og ved at skabe de bedst mulige betingelser for egne institutioner. Denne type egennyttemaximerende adfærd kan både forstærkes og dæmpes af kulturelle indstillinger blandt de primære aktører.

Interessemodsatningerne kan have forskelligt udtryk i forhold til de forskellige delempner i aftalekonstruktionen. På baggrund af ovenstående gennemgang af teoretiske perspektiver og tidligere analyser viser vi i nedenstående skema, hvor vi forventer at finde forskelle i fokus og interesser, som kan give anledning til snitfladeproblematikker.



	Kommuner	Regioner	Praktiserende læger
Indlæggelse/ ambulant behandling	Kommuner betaler et beløb til regionerne pr. indlæggelse, men har ikke direkte indflydelse på henvisning. Kommuner har interesse i at forebygge "unødvendige genindlæggelser".	Flere indlæggelser indebærer større indtjening til regionen. Sygehuse modtager akutte eller planlagte patienter henvist fra lægevagt eller praktiserende læge. Der er brug for god information vedrørende forhenværende og aktuel medicin- og behandlingsstatus fra den henvisende læge til sygehus. "Forebyggelige indlæggelser" giver indtjening, men binder også kapacitet.	Formelt henvisende aktør. Brug for viden om henvisningsmuligheder og praksis i regionerne.
Udskrivning	Skal være parat med opfølgende plejetilbud, hjælpemidler og botilbud. Har derfor interesse i en vis varslings- tid, så arbejdsflow og kapacitet kan planlægges. Kompenseres ikke for ekstra opgaver, og har derfor interesse i, at patienter er så raske som muligt, inden de udskrives, og har ikke økonomisk interesse i at overtage opfølgende monitoreringsopgaver.	Fokus på accelererede patientforløb med kortere liggetid giver behov for fleksibel og hurtig udskrivning til den kommunale sektor. Regioner vil foretrække kort eller fleksibel varslings- tid. Samtidig vil der være en tendens til, at patienter udskrives tidligere, så flere plejeopgaver skubbes til den kommunale sektor.	Praktiserende læger har formelt rollen som "tovholder" for patienterne, og har derfor brug for god information om, hvad der er foregået i sygehusregi, om medicinering og om relevante kommunale tilbud.
Genoptræning	Kommuner har hovedansvaret for genoptræning. De varetager genoptræning uden for sygehusregi, mens de finansierer regional genoptræning under indlæggelse med 70% Kommunerne modtager genoptræningsplaner fra sygehusene, som bestemmer, om det skal være almen genoptræning eller specialiseret genoptræning. Kommunerne kan af kapacitetsmæssige årsager have interesse i en meget fleksibel frist for igangsættelse af genoptræning.	Regionernes sygehuse varetager genoptræning under indlæggelse og specialiseret genoptræning i ambulant regi. Sygehusafdelinger skriver genoptræningsplaner efter indlæggelse, og regionerne kan således i princippet satse på spændende specialiserede genoptræningsopgaver, finansieret af kommunerne.	Den praktiserende læge har i egenskab af "tovholder" brug for information om genoptræningsplaner og tilbud, men har i øvrigt ikke direkte indflydelse.

Flere pointer kan udledes af skemaet. For det første, at der ud fra teoretiske vurderinger samt tidligere analyser kan forventes at være interesseforskelle og snitfladeproblematikker, som kan spænde ben for samarbejdet om ældre, medicinske patienter. For det andet, at alment praktiserende læger spiller en central rolle i mange dele af forløbet, men uden at være formel aftalepart, og uden at kommunerne har reelle magtmidler til at påvirke dem. Praktiserende lægers interesser bestemmes af overenskomstaftalerne, hvor kommunerne ikke deltager.

Den empiriske analyse vil vise eksempler på håndtering af temaer knyttet til de forskellige delelementer i aftalerne samt på generelle tværgående temaer. Dermed gives en indikation af, hvorvidt interessemodsatninger dominerer samarbejdet, og om kulturelle institutioner styrker modsætningerne, eller om de alternativt bidrager til at finde fagligt og praktisk baserede løsninger på trods af de principielle modsætninger. Vi har valgt semistrukturerede interview, som flugter med vores eksplorative interesse i at lade interviewpersonerne komme til orde i forhold til deres vurderinger. Ovenstående præsentation af mulige interesseforskelle og kulturforskelle udgør dog vores forforståelse, og er dermed med til at strukturere og definere specifikke undersøgelsesspørgsmål.

Problemfelter og løsningstiltag. Eksempler fra de fem regioner

I den empiriske analyse fremlægges resultater fra interviewrunden i de fem regioner og ti kommuner samt blandt praktiserende læger. Den primære vinkel i interviewene har været at identificere udfordringer og at finde eksempler på god håndtering af udfordringerne. Der tages

udgangspunkt i et patientforløbsperspektiv, hvor de forskellige funktioner og snitflader behandles fortløbende. Herefter behandles tværgående temaer i form af praktiserende lægers rolle, it og kommunikation samt den generelle vurdering af aftalerne som redskab.

Indlæggelse

Problemfelter:

Kommunikation fremhæves af alle tre parter som en væsentlig udfordring. Regionerne fremhæver, at sygehusene ikke altid får tilstrækkelig information fra de praktiserende læger eller vagtlæger i forbindelse med indlæggelse. Tilsvarende er der ikke altid tilstrækkelig kommunikation til og fra de kommunale aktører i forbindelse med indlæggelser. Det fremhæves som et problem, at lovgivningen om persondata i øjeblikket hindrer et fuldt integreret patientinformationssystem.

Fra både regional og kommunal side bekræftes, at de økonomiske styringsvilkår giver uhensigtsmæssige tilskyndelser til kassetænkning. Den strammere økonomiske situation i de senere år skærper denne problematik, fordi flere kommuner er pressede og må prioritere hårdere på alle områder.

Flere kommuner påpeger det problematiske i, at de ikke forskriftsmæssigt kan påvirke praktiserende lægers henvisning. Også i forhold til regionernes prioriteringer og tilbud oplever en del kommuner, at det kunne være ønskværdigt med mere indflydelse. Der er en fornemmelse af, at det ikke nytter med en forebyggende indsats i kommunerne, fordi antallet af indlæggelser reelt afgøres af de praktiserende læger og af beslutninger på de regionale sygehuse om serviceniveau.

Både i forhold til kommunikation og i forhold til kommuners indflydelse på henvisningsmønstre er det et problem, at praktiserende læger ikke er forpligtede af sundhedsaftalerne, lyder det fra flere kommunale aktører.

Det fremhæves af nogle praktiserende læger, at de forskellige sygehuse har ret forskellige tilbud ved indlæggelse. Ændringer i sygehusstrukturen har introduceret nye arbejdsdelinger, som ikke altid er kommunikeret tydeligt nok til de praktiserende læger. Det kan derfor tage unødigt lang tid at finde ud af, hvor patienten skal indlægges.

Problematikken med forebyggelige genindlæggelser af ældre, medicinske patienter er kendt af alle aktørerne. Der er dog ikke enighed om, hvor stort problemet er, eller hvordan man mere præcist definerer, hvad der er uhensigtsmæssigt. Nogle hævder, at alle genindlæggelser inden for et vist tidsrum er uhensigtsmæssige. Andre finder det fornuftigt at trække på sygehusenes ekspertise i tvivlstilfælde og påpeger, at det ofte er vagtlæger, som genindlægger. Ifølge en alment praktiserende læge skyldes genindlæggelser hovedsageligt, at patienter udskrives for hurtigt fra sygehus, og at de praktiserende læger ikke har tid nok til at holde snor i udviklingen.

Eksempler på løsningstiltag:

Der arbejdes i alle regioner med kommunikationsstrategier som en integreret del af samarbejdet mellem regionale sygehuse, kommuner og praktiserende læger. SAM:BO-systemet fra Region Syddanmark er et eksempel på en sådan strategi. Systemet indeholder detaljerede beskrivelser af forskellige typer patientforløb, og herunder også beskrivelse af kravene til kommunikation (SAM:BO). Et typisk forløb er, at egen

læge henviser elektronisk til sygehuset. Henvisningen skal udarbejdes i henhold til generelle standarder. Hvis patienten er kendt i sygehusets administrative system sendes automatisk en elektronisk avis til kommunen. Hvis ikke, oprettes patienten, og der sendes derefter en elektronisk avis. Er patienten kendt i det kommunale omsorgssystem, medfører sygehusets avis et automatisk indlæggelsessvar fra hjemmeplejens omsorgsjournal i patientens hjemkommune til sygehusets patientadministrative system/EPJ.

Udbygningen af elektroniske kommunikationsformer er dermed en vigtig del af kommunikationsstrategierne. I praksis opleves dog fortsat en del mangler. Det fremhæves, at der er behov for nationalt udviklede retningslinjer, og at det er et problem, at de praktiserende læger har forskellige systemer. Mange steder udsendes elektroniske adviser ved indlæggelse og udskrivning, men kvaliteten er ikke altid god nok. I forhold til kommunerne er en fælles "medcom"-standard i øjeblikket ved at blive implementeret. Det anføres som en væsentlig barriere for udvikling af integrerede informationssystemer, at persondatalovgivningen ikke tillader denne form for udveksling i dag.

I forhold til praktiserende lægers usikkerhed om henvisningsveje vil de nye "fælles akutte modtagelser" samt "diagnostiske centre" give en mere entydig indgang. Praktiserende læger behøver dermed ikke at holde løbende kontakt med mange forskellige afdelinger. Herudover anvendes informationsmøder og formidling via praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter som redskaber til at kommunikere med almen praksis. De overordnede økonomiske incitamenter fastlægges nationalt og dermed uden for

direkte indflydelse af de decentrale aktører. Den kommunale medfinansiering og rammefinansieringen af kommunernes aktiviteter er dermed grundvilkår for samarbejdet.

Der arbejdes decentralt med at finde praktiske løsninger med udgangspunkt i faglige kriterier frem for økonomi. Sundhedsaftalerne afspejler dette fokus på praktiske og fagligt baserede aftaler. Alligevel påpeges i flere interview, at der skeles til økonomien, når den praktiske tilrettelæggelse finder sted. Den nuværende økonomisk trængte situation for både regioner og kommuner forstærker denne tendens.

Mange kommuner arbejder med aflastningspladser eller akutte plejeenheder af forskellig art, hvortil der kan henvises som alternativ til indlæggelse på sygehus. Det fremhæves i de fleste kommuner, at den primære bevæggrund for at etablere disse pladser er hensynet til kvaliteten i deres service til eksempelvis ældre, medicinske patienter, og at økonomi dermed ikke er en primær motivation (fx Aalborg, Aarhus og København). I enkelte tilfælde (Region Nordjylland) medfinansieres pladserne af regionen. Nogle regionale aktører påpeger, at det ikke er realistisk med sådanne pladser i alle kommuner, og at det måske også fagligt og økonomisk set er mere hensigtsmæssigt at geare de nye "fælles akutmodtagelser" (FAM) på sygehusene til også at kunne håndtere disse situationer, således at eksempelvis en ældre med et slemt tilfælde af dårlig mave kan henvises til FAM, som så kan give saltvand og overvåge, indtil det er muligt at hjemsende til kommunen.

I nogle kommuner (fx Aarhus) er der etableret et vagtberedskab, hvor praktiserende læger har mulighed for at rekvirere en kommunal plejevagt, som kan komme ud

til borgeren. Dette retter sig især mod døende eller demente, som ikke har behov for egentlig sygehusindlæggelse. Ordningen er samfinansieret af region og kommune.

Udgående geriatiske team fra sygehuse (fx i Aalborg) er en anden mulig model for samarbejde om at undgå unødige indlæggelser, ligesom nogle kommuner (Thy-Mors) har udkørende sygeplejersker, som i praksis er sygehusets "forlængede arm".

Sygehusene arbejder også mange steder med kurser og oplæring af kommunalt pleje-personale, så de kan klare flere opgaver i hjemmene og dermed forebygge indlæggelser (fx Brovst Kommune)

Forebyggelige (gen)indlæggelser er et fokusområde i alle regioner. Mange kommuner har i samarbejde med praktiserende læger gennemført auditprojekter med henblik på at identificere de primære grunde til genindlæggelser. Dette har eksempelvis i Region Hovedstaden (Gentofte) ført til konklusioner om at skærpe udskrivningsprocedurerne.

På løsningssiden er der endvidere i mange kommuner indført procedurer for at skærpe opmærksomheden blandt det kommunale sundhedspersonale (hjemmeplejen). Der er gennemført informationsaktiviteter, og der er sat særligt fokus på forhold som kost, forstoppelse og dehydrering af ældre patienter.

I forhold til integration af de praktiserende læger har flere kommuner ansat praksiskonsulenter, som skal facilitere samspillet mellem kommune og praktiserende læger gennem procedureudvikling og informationsudveksling. Regionalt ansatte prak-

siskoordinatorer spiller samme rolle for interaktionen mellem sygehuse og praktiserende læger.

Samlet set fremstår kommunikation, forskelligartede økonomiske styringsvilkår, praktiserende lægers status i forhold til sundhedsaftalerne og uklarhed blandt praktiserende læger om henvisningsmuligheder som vigtige udfordringer for kommuner og regioners muligheder for at skabe god kvalitet i samarbejde om ældre, medicinske patienter. Et af de konkrete resultater, når det går galt med kommunikationen, og der er uklarhed om arbejdsdeling, er, at ældre, medicinske patienter (gen) indlægges oftere end det strengt taget er nødvendigt.

Der arbejdes med en række forskellige tiltag for at imødegå disse problemstillinger. Fælles kommunikationsstrategier understøttet af it er et vigtigt element. Regionerne arbejder med at etablere mere entydige indgange til sygehussektoren, og på at etablere en bedre koordination af diagnostikken. Det sidste kan få stor positiv betydning for ældre, medicinske patienter, som ofte fejler flere ting samtidigt, og som ofte har svært ved at overskue de forskellige kontakter i et ukoordineret udredningsforløb.

Der arbejdes også med forskellige løsninger i kommunalt regi for at skabe midlertidige aflastnings- og plejetilbud, som kan afhjælpe nogle af de problemer, som ellers kunne føre til indlæggelse på sygehus. Nogle regioner tænker i samme retning i forhold til at lave særlige modtagefunktioner for blandt andet ældre, medicinske patienter i forbindelse med de nye fælles akutmodtagelser (FAM).

Udskrivning/hjemtagning

Problemfelter:

Koordineret udskrivning har været fremhævet som et centralt problemfelt for samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis. I interviewene refereres til patientvurderinger, hvoraf mange har oplevet usammenhængende forløb efter sygehusindlæggelse.

Kommunikationen fremhæves i mange interview som et væsentligt problemfelt, hvor kommuner og praktiserende læger finder, at udskrivningsinformation fra sygehuse er af varierende kvalitet og ikke altid rettidig. Kvalitetsmæssigt nævner praktiserende læger, at udskrivningsmeddelelserne ikke altid indeholder tilstrækkelig information om medicinering og om de diagnostiske og behandlingsmæssige procedurer, som er gennemført under indlæggelsen.

I et forsøg på at sikre rettidighed har første generationsaftaler typisk inkluderet specifikke varslingstider for sygehusene inden udskrivning. Fokuseringen på varslingstider har imidlertid givet anledning til en del praktiske diskussioner, fordi man risikerer, at sygehusene varsler unødigt, og inden patientens tilstand er vurderet tilstrækkeligt eksempelvis efter operation. Kommunerne har på den anden side (ifølge nogle regioner) holdt hårdt på, at patienten skulle ligge varslingstiden ud, selvom vedkommende reelt kunne have nytte af at blive sendt hjem tidligere.

Den elektroniske informationsudveksling er ikke fuldt udbygget i alle regioner/kommuner, og særligt nævnes manglen på fælles informationer om medicinering som et problem. Medicininformationer skal i princippet være en del af udskrivningsbreve fra sygehusafdelingerne, men praktiserende læger og

kommuner i vores interviewkreds fremhæver, at informationen kan være mangelfuld og uensartet på tværs af sygehusafdelinger.

Opgaveglidning/opgaveudvikling er et hyppigt fremhævet problemfelt, men hvor der dog langt fra er enighed om omfanget og implikationerne. Kernen i problemstillingen er, at den faglige udvikling på sygehusene går i retning af hurtigere behandlingsforløb og deraf kortere liggetider på sygehusene, hvilket giver behov for mere omfattende kommunale sundhedsydelser. Patienterne er ifølge mange kommunale aktører og praktiserende læger svagere og mere plejekrævende, når de udskrives, end de var tidligere. Samtidig er der sket en udvikling i medicinsk teknologi, så kommunalt personale i princippet kunne overtage flere opgaver af behandlingsmæssig karakter fra sygehusene. Det gælder eksempelvis hjemmedialyse og IV-medicinering. Alt sammen stiller krav til udvikling af det kommunale beredskab både fagligt, kvalitativt i forhold til at håndtere nye opgavefelter og kapacitetsmæssigt i forhold til at levere en større samlet mængde ydelser.

Regionale aktører påpeger dog, at udviklingen ikke har været helt så entydig, og at nye behandlingsprocesser også har medført, at nogle patienter faktisk kan være mindre plejekrævende end tidligere efter sygehusbehandling. Det gælder eksempelvis ved kirurgiske indgreb, som er blevet mindre belastende (kikkertoperationer mv) invasive. En anden pointe er, at risiko for sygehusintroducerede infektioner og svækkelser reduceres ved kortere liggetid. Begge dele peger på, at det i hvert fald ikke er alle ældre, medicinske patienter, som er ringere, når de udskrives. Det kommunale beredskab og den faglige udvikling i kommunerne nævnes af flere

regioner som en udfordring. Pointen er her, at kommunen som følge af udviklingen i regionerne og den generelle medicinske teknologiske udvikling har mulighed for at overtage flere opgaver, men ikke samtidig har haft tilstrækkelige muligheder for at uddanne og fastholde fagligt personale. Generelt har kommunerne ikke stærke økonomiske incitamenter til at satse på sundhedsområdet.

Eksempler på løsningstiltag:

I forhold til kommunikation er der i alle regioner udviklet faste procedurer som en del af sundhedsaftalerne. Der er varierende udsagn om, hvor godt disse aftaler virker i praksis. Region Syddanmarks SAM:BO-system er et eksempel på, hvordan det kan fungere.

I første generation af aftalerne har der været arbejdet med faste varslingstider før hjemsendelse. I nogle tilfælde har aktørerne fundet, at dette blev for rigtigt, og der arbejdes i stedet med mere fleksible ordninger. Under alle omstændigheder er det meget vigtigt, at den information, som medsendes, er fyldestgørende. Understøtning med elektroniske kommunikationsmidler er et eksempel på, hvordan dette kan sættes i system, men det virker ikke alle steder. Det er vigtigt, at der skabes opmærksomhed om dette på sygehusene, men det er lige så vigtigt, at kommunerne etablerer et beredskab til at modtage informationen. Der skal eksempelvis etableres mulighed for kommunikation efter kl. 16.00 fredag eftermiddag.

Mange steder arbejdes med kommunale udskrivningskoordinatorer på sygehusene for at øge kvaliteten af samarbejdet om udskrivningsforløb. Dette opfattes positivt af både regioner og kommuner. Kommu-

nerne anfører dog, at det er vigtigt, at der findes en god arbejdsdeling, så sygehuse ikke bare overlader alt til disse kommunale aktører. En anden problematik er, at mindre kommuner, som har kontakt til mange forskellige sygehuse, ikke altid har ressourcer til denne type løsning. Dette løses i nogle tilfælde ved klyngesamarbejder med fælles koordinatore.

Fælles medicinkort bliver vigtigt for praktiserende læger, som har det formelle ansvar for medicinering efter udskrivning. Kommunale aktører har også brug for denne information. Flere steder er der allerede løbende elektronisk kontakt mellem praktiserende læger og kommunen, og det vurderes at fungere godt.

Mange steder i landet arbejdes med forskellige ordninger, hvor sygehuspersonale deltager i forløbet med hjemsendelse. Det gælder eksempelvis ved brugen af geriatriske team i Aarhus, og med andre typer "følge hjem-ordninger" fra sygehuse (fx København). I København er der også forsøg med en "ringe hjem-ordning", hvor sygehuspersonale ringer til den hjemsendte patient.

I andre tilfælde gennemføres opfølgning i samspil mellem praktiserende læger og hjemmepleje, som kommer på besøg i eget hjem. Sådanne ordninger findes eksempelvis i København, og i "Vestklyngen" i Region Midtjylland, hvor der er lavet paragraf 2-aftale med praktiserende læger. Københavns Kommune har evalueret "følge hjem"- og "følge op"-ordningerne og kan dokumentere positive resultater.

Generelt arbejder kommunerne med at etablere procedurer og standarder for "det gode modtagerforløb". Det kan eksempelvis omhandle besøg af sygeplejerske inden

for 24 timer for at skabe overblik over patientens tilstand og behov. Region Midtjyllands "pixihåndbog" er et eksempel på formaliseringen af procedurer

Spørgsmål om opgaveglidning/opgaveudvikling har været drøftet i alle regioner. Der er blandt kommuner og praktiserende læger en generel opfattelse af, at patienter faktisk udskrives tidligere og ofte er mere plejkrævende end tidligere. Dette stiller større krav til det kommunale beredskab, både kvalitativt og kvantitativt.

Kvalitativt har kommunerne arbejdet med kompetenceudvikling og efteruddannelse. I Brovst Kommune er der eksempelvis gennemført en systematisk satsning på efteruddannelse, og det fremhæves, "at det er blevet meget sjovere og med højere prestige at være kommunal sundhedsarbejder end for nogle år siden". Generelt påpeges dog også, at kommunerne i nogle tilfælde har haft svært ved at rekruttere og fastholde sygeplejersker. Det har svækket kompetenceudviklingen nogle steder.

I en del tilfælde benyttes "klyngesamarbejder" på tværs af kommuner til at sikre et højt fagligt niveau gennem vidensdeling og i nogle tilfælde også fælles ressourcer. Denne type samarbejde er særligt vigtigt for mindre kommuner, som eksempelvis Allerød og Brovst.

Andre eksempler på tiltag til at øge faglighed er etablering af bedre muligheder for faglig støtte fra sygehusafdelinger via telefonkonsultationer mv. Dette er særligt relevant på de områder, hvor funktioner overføres fra sygehusafdelinger til kommunalt regi (IV medicinering, hjemmedialyse mv.). De ovennævnte samarbejder om følge hjem-ordninger mv. er et andet

eksempel på etablering af ordninger, der også fungerer som redskaber til faglig udveksling og udvikling. Eksperimenter med samlokalisering mellem praksislæger og kommunalt sundhedspersonale mv. i sundhedshuse er et yderligere eksempel på, at man via strukturelle tiltag prøver at sikre god faglig dialog i kommunalt regi.

I forhold til det kvantitative beredskab kan der peges på etableringen af udslusningspladser og midlertidige opholdssteder som en reaktion på tidligere udskrivning. Denne type tilbud giver mulighed for at følge borgeren tættere i perioden lige efter udskrivning, så de reelle behov kan vurderes.

Samlet set fremstår udskrivinger som et andet vigtigt problemfelt i forhold til at skabe god kvalitet i kommuners og regioners samarbejde om ældre, medicinske patienter. Problemfeltet rummer problematikker om kommunikation, opgaveglidning og ukoordineret eller mangelfuld kompetenceudvikling. Løsningerne herpå er kommunikationsprocedurer og systemer med fokus på rettidig og fyldestgørende udskrivningsinformation samt fokus på kompetenceudvikling blandt alle aktører. Mange større kommuner har udskrivningskoordinatorer på sygehuse for at styrke kommunikationen. Der er endvidere store forhåbninger til det "fælles medicinkort", som er under indførelse. Praktiserende læger og kommuner har en fornemmelse af, at ældre, medicinske patienter udskrives hurtigere fra sygehuse nu end tidligere og dermed har mere brug for pleje og opfølgning. For at imødekomme dette arbejdes flere steder med udslusningspladser og midlertidige botilbud, hvor borgeren kan følges tættere efter udskrivning fra sygehus. Generelt arbejdes der i kommunerne med at opruste kompetencer til opfølgning og genoptræning, selvom udviklingen ifølge

nogle af de regionale repræsentanter er for uensartet, og ikke altid hurtig nok.

Ambulante forløb

Problemfeltet:

Kommunikationen nævnes som et væsentligt problem i forbindelse med ambulante behandlingsforløb. Der er mindre klare retningslinjer end ved indlæggelse/udskrivning, og kravene om løbende tilbagemelding om forløb, ændringer og medicinering følges ikke altid. Flere praktiserende læger påpeger, at de ikke nødvendigvis får rettidig melding om ændringer i medicinering. Det er problematisk, fordi de praktiserende læger formelt har ansvaret for dette. Det anføres, at både praktiserende læger og sygehus bruger uhensigtsmæssig megen tid på kontakt og koordination omkring disse forløb. Regionale informanter anfører på den anden side, at sygehusene mangler information om, hvorvidt praktiserende læger har lavet de nødvendige undersøgelser.

En del ældre, medicinske patienter lider af kroniske lidelser, som kræver vedvarende behandling i ambulante forløb og ved løbende kontakter med praktiserende læger. De patientadministrative og honoreringsmæssige systemer er imidlertid overvejende episodeorienterede. Det giver begrænsede incitamenter til at lave systematisk opfølgning i forhold til kronikere.

Mange patienter har kontakt med flere forskellige ambulante afdelinger og kan ikke selv holde styr på, hvad der foregår. Der er brug for opbakning fra praktiserende læge eller kommunale aktører som tovholdere. Generelt stiller den øgede brug af ambulante behandling større krav til kommuner og praktiserende læger om opfølgning, således at der skabes sammenhæng mellem indsatserne på de forskellige niveauer.

Eksempler på løsnings tiltag:

Udviklingen af reelt integrerede kommunikationssystemer er et vigtigt element. Det anføres at man er godt i gang, men at der fortsat er en del tekniske og praktiske problemer. Københavns Kommune er i færd med at implementere et it-kommunikationsprogram for kronikerområdet i regionen. Der er 18 delelementer i programmet, som regionen har tre år til at få implementeret. 2-3 af dem handler om it-kommunikation mellem ambulantområder egen læge og kommune. Flere kommuner er godt i gang, og de tekniske problemer er ved at blive løst. SAM:BO-systemet i Region Syddanmark er et eksempel på formalisering af procedurer for kommunikation om ambulante forløb. Kommunikationen understøttes af en it-løsning.

Udviklingen af forløbsprogrammer og implementering af disse er et skridt fremad i forhold til problematikken om episodeorienterede behandlingssystemer. Det samme gælder forsøgsordningen med forløbsbaserede takster for diabetes.

Det er vigtigt med datamæssig understøttelse, eksempelvis ved brug af "datafangst" for praktiserende læger. Praktiserende læger anfører endvidere, at det er vigtigt med mulighed for kontakt til sygehus ved tvivlstilfælde eventuelt i form af en mere formaliseret kontaktordning.

I forhold til kommunernes rolle er løsningsforslagene blandt andet som beskrevet ovenfor i forbindelse med udskrivning. Samarbejds møder mellem kommunale sygeplejersker og afdelingssygeplejersker anvendes eksempelvis i Aalborg. Dette er et redskab til at styrke fagligt samarbejde og håndtere konflikter.

Genoptræning

Problemfeltet:

Genoptræningsområdet har været genstand for mange drøftelser mellem regioner og kommuner og spiller også en væsentlig rolle for ældre, medicinske patienter, eksempelvis i forhold til hjertesygdomme, muskelskeletlidelser mv. Som beskrevet ovenfor er det en grundlæggende problematik, at regionerne (sygehusene) via genoptræningsplaner bestemmer niveauet af genoptræning, mens kommunerne skal betale for genoptræning, hvad enten det er specialiseret i sygehusregi eller køres som kommunal aktivitet. Ud over det økonomiske har der været drøftelser om den faglige snitflade. Hvornår kræver noget specialiseret genoptræning, og hvornår kan man "nøjes" med almen kommunal genoptræning? Svaret afhænger til dels af niveauet i kommunernes tilbud, og her har der også været en del drøftelser.

Kommunerne anfører, at der er stor forskel på tværs af sygehuse i forhold til, hvad der henvises til almen og speciel genoptræning. Det anføres også, at der ved udskrivningen ofte mangler funktionsevnevurderinger, som kan danne grundlag for vurderingen og for kommunernes valg af tilbud.

En del regioner anfører på den anden side, at de gerne ville have indflydelse på, hvilken specifik genoptræning der tilbydes i kommunalt regi. Det anføres, at for sen eller fejlagtig genoptræning kan medføre unødigt forværring af sygdomme.

Det er et generelt problem for tilrettelæggelsen af genoptræningsindsatser, at der mangler forskningsbaseret viden om, hvad der virker, og hvad der ikke virker. Det giver anledning til en heterogen praksis på tværs af landet.

Eksempler på løsnings tiltag:

I alle regioner omfatter sundhedsaftalerne detaljerede retningslinjer om genoptræning. Det anføres også af både regioner og kommuner, at der er sket et væsentligt løft på dette område efter Strukturreformen. Sundhedsaftalerne har været medvirkende til dette. Et vigtigt tiltag i sundhedsaftaleregion har været udviklingen af detaljerede snitfladekataloger, som har medvirket til at få en bedre fordeling af specialiseret og almen genoptræning.

Tilfredsheden med genoptræningsplanerne er generelt stigende blandt kommunerne, og de opfattes som mere rettidige og brugbare nu end tidligere, om end der stadig er en del variation på tværs af sygehusene.

Nogle kommuner har lavet centrale genoptræningsenheder. Dette har hjulpet til at formidle ensartede forventninger til genoptræningsplanerne fra sygehusene og har generelt styrket fagligheden. Specialiserede genoptræningstilbud med særlige enheder for ortopædi og neurocenter mv. er en alternativ strategi i en del kommuner. Generelt anvendes private leverandører (fysioterapeuter) som buffer for kapacitetsproblemer.

Flere kommuner er i gang med at lave servicemål, og i mange tilfælde laves løbende funktionsevnevsmål med henblik på kvalitetsudvikling.

Patientrettet forebyggelse

Problemfeltet:

Arbejdsdelingen mellem kommuner og praktiserende læger om forebyggelse er en vigtig problemstilling. Formelt er de praktiserende læger ansvarlige for den sekundære patientrettede forebyggelse, mens kommuner har ansvar for den primære, generelle

forebyggelse. I forhold til den patientrettede forebyggelse er der tale om et delt ansvar mellem kommuner og regioner. I praksis ser der ud til at være nogen uklarhed om arbejdsdelingen.

Der er således ikke altid tilstrækkelig gensidig viden om tilbud. Praktiserende læger kender ikke nødvendigvis de kommunale tilbud, og regionerne stoler ikke altid på, at primærsektoren kan løfte opgaverne.

Mindre kommuner har ikke altid ressourcer til det forebyggende arbejde for alle typer risikofaktorer og målgrupper, og det er et generelt problem, at der mangler forskningsbaseret viden om, hvor godt de forskellige tiltag virker.

Det fremgår af flere interview, at en del af forebyggelsesindsatserne er helt eller delvist projektfinsierede. Dette vanskeliggør en mere længerevarende kompetenceopbygning (se også Norman et al. 2011).

Løsnings eksempler:

Forløbsprogrammer og formalisering af opgavedeling er et vigtigt redskab, men det er ikke helt på plads alle steder på trods af generelle aftaler. Der fokuseres især på KOL, diabetes, hjerte og muskelskeletområdet. – Depression er på vej.

Mindre kommuner kan benytte sig af samarbejdsaftaler med andre kommuner for at få volumen nok til specialiserede tilbud.

Region Midtjylland gør en del ud af kompetenceudvikling på dette område og har eksempelvis fælles skolebænk, hvor også kommunale aktører kan deltage. Der arbejdes også med det såkaldte "kronikerkompass" som et redskab til at understøtte praktiserende læger i deres håndtering af kronikere.

Flere regioner og mange kommuner arbejder med patientskoler som en strategi for at styrke patienternes egen håndtering af sygdomsforløb. I nogle kommuner (fx Svendborg) er dette udformet som moduler, der kan tilvælges af patienter. Det samlede forløb omfatter også indledende og afsluttende samtaler for at følge op på effekten, så der kan kvalitetsjusteres og udvikles.

Medicinering: polyfarmaci

Problemfelter:

Medicin håndtering nævnes af mange informanter i undersøgelsen, som en stor og meget vigtig udfordring i samarbejdet mellem de tre parter.

Mange ældre, medicinske patienter får flere samtidige præparater. 15-16 forskellige er ikke usædvanligt, og en praktiserende læge i undersøgelsen har talt op til 26 samtidige præparater for en patient. Det giver behov for nøje overvågning af udskrivning, virkning og bivirkninger. Det er i den forbindelse et problem, at der kan være flere samtidige ordinerende læger på sygehusafdelinger, i speciallægepraksis og i almen praksis. I princippet er det den sidst udskrivende læge, som har ansvaret for at danne overblik. Efter udskrivning er det den alment praktiserende læge, som overtager ansvaret. I praksis er det vanskeligt at få overblik, fordi den praktiserende læge ikke altid får informationer fra udskrivende læger. Det kan derfor være meget ressourcetungt for de praktiserende læger at opdatere og sammenholde de forskellige informationer. Der er særlige udfordringer med manglende informationer fra psykiatrien. Det er en komplicerende faktor, at medicin kan være udskrevet af subspecialister på sygehuse, og at det efterfølgende kan være svært for den praktiserende læge at vurdere eller ændre disse beslutninger.

De kommunale aktører (primært hjemmesygeplejen) spiller også en vigtig rolle i den daglige kontakt med patienten og i den praktiske håndtering af medicinen. Men de kan ligeledes have svært ved at få fuldt overblik, når der kan ordineres af flere samtidige læger. De har derfor ofte brug for kontakt til praktiserende læger, men dette samarbejde er ikke altid velfungerende.

Eksempler på løsningstiltag:

Mange af aktørerne knytter store forventninger til det kommende "fælles medicin-kort", som i princippet kommer til at indeholde opdaterede oplysninger om alle præparater udskrevet til den enkelte patient. Det påpeges dog samtidig at systemet ikke er bedre end den information, der lægges ind, og at der skal udvikles en praksis i forhold til brug af informationerne.

Dosisdispensering anvendes mange steder til at give større sikkerhed og bedre overblik i selve håndteringen af medicinen. Det nævnes dog som et problem, hvis dosis ændres hyppigt, at dosispakning ofte sker for en længere periode.

Nogle kommuner har en årlig gennemgang af medicin sammen med en praktiserende læge (fx Aarhus). Nogle interviewpersoner finder dog, at det er for ufleksibelt med en sådan fast kadence. Nogle ældre, medicinske patienter er indlagt flere gange om året og kan i princippet få ændret medicinering hver gang. I Aarhus gennemgår de udgående geriatriske team medicineringen for patienter, der er omfattet af "følge hjem-ordning". Odense har en konkret aftale med to praktiserende læger, der skal gennemgå medicinering for udvalgte patienter. Kommunen håber at kunne udbrede denne aftale til flere praktiserende læger.

Generelt ønsker regionerne, at medicin-gennemgang sættes i system af de prak-tiserende læger. De praktiserende læger anfører, at de gennemfører systematisk medicingennemgang for patienter på ple-jehjem, mens det for øvrige patienter bør være mere fleksibelt, men typisk mindst en gang pr. år.

Nogle regioner (fx Region Sjælland) har ansat farmaceuter på sygehusene til at gennemgå og vejlede i forhold til medici-nering.

Integration af almen praksis

Problemfelter:

Det nævnes af regioner og kommuner som et generelt problem, at de praktiserende læger ikke er formelt forpligtede af sund-hedsaftalerne. "Alle de steder, hvor de er nødvendige i aftalerne, der har man helt klart en særlig udfordring". De praktiserende læger har to repræsentanter i koordinati-onsudvalgene, men disse repræsentanter kan ikke forpligte de øvrige. Det bemærkes, at de praktiserende læger er en blandet flok med meget varierende ressourcer og interesser i at indgå i mere forpligtende samarbejder.

Generelt oplever de praktiserende læger at være meget presset tidsmæssigt. Ekstra opgaver er vanskelige at passe ind. I nogle regioner (særligt Region Nordjylland) er der mangel på praktiserende læger, og mange af de nuværende læger er oppe i årene. Dette giver særlige udfordringer i forhold til at løfte koordinationsopgaver i denne region.

Lægerne anerkender deres "tovholderfunk-tion", men har svært ved at finde tid og res-sourcer til at overkomme de nye opgaver, som ligger i dette i forhold til koordination.

Løsningstiltag:

Det er et gennemgående ønske fra kom-munale og regionale repræsentanter at få en national aftale om, hvad de prakti-serende læger skal løfte også i forhold til ældre, medicinske patienter. Der arbejdes med dette i de nye udkast til sundhedsaf-taler, som skal godkendes i foråret 2011, men uden en overenskomstmæssig forank-ring bliver det svært at gennemføre. Nogle steder arbejdes med lokale paragraf 2-af-taler, hvor regioner eller kommuner aftaler særlige opgaver for de praktiserende læger i tillæg til den almindelige overenskomst. Det kan eksempelvis dække hjemmebesøg hos ældre patienter.

Som nævnt ovenfor har mange kommuner ansat praksiskonsulenter, som skal faci-litere samspillet mellem kommune og prak-tiserende læger gennem procedureudvik-ling og informationsudveksling. Regionalt ansatte praksiskoordinatorer spiller samme rolle for interaktionen mellem sygehuse og praktiserende læger.

Mange kommuner og regioner arbejder også med dialogmøder og kurser, men det nævnes af flere informanter, at det er svært at få de praktiserende læger til at deltage. Et af formålene med møderne er at udbrede information om kommunernes forskellige tilbud, så praktiserende læger bedre kan rådgive og henvise hertil.

I forhold til at udfylde "tovholderfunk-tionen" nævnes det som en mulighed at ændre honoreringsstrukturen, så de prak-tiserende læger i højere grad aflønnes ved basishonorarer eller forløbsydelse. Mange anfører dog også, at der er brug for struk-turelle tiltag for at styrke de praktiserende læger. Problemstillingen er, at praksissek-toren er relativ heterogen i opbygning og

kompetenceniveau og dermed har forskellige udgangspunkter for at udfylde rollen som tovholder.

Det nævnes af flere regionale og kommunale aktører som en spændende mulighed at arbejde med andre organiseringsformer for praktiserende læger. I første omgang via samlokalisering med forskellige kommunale tilbud eller via fysiske faciliteter, som stilles til rådighed af regioner og/eller kommuner. Det sidste kunne også medvirke til at afhjælpe lægemanglen i visse områder, fordi investeringsomkostningerne reduceres. At dele sygeplejersker er et andet eksempel på mulighederne i sådanne konstruktioner.

Et eksempel på sundhedshus findes i Brovst Kommune, hvor flere forskellige faggrupper findes på samme lokalitet. Også i Slagelse etableres fælles sundhedshus. I Nordjylland finansieres sundhedshuset af region og kommune i fællesskab. Samlokalisering og fælles lægehuse er særligt relevante for ældre, medicinske patienter, som ofte har kontakt til mange forskellige sundhedsaktører, men ikke nødvendigvis har ressourcer til selv at overskue de praktiske forhold ved de mange besøg.

Generel vurdering af sundhedsaftaler som redskab for koordinering af arbejdet med ældre, medicinske patienter

Problemfeltet:

Ovenfor er beskrevet, hvordan sundhedsaftalerne i forhold til specifikke temaer danner en ramme for dialog. I dette afsnit præsenteres en række generelle vurderinger om sundhedsaftalerne fra de tre parter.

Fra *regionale aktører* påpeges, at sundhedsaftalerne er et langsomt og ressourcerekrævende udviklingsværktøj, fordi det er aftalebaseret for tre parter, der har hvert sit styringsgrundlag og forbehold.

Det vurderes som et problem, at sundhedsaftalerne ikke er nok forpligtende. Det betyder, at kommunerne implementerer aftaler, bl.a. forløbsprogrammerne, i forhold til de lokale muligheder og det kommunale selvstyre.

Et andet generelt problem er, at aftalerne ikke forpligter de praktiserende læger. De skriver ikke under på aftalerne, og generelt forpligter de sig ikke på meget. Det vurderes dog fra regional side, at kommunernes relation til de praktiserende læger må være mere presset, da de i højere grad end regionerne er afhængige af at kunne få fat i praktiserende læge i forbindelse med de enkelte patientforløb.

Den generelle del af sundhedsaftalen kan være udfordrende at lave på grund af de store variationer mellem de største og mindste kommuner i regionerne. I den forbindelse er det en fordel, at kommunerne grupperer sig i klynger, hvilket udjævner nogle af forskellene.

Regionerne vurderer, at styrkeforholdet mellem dem og kommunerne er ret ligeværdigt i aftaleforløbet: *"Den generelle generiske fælles sundhedsaftale, den når et vist niveau, og så suppleres der oveni. Og dér er der tit faktisk kommunale særønsker, at lige på det eller det område har de et indsatsområde, som de er interesserede i at få ind i deres sundhedsaftale. Næsten mere end det er regionen. Der kan vi have et behov for, at vi prøver at få de kommuner med, som hører til det*

enkelte hospital, så det ikke bliver anderledes”⁴. Samtidig udtrykker flere regionale aktører dog bekymring for især de små kommuners administrative og faglige kapacitet til at indgå i aftalearbejdet. Det anerkendes således, at de to aktører har meget forskellige rammebetingelser for at deltage og forskellige faglige udgangspunkter.

Når aftalerne er indgået, flyttes fokus til de lokale samarbejdsgrupper (klyngegrupper mv.). Det er her, den konkrete dialog mellem sundhedssektorens tre parter om implementeringen foregår.

Alle regionerne peger på, at den aktuelle, økonomiske situation giver særlige udfordringer for sundhedsaftalerne i tiden fremover: *”Jeg tror, vi får en rigtig stor udfordring de næste fire år med de nye sundhedsaftaler, med om alle de gode ambitioner og gode fælles viljer, som vi havde de første år, og som vi har haft mulighed for at blive endnu mere konkrete på og også sætte målbare mål op på, fordi vi alle sammen kender vilkårene bedre, end vi gjorde for en tre-fire år siden, at de bliver nu udfordrede af, hvor pressede vi er i alle sektorer.”*

Ifølge regionsrepræsentanterne er kommunerne bekymret for regionale besparelser på sygehusene. Regionerne er på deres side bekymrede over nedskæringer i sygeplejestillinger på kommunalt niveau. Det

påpeges, at fx Odder Kommune har skåret 50% af deres sygeplejersker væk. Det vurderes at udfordre kommunernes kompetencer og muligheder.

De kommunale informanter er enige i, at sundhedsaftalerne har fungeret som et godt udviklingsværktøj, men påpeger generelt, at det er et meget ressourcekrævende og bureaukratisk redskab. I forhold til opfølgning er det et problem, at både regionen og kommunen har løbende udskiftning af medarbejdere, der går derfor en del tid med at blive opdateret på sundhedsaftalerne.

Det anføres, at regionerne mangler forståelse for det kommunale selvstyre, og at kommunerne har forskellige muligheder og behov. *”Regionen gemmer sig bag, at alt skal være lige. Og hvis man skal noget med en kommune, så skal man kunne lave tilbuddene i alle 11 kommuner. Sådan er der ikke nogen verdener, der fungerer. Og jeg er sikker på, hvis vi gik ind og analyserede på sundhedsydelserne, så er det ikke engang sådan, at deres ydelser er de samme på alle sygehusene i regionen”.*

Flere kommunale informanter anfører, at styrkeforholdet til stadighed er lidt ulige mellem region og kommuner. Det er derfor nødvendigt at have tværkommunale konsensusbeslutninger, inden forhandlingerne startes, for ellers risikerer kommunerne at ”blive spillet rundt”. I flere regioner har

⁴ I de efterfølgende afsnit forekommer en del citater fra interviewene i kommuner, regioner og med praktiserende læger. Det fremgår af sammenhængen, hvilken af de tre aktørgrupper der er tale om. Citaterne skal forstås som eksempler, der kan illustrere generelle problemstillinger, som kan være mere eller mindre gældende i de forskellige regioner og kommuner. Fordi de tjener som generelle illustrationer, præsenteres citaterne i anonymiseret form.

kommunerne derfor etableret egne, faste samarbejdsfora for koordinering i forhold til sundhedsaftalerne.

Der er kommet større politisk fokus på sundhedsområdet i kommunerne, hvilket gør, at regionerne skal træde mere varsomt end tidligere. Men mange kommuner føler sig stadig som lillebror i samarbejdet. Kommunerne kan eksempelvis ikke reelt sætte spørgsmålstejn ved genoptræningsplaner eller opgavefordeling. Generelt påpeger de kommunale respondenter, at mange politiske aktører i kommunerne oplever, at de mangler sanktionsmuligheder i forhandlingerne. Det eneste redskab, man har, er at undlade at underskrive sundhedsaftalerne, og det er ikke reelt en gangbar mulighed.

Sundhedsaftalerne kræver fælles opfattelse af alle tre parter med hensyn til tid, handling, tanke og perspektiv på hele sundhedsvæsenet. Det er en meget stor udfordring. Sektorernes forskellige perspektiver gør, at selve aftaleteksterne kan være problematiske at nå til enighed om, fordi perspektiverne kan påvirke forståelsen. Det er en klar svaghed, at de praktiserende læger ikke kender til – og ikke er en del af – aftalerne trods kommunalt ansatte praksiskonsulenters arbejde for at udbrede information til alle praktiserende læger i kommunen.

Implementeringen af aftalerne volder problemer. Flere kommunale informanter anfører, at implementering af sundhedsaftalerne ikke er sat helt i system, hverken i kommuner eller regioner. Det er ikke i alle tilfælde "nået helt ud til de medarbejdere, der skal leve med sundhedsaftalerne til hverdag". Et par yderligere citater illustrerer:

"Det, der er udfordringen, og det er vi også helt enige om imellem kommuner og

region, det er at få den her implementeret. Når man laver nogle aftaler omkring indlæggelser og udskrivelser, og vi har faktisk lavet flowdiagrammer, men vi skal jo have det omsat. Vi skal have det fortalt til vores personale på sygehusafdelingen og ude i vores hjemmepleje, og hvis de ikke kender det, så er det jo ikke meget bevendt. Og der har vi en udfordring i kommunen. Og det gjorde vi ikke godt nok sidste gang. Så det skal vi gøre noget bedre den her gang, og det prøver vi så med forskellige elementer. Bl.a. ved at lave sådan en lille pixiudgave, som vi kan få, og lave nogle elektroniske versioner..."

"Det er meget, meget svært, og det er det også her i kommunerne, at få de nye ændrede regler, som bliver lavet i sundhedsaftalerne, implementeret ud til den forreste mand i marken. Og det har sygehusene også vanskeligt ved. Og jeg kan også bedst huske de regler, vi vedtog sidste gang, for de ligger på rygmarven. De nye, dem skal man gøre noget aktivt for at lære. Jeg tror, det er der, at nogle af vores samarbejdsproblemer ligger, at basispersonalet – og det tror jeg, er begge steder – har det svært, når det bliver ændret".

"Visitationen i kommunerne kan godt få lært reglerne, men de skal så diskutere med sygeplejersker på sygehusene, hvor reglerne ikke altid er nået helt ud. Men kommunerne har forståelse for, at det er svært".

De praktiserende læger i undersøgelsen anerkender, at der mangler viden om sundhedsaftaler blandt mange praktiserende læger. Den generelle holdning er, at sundhedsaftalerne principielt er nyttige, men at man skal være varsomme med at standardisere og bureaukratisere for meget. Det

skal hele tiden være den enkelte patient, som skal være i fokus. *"Jeg synes, at ideen i det er rigtig god, men noget af det fører til meget bureaukrati og meget skrivi, uden det bliver til ret meget virkelighed".*

Mere generelt om lægernes rolle anføres: *"Vi sidder med i sundhedsstyrergrupper og i sundhedskoordinationsudvalget, og på den måde ser vi dem (aftalerne), men vi er jo ikke aftaleparter. Og det har vi så nogle gange været glade for, at vi ikke er. Men det vil måske gøre dem mere relevante, dem der kom igennem. Og så synes jeg generelt, og det må du gerne citere mig for, at der bliver brugt voldsomt, voldsomt meget tid mange steder på at sidde og beskrive det samme (sygeplejetimer, administrationstimer, lægetimer etc.)".*

Vurderinger af udviklingstendenser og ønsker til det fremtidige samarbejde:

Regionale og kommunale aktører er generelt enige om, at sundhedsaftalerne har skabt en god ramme. *"Sundhedsaftalerne har skabt den legitimitet, vi skulle bruge for at udvikle dialogen mellem, især, kommuner og region. Det skyldes de forskellige fora på både politisk og administrativt niveau. Sundhedsaftalerne har skabt legitimiteten for, at vi SKAL tale med hinanden. Men vi skal i højere grad også sørge for at få almen praksis inddraget".*

I forhold til de forskellige fora er der enighed om, at de regionale/lokale samarbejdsfora mellem sygehus og de omkringliggende kommuner er meget vigtige og populære. Heri løses driftsproblemerne. Hvis der er konsistente driftsproblemer, ryger de videre til de faglige udviklingsgrupper eller i sidste ende de administrative koordinationsgrupper. Det påpeges dog i

flere interview, at der fremadrettet vil blive problemer med denne organisering, efterhånden som regionernes sygehusplaner implementeres. Disse planer vil medføre, at de centraliserede sygehusenheder vil have kontakt med flere kommuner, og at kommunerne omvendt vil have behov for kontakt med specialafdelinger på flere forskellige sygehuse end tidligere. For nogle kommuners vedkommende vil en del af kontakten være med sygehuse i andre regioner som følge af aftaler eller som følge af patienters egne valg.

Fremadrettet ønsker flere regionale informanter, at sundhedsaftalerne skal være mere forpligtende (fælles forpligtende standarder). I den forbindelse anses tværkommunale samarbejder som en del af løsningen, således at der bliver ensartede muligheder i kommunalt regi.

Generelt peges dog på en positiv udvikling fra første til anden generation. Førstegenerationsaftalerne skabte fundamentet og har etableret detaljerede aftaler på en række områder. Vurderingen af den næste generation er, at de politiske strategier kommer til at spille en større rolle, og at der kan arbejdes med mere nuancerede tiltag og med at få implementeringen bedre på plads, fordi grundlaget nu er etableret. Formen for den politiske deltagelse på tværs af kommuner er dog ikke helt på plads. Der arbejdes i alle regioner med at finde gode modeller for deltagelse og forpligtelse, og ældre, medicinske patienter er et fokusområde i mange regionale og kommunale strategier. Et godt eksempel er Region Hovedstadens "Plan for ældre, medicinske patienter", som på detaljeret vis gennemgår en række problemstillinger og indsatser for netop denne gruppe patienter (Region Hovedstaden 2009).

Fra kommunal side påpeges, at sundhedsaftalerne har fremmet samarbejdet mellem kommunerne, og de har efterhånden fået oparbejdet et fællesskab, så de er blevet en mere ligeværdig partner i aftaleforhandlingen.

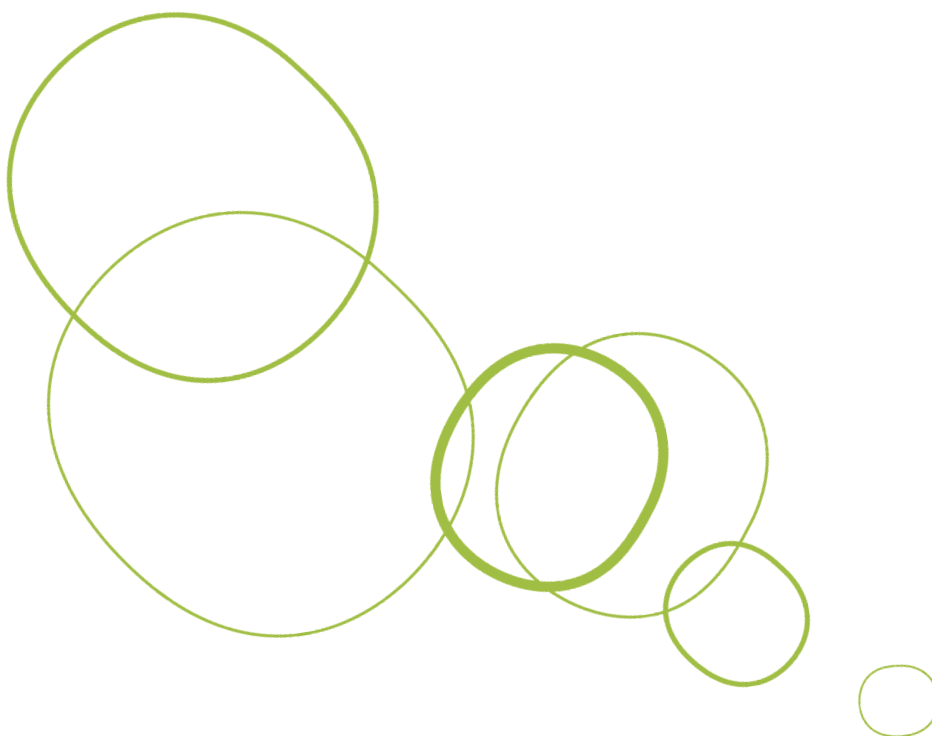
Sundhedsaftalerne har således skabt grundlag for fælles forpligtende dialoger både på tværs af niveauerne og internt mellem kommunerne. Særligt den nye politiske del af anden generation af sundhedsaftalerne opleves positivt. Det har givet meget større politisk fokus på feltet via mobilisering af de politiske kræfter. Politikerne er også mere opmærksomme på det nationale niveau, særligt omkring økonomi, i sundhedsaftalerne. Det er en generel succes for aftalerne, at der er skabt større indsigt i det nære sundhedsvæsen som fælles interessefelt og udviklingsrum i kommuner og regioner. Men der mangler

udviklingspuljer til at udvikle noget. Regionspuljer er reducerede, og nationale puljer er der rift om.

Flere kommunale repræsentanter påpeger, at der er meget arbejde med aftalerne, og en enkelt kommunal repræsentant foreslår en central national forhandling af aftalerne, da det stort set er det samme, der indgår i de regionale aftaler. De nationale aftaler kunne så udvides med lokale aftaler.

Flere kommunale aktører mener, at det ville være nyttigt at involvere praktikere mere i arbejdsudvalgene, så forløbsprogrammerne bliver mere realistiske og ikke forkastes/afskrives fra start.

I en del tilfælde er der udviklet indikatorer for samarbejdet, som er skrevet ind i den politiske del. Der kommer dermed en opfølgning på, om det lykkes.



6. Opsummering

I indledningsafsnittet opstillede vi følgende generelle spørgsmål: *Hvad er de væsentligste udfordringer for kommuners og regioners samarbejde om ældre, medicinske patienter, og kan der peges på gode eksempler i håndteringen af disse udfordringer inden for de eksisterende institutionelle rammer?*

Analysen i de efterfølgende afsnit har peget på generelle demografiske og behandlingsmæssige udfordringer relateret til denne patientgruppe og har vist, hvordan det voksende antal ældre vil skabe stigende behov for gode løsninger til koordinering af patientforløb på tværs af kommunale og regionale sundhedsaktører. I den forbindelse påpeges, at selvom der er stor variation i hvor mange ressourcer de ældre patienter har, så er der en relativ stor gruppe, som er karakteriseret ved at være relativt svage, som ikke har let ved at overskue behandlingstilbud eller ved at tilrettelægge de praktiske forhold med transport og kommunikation. En stor del ældre, medicinske patienter har flere samtidige sygdomstilstande, og har derfor behov for kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet samtidig. En konsekvens af de flere samtidige tilstande er tendensen til polyfarmaceutisk behandling. Det er ikke et problem i sig selv, men skaber vigtige udfordringer i forhold til kommunikation og koordination, så overmedicinering og utilsigtede interaktionseffekter kan undgås.

De efterfølgende afsnit har konkretiseret udfordringerne ved forskellige faser af patientforløbene, og har vist, at for ældre, medicinske patienter ligger der særlige

udfordringer i forhold til forebyggelse, indlæggelse, udskrivning og genoptræning.

I forhold til alle disse faser er der vigtige snitflader, hvor udveksling af information og etablering af procedurer til at fremme rettidighed er centrale elementer.

Efter at have beskrevet de grundlæggende udfordringer knyttet til ældre, medicinske patienter analyseres de eksisterende styringsstrukturer og organiseringsformer, der påvirker indsatsen for ældre, medicinske patienter. Analysen har særligt fokuseret på økonomiske rammebetingelser, kulturelle rammebetingelser og administrative rammebetingelser i form af sundhedsaftalerne. Det blev konkluderet, at de institutionelle rammebetingelser under et var komplekse og til dels modsætningsfyldte. På den baggrund gennemførtes en empirisk analyse af kommunale og regionale aktørers opfattelse af sundhedsaftalerne som den primære institutionelle ramme for at løse samarbejds-mæssige udfordringer og med særligt fokus på samarbejdet om ældre, medicinske patienter. Analysen har afdækket problemstillinger og mulige løsningstiltag knyttet til de forskellige faser i ældre, medicinske patienters kontakt med sundhedsvæsenet. Samlet tegner der sig et nuanceret billede af samarbejdsrelationer omkring ældre, medicinske patienter.

Sundhedsaftalerne fungerer i alle regioner som et dialogforum, der samler drøftelser om en lang række koordinationsrelaterede temaer og skaber et fælles udgangspunkt.

Sundhedsaftalerne er blevet mere konkrete over tid fra første generation mod

de endeligt foreliggende andengenerationsaftaler, som blev indsendt januar 2011 og godkendt af Sundhedsstyrelsen i marts 2011. Det fælles udgangspunkt og den løbende opfølgning giver mulighed for at fastholde hinanden på de overordnede linjer. Det betyder dog ikke, at aftalerne altid er implementeret ud i yderste led. Hverken på sygehuse eller i kommuner, og der er særlige problemer med at få de praktiserende læger med. Sagt på en anden måde foregår der et løbende arbejde med at oversætte og tilpasse aftalerne, når de skal bruges i den praktiske og kliniske virkelighed. Dilemmaet er her, at der på den ene side skal være plads til en sådan lokal tilpasning, men at dette på den anden side ikke må føre til, at man fjerner sig fra de generelle intentioner i aftalerne. Der skal findes en balance mellem standardiserede krav og mulighederne for lokal tilpasning baseret på de lokale behov og muligheder. Denne balancegang giver anledning til spændinger i de fleste regioner, og selvom der generelt udtrykkes velvilje, og positiv stemning, så er der også en bekymring blandt nogle aktører om, at aftalesystemet kan blive for bureaukratisk og ressourcekrævende.

Der er blandt mange kommuner en fornemmelse af, at det er regionen, der klart er den dominerende part i aftaleforløbet. Regionerne har flere ressourcer, og sundhedsområdet drives i høj grad af den specialiserede medicinske udvikling. Der er dog også en tendens til, at regionerne læner sig op ad de største kommuner, som har kapacitet til at gå videre. Derved risikerer man at udvikle ambitiøse løsninger, som ikke passer så godt til de mindre kommuner. Omvendt kan man sige, at det giver mulighed for, at mere ressourcestær-

ke kommuner kan lave forsøg og udvikle løsninger, som efterfølgende kan tilpasses og spredes til andre kommuner.

Samlet ser det altså ud til, at samarbejdsrelationer udvikles løbende, og at sundhedsaftalerne udgør et redskab til at strukturere dialogen herom. Der er en del institutionelle hindringer i form af økonomiske incitamentsstrukturer og opdelte styringsrelationer, men sundhedsaftalerne spiller en rolle i at binde enderne sammen på trods af dette. Aftalerne danner udgangspunkt for gradvise forhandlingsforløb og løbende dialog i de lokale koordinationsfora. Det er her, man drøfter specifikke uoverensstemmelser og uklarheder, som måtte være opstået som følge af parternes arbejde med at fortolke og konkretisere aftalerne til en faglig og administrativ praksis. I den forstand ser det ud til, at kulturelle og fagligt/praktiske relationer til en vis grad overtrumfer den rene interessevaretagelse i forhold til økonomiske incitamenter. Vanskeligheder som følge af kassetænkning og snæver interessevaretagelse dukker dog op fra tid til anden, men her fungerer sundhedsaftalekonstruktionen som et forum for afklaring. Holdningen hos en del af rapportens informanter kan tolkes således, at de opfatter samspillet som en løbende række af "gentagne" spil, hvor gevinst og tab skal ses over det lange løb, så man ikke nødvendigvis vinder ved at stå hårdt på egne interesser i hver enkelt situation.

I implementeringsforstand er det et problem, at it-værktøjerne ikke er på plads alle steder. Region Syddanmark er et eksempel, hvor man er nået langt i processen med at få integreret it-værktøjer på tværs af praksis, kommuner og regionen.

Manglen på integrerede it-løsninger betyder blandt andet, at parterne ikke altid har rettidig information om udskrives- og indlæggelsesforløb samt medicinering. De elektroniske løsninger hertil er fx udviklingen af fælles standarder for elektronisk kommunikation og patientjournaler samt det elektroniske medicinkort.

Medicinhåndtering er et vigtigt problemfelt for samarbejdet mellem de tre parter. Det bekræftes i alle interview, at uhensigtsmæssig polyfarmaci (indtil videre) er en reel udfordring, hvortil der er udviklet forskellige typer løsninger med medicinenemgang. Fra alle sider knyttes der store forhåbninger til, at det fælles medicinkort vil afhjælpe problemer med manglende informationer og ressourcekrævende arbejde med at samstemme medicinering fra forskellige udskrivende behandlere.

Der lægges dog også vægt på, at det ikke blot er de tekniske løsninger, der kan klare problemet. Der skal også laves nogle gode aftaler og rutiner rundt om det. Det er ikke nok, at den tekniske mulighed for at opsamle information findes, der skal på både regionalt og kommunalt niveau opbygges organisatoriske rutiner, som kan tilskynde til at forsyne systemet med relevante data og til at bruge systemet aktivt.

Sundhedsaftalerne ser dermed ud til at have været et brugbart redskab indtil nu i udviklingen af det praktiske arbejde efter strukturreformen, men flere aktører udtrykker ønsker om, at aftalerne kommer til at spille en endnu større rolle som et centralt redskab i det strategiske arbejde med at samordne den hastige udvikling i sygehusstrukturen og ønskerne til udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen.

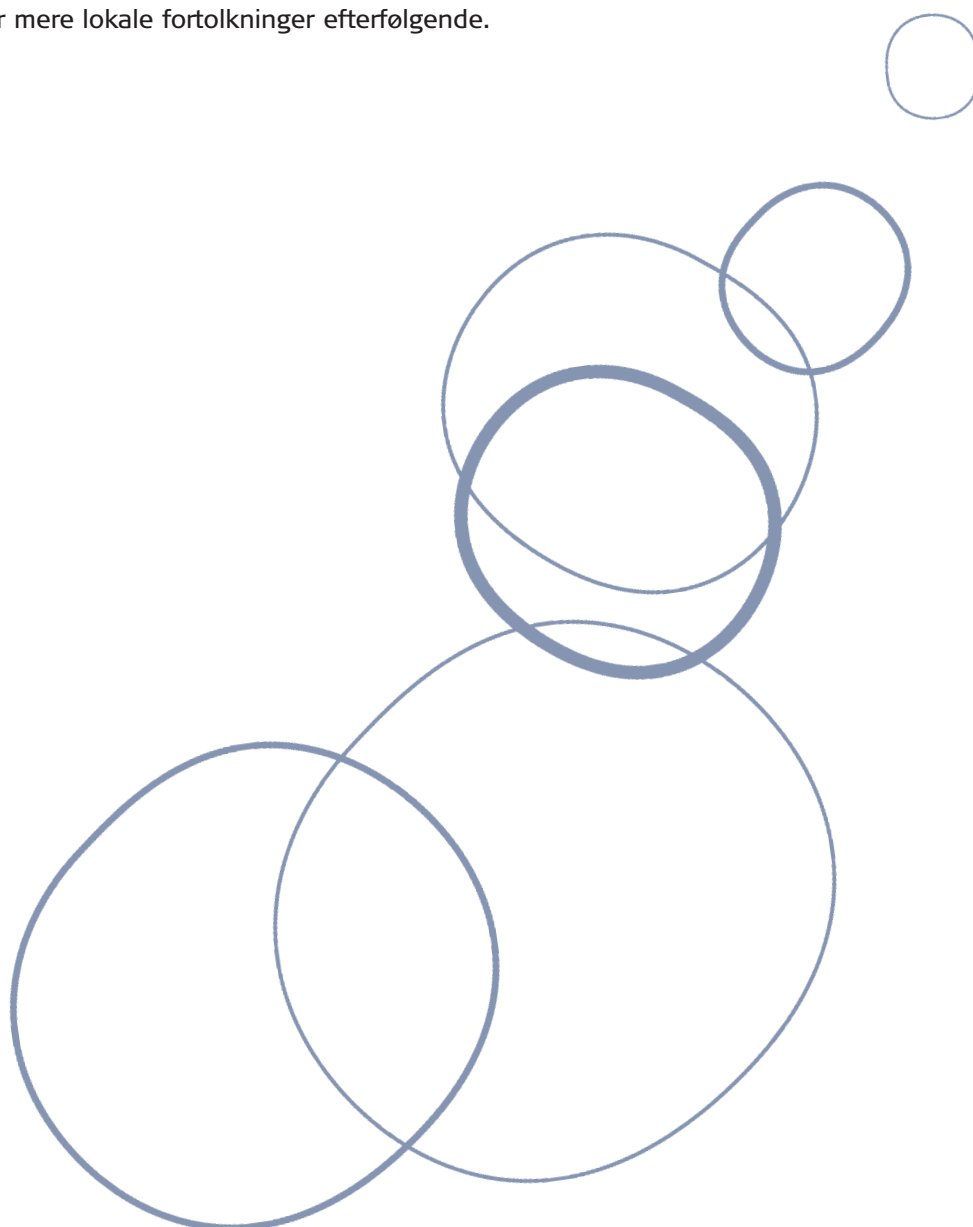
Udviklingen af fælles akutmodtagelser og diagnostiske centre og den generelle acceleration i sygehusenes udrednings- og behandlingsforløb stiller nye krav til kommuners og de alment praktiserende lægers opgavevaretagelse. Det er vigtigt, at der kommer en ensartet kadence i udviklingen i sygehusvæsenet og det borgernære sundhedsvæsen – fremadrettet. En del af dette arbejde kan blive fremmet, hvis incitamentsstrukturerne for de forskellige aktører samordnes og tilpasses til de fælles krav og ønsker i fremtiden. De eksisterende incitamentsstrukturer og de aktuelle økonomiske begrænsninger udgør en udfordring, fordi de øger tendensen til kassetænkning. Dette kan spænde ben for fremtidige samarbejdsløsninger og villigheden til at eksperimentere med nye og innovative samarbejdsformer.

De praktiserende lægers situation/stilling i forhold til aftalestrukturen fremhæves som problematisk. De deltager i arbejdsgrupper og aftaleforløb, men deres repræsentanter har ikke mandat til at forpligte alle deres kolleger, og overenskomsterne understøtter ikke nødvendigvis de indgåede aftaler. Mulighederne for at indgå særlige aftaler efter paragraf 2 anvendes kun i begrænset omfang. I nogle dele af landet er der særlige problemer med rekruttering samt aldrene praktiserende læger. Samtidig fremhæves i alle interview, at de praktiserende læger har en helt central rolle i forhold til ældre, medicinske patienter. Det bliver en vigtig fremtidig opgave at finde løsninger, så den praktiserende læge kan udfylde rollen som tovholder og primær kontaktperson for denne patientgruppe. Sundhedshuse og bedre informationsmæssig integration nævnes i den henseende som mulige løsninger på kort sigt. Ændringer i

de økonomiske incitamenter via overenskomsterne er en anden mulighed. På lidt længere sigt kan der være behov for en ændring af den organisatoriske og kompetencemæssige struktur i almen praksis.

Opsummerende ser det altså ud til, at der er udviklet mange løsningsideer i sundhedsaftaleregion. Ikke alle ideer er fuldt implementeret, og ressourceforbruget i processen har været højt, men ikke desto mindre ser det ud til, at der i regi af aftaleredskabet er etableret fælles forståelser, som så har kunnet danne udgangspunkt for mere lokale fortolkninger efterfølgende.

Aftalerne fjerner ikke alle uoverensstemmelser, og de grundlæggende incitamentsmæssige og kulturelle forskelle består. Men aftalerne giver et godt udgangspunkt for at konkretisere indholdet i samarbejdsrelationerne, hvilket klart er en fordel for ældre, medicinske patienter. Udviklingen af integrerede it-systemer og etablering af faste procedurer for kommunikation og samordning er et vigtigt skridt på vejen mod bedre og mere sammenhængende patientforløb for den voksende gruppe af ældre, medicinske patienter i Danmark.



7. Litteratur

- Albinus, N.-B. (2009): Gamle syge bliver svingdørspatienter. *Dagens Medicin*. Lokaliseret 01.02.2011 på <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2009/09/03/gamle-syge-bliver-svingdor/index.xml>.
- Andersen, S.E. (2002): *Dokumentation af lægemiddelordinationer set i et MTV-perspektiv*. Københavns Universitet. (Specialet kan fremskaffes ved henvendelse til Sundhedsstyrelsens afdeling for Monitorering og Medicinsk Teknologivurdering).
- Arnberg, S. & T.B. Bjørner (2010): *Estimation af sundhedsudgifternes afhængighed af alder og afstand til død*. Arbejdspapir 2010:1. Det Økonomiske Råd. København.
- Astrup, P.L. & L. Kirkegaard (2010): Sundhedsaftaler – en bro mellem region og kommuner. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen*. Marts/2/2010.
- Campbell, J.L. (2004): *Institutional change and globalization*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Christensen, M. (2010): Større kendskab og mere kommunikation. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*. Maj/4:12-14.
- Danmarks Statistik (2005): Folketallet topper i 2031. *Nyt fra Danmarks Statistik*, 241:2. Lokaliseret 07.02.2011 på <http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2005/NR241.pdf>.
- Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): *Incitamentsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet*. København. Lokaliseret 04.02.2011 på http://www.sum.dk/Tal-og-analyser/~media/Billeder%20-%20Publikationsbilleder/2008/genoptraeningsomraadet/Genoptrning_maj_2008.ashx.
- Danske Regioner og Dansk Selskab for Intern Medicin (2009): *Inspiration til en fornyet indsats for medicinske patienter - akut indlagte patienter med uhensigtsmæssige behandlingsforløb*. Den medicinske tænketank⁵. København. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.regioner.dk/Sundhed/Behandlingsomr%C3%A5der/~media/435DC8F15F1C41169A11F70D1C681770.ashx>.
- Danske Regioner og Ældresagen (2010): *Forbedret indsats for medicinske patienter - i hele sundhedsvæsenet*. København. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2010/Maj/~media/medicinske%20patienter%20i%20sundhedsv%20PUBL.ashx>.

⁵ Regionerne nedsatte sammen med Dansk Selskab for Intern Medicin medio 2007 en tænketank med det formål at pege på forslag og metoder for implementering af initiativer, som kan optimere den fremtidige organisering af indsatsen på det medicinske område – primært for de akut indlagte patienter.

- Evans, R.G., Barer M. L. & Marmor, T.R. (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of Health of Populations*. Aldine de Gruyter. New York.
- Garåsen, H. & C. Henriksen (2009): Health care for the elderly – perspectives in relation to implementation of results from intervention studies in Norway and Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37: 223-226.
- Heeager, A. (2009): Vil de nye sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner kunne tjene deres formål? *Politica*, 41:2:168-186.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010a): *Sundhedsvæsenet i nationalt perspektiv*. Lokaliseret 27.05.2011 på http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/Tal%20og%20analyser/Det%20danske%20sundhedsvaesen%20i%20nationalt%20perspektiv/Sundhedsvaesenet%20i%20nationalt%20perspektiv%20juni2010.ashx
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010b): *Regeringen og DF laver national handlingsplan for ældre medicinske patienter*. Lokaliseret 01.02.2011 på <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2010/Maj/handlingsplan.aspx>.
- Jensen, J.B. (2010a): *De nye ældre i 2020*. Fremforsk. Lokaliseret 01.02.2011 på http://www.fremforsk.dk/vis_artikel.asp?AjrDcmntId=111.
- Jensen, J.B. (2010b): *Fremtidens kunder i sundhedsvæsenet*. Fremforsk. Lokaliseret 01.02.2011 på http://www.fremforsk.dk/vis_artikel.asp?AjrDcmntId=124.
- Kjøller, M.; K. Juel & F. Kamper-Jørgensen (red.) (2007): *Folkesundhedsrapporten 2007*. Statens Institut for Folkesundhed .Syddansk Universitet. København. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/B%C3%B8ger%20og%20rapporter/2008/2897%20Folkesundhedsrapporten%202007.aspx>.
- Kommunernes Landsforening (2009a): *Dystre fremtidsudsigter for sundhedsudgifterne*. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.kl.dk/Om-KL/Artikler/65411/2009/11/Dystre-fremtidsudsigter-for-sundhedsudgifterne>.
- Kommunernes Landsforening (2009b): *Vismændene mangler fokus på kommunernes rolle i sundhedspolitikken*. København. Lokaliseret 27.05.2011 på <http://www.kl.dk/Folkeskolen/Artikler/64775/2009/10/Vismandene-mangler-fokus-pa-kommunernes-rolle-i-sundhedspolitikken/>
- Kommunernes Landsforening (2010): *Regionalpolitisk strategi for sundhedsområdet*. København. Lokaliseret 27.05.2011 på <http://www.kd-net.dk/grupper/sundhedsområdet/regionalpolitisk-strategi-for-sundhedsområdet>
- Martin, H.M. (2010): *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv*. København. Lokaliseret 04.02.2011 på http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4d072e6213029.pdf.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009): *En analyse af ældre medicinske patienters forløb: På tværs af kommuner og regioner*. København. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.im.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/>

Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2009/En_analyse_af_ældre_medicinske_patienters_forløb_paa_tvaers_af_kommuner_og_regioner.ashx.

Nielsen, M.L., Petersen, L.O., Danneskiold-Samsøe, B. & Ibfelt, E.H. (2005): *Fremtidens ældre- scenarier for udgifterne til sundhed og pleje*. Dansk Sundhedsinstitut. Lokaliseret 01.02.2011 på http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4c46b7228472f.pdf.

Nielsen, A.J. (2011): "Koordinative praksisser og performative redskaber: I fodsporene på de nye sundhedsaftaler". I: Sørensen, E., Sehested, K. & Reff, A. (red.) *Offentlig styring som pluricentrisk koordination* (s. 129-147). Jurist- og Økonomiforbundets Forlag. København.

Norman, K., M. Bergmann, M. Mikkelsen, T.D. Due & Blom, A. (2011): *Patientrettet forebyggelse i kommunerne. En kortlægning af patientrettede forebyggelsestilbud (rehabilitering) til borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom i alle danske kommuner*. TrygFondens Forebyggelsescenter. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet. København. Lokaliseret 27.05.2011 på (http://www.sifolkesundhed.dk/upload/patientrettet_forebyggelse_rapport.pdf).

Pedersen, K.M. (2006): Kommunal medfinansiering. *Samfundsøkonomen*. Lokaliseret 01.02.2011 på <http://www.djoef.dk/Blade/Samfundsoekonomen/Samfundsoekonomen2006/Samfundsoekonomen2006/Kommunalmedfinansiering.aspx>.

Pedersen, K.D., Andersen-Ranberg, K., Schwarz, P., van der Mark, S. & Hansen, F.R. et al. (2008): Fremtidens ældre bliver en af de store udfordringer. Dansk Selskab for Geriatri. *Ugeskrift for Læger*, 170: 125. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2008/12/pdf/VP53336.pdf>.

Rasmussen, L., Münter, D., Böttcher, C., Jacobsen, O., Larsen, K., Marcussen, H., Møller, M.K., Nørregaard, P. & Nørskov, B. (2006): Hensigtsmæssig anvendelse af sengedage på medicinske afdelinger. *Ugeskrift for Læger*, 168:25-29.

Reff, A. (2011): "Koordination mellem krig og nødvendighed: Storylines om sundhedsaftaler og sygehusplaner". I: Sørensen, E., Sehested, K. & Reff, A. (red.) *Offentlig styring som pluricentrisk koordination* (s. 111-128). Jurist- og Økonomiforbundets Forlag. København.

Region Hovedstaden (2008): *Sundhedsaftale for Region Hovedstaden. Grundaftalen*. Version 1.1. København. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/B8BD3276-68AF-4782-9418-1FC4A89D97EA/0/Grundaftalevers11hjemmeside.pdf>.

Region Hovedstaden (2009): *Plan for den ældre medicinske patient*. København. Lokaliseret 27.05.2011 på <http://www.dansk-selskabforgeriatri.dk/skov/dok/PlanforDen%C3%A6ldremedicinskepatientgodkendtafRR173200.pdf>

Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcentret (2004): *Hvidbog om rehabilitering*. Århus. Lokaliseret

04.02.2011 på http://www.cancer.dk/NR/rdonlyres/3CFF999C-6048-4E3D-BB21-15CED87FD488/o/hvidbog_rehabilitering.pdf.

Scharpf, F.W. (1997): *Games real actors play: actor-centered institutionalism in policy research*. Boulder, Colo.: Westview Press.

Schein, E.H. (1985): *Organizational Culture and Leadership*. San Fransisco: Jossey Bass.

Scott, W.R. (1995): *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks. Sage Publications.

Sundhedsstyrelsen (2001): *Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet*. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.sst.dk/publ/Publ2002/Specialeplanlaegning/pdf/Speciale.pdf>.

Sundhedsstyrelsen (2010a): *Ældrebe-
folkningens sundhedstilstand i Danmark
– analyser baseret på Sundheds- og syge-
lighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte re-
gistre*. København. Lokaliseret 04.02.2011
på [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/
aeldrebefolk_n_sundhedstilst.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/aeldrebefolk_n_sundhedstilst.pdf).

Sundhedsstyrelsen (2010b): *Evaluering af
sundhedsaftalerne. Opfølgning og indika-
torer*. Implement Consulting Group. Kø-
benhavn. Lokaliseret 04.02.2011 på [http://
www.sst.dk/~media/Planlaegning%20
og%20kvalitet/Sundhedsaftaler/Indikator-
rapport%20-%2029%20%20september%20
Endelig%20dugave.ashx](http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedsaftaler/Indikator-rapport%20-%2029%20%20september%20Endelig%20dugave.ashx).

Sundhedsstyrelsen (2011): *Status for arbej-
det med sundhedsaftalerne og eksempler
på løsninger –Evaluering af sundhedsaf-*

talerne. Implement Consulting Group. Kø-
benhavn. Lokaliseret 04.02.2011 på [http://
www.sst.dk/~media/Planlaegning%20
og%20kvalitet/Sundhedsaftaler/Status%20
for%20arbejdet%20med%20sundhedsaf-
talerne%20og%20eksempler%20på%20
løsninger.ashx](http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedsaftaler/Status%20for%20arbejdet%20med%20sundhedsaf-talerne%20og%20eksempler%20på%20løsninger.ashx).

Vinge, S. & M.S. Buch (2007): *Uhensigts-
mæssige indlæggelser – muligheder og
perspektiver for kommunerne*. Dansk
Sundhedsinstitut. København. Lokaliseret
04.02.2011 på [http://www.fokus-net.dk/
media/1030_139.pdf](http://www.fokus-net.dk/media/1030_139.pdf).

Vinge, S. & L. Emdal (2009): *Fra opga-
veglidning til opgaveoverdragelse*. Dansk
Sundhedsinstitut. København. Lokaliseret
04.02.2011 på [http://www.regionmidtjyl-
land.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/
Regionalt%20Sundhedssamarbejde/
SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/
Indlæggelse%20og%20udskrivning/Fra%20
opgaveglidning%20til%20opgaveoverdra-
gelse/rapport%2002%2011%202009%20
om%20opgaveoverdragelse%20-%20ud-
sendelsesudgave.pdf](http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Indlæggelse%20og%20udskrivning/Fra%20opgaveglidning%20til%20opgaveoverdra-gelse/rapport%2002%2011%202009%20om%20opgaveoverdragelse%20-%20ud-sendelsesudgave.pdf).

Vinge, S. & J. Kilsmark (2009): *Hjemme-
sygeplejens opgaver i udvikling. Belyst via
interviewundersøgelse blandt hjemmesy-
geplejersker samt statistiske analyser af
udviklingen på udvalgte somatiske områ-
der*. København: Dansk Sygehusinstitut.
Lokaliseret 04.02.2011 på [http://www.regi-
onmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundheds-
staben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/
SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/
Indl%C3%A6ggelse%20og%20udskriv-
ning/Fra%20opgaveglidning%20til%20
opgaveoverdragelse/Hjemmesygeplejens_
opgaver_i_udvikling_Rapport.pdf](http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Indl%C3%A6ggelse%20og%20udskrivning/Fra%20opgaveglidning%20til%20opgaveoverdragelse/Hjemmesygeplejens_opgaver_i_udvikling_Rapport.pdf).

Vinge, S. & J. Kjellberg (2009): Kommuner får pisk, mens almen praksis og sygehuse får gulerødder. I: Vestergaard, Marianne (red.): *Skammekrogen – Debatbog om medicinske patienter*. København. Dagens Medicin Bøger.

Væksthus for ledelse (2006): *Kulturperspektivet på organisationen*. Lokaliseret 01.02.2011 på <http://www.lederweb.dk/Strategi/Organisationskultur/Artikel/79536/Kulturperspektivet-pa-organisationen>.

Ældresagen, Lægemeddelindustriforeningen og Dagens Medicin (2009): *De oversete patienter –Anbefalinger fra ekspertdage 2009*. København.

Lovgivning

BEK nr. 778 af 13/08/2009 Bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

BEK nr. 1266 af 05/12/2006 Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus

CIR nr. 128 af 27/12 2009 Cirkulære om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2010 til regionernes sygehusvæsen m.v.

CIR nr. 74 af 01/12/2008 Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet

LBK nr. 829 af 25/06/2010 Bekendtgørelse af lov om regionernes finansiering

LBK nr. 913 af 13/07/2010 Bekendtgørelse af sundhedsloven

VEJ nr. 9698 af 21/08/2009 Vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

World Wide Web

SAM:BO: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm258554>

Sygdomsbeskrivelser:
www.laeghaandbogen.dk

Statistikbanken/Danmarks Statistik (befolkningsberegninger): <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1440>

SUSY-databasen (Sundhed og sygelighedsundersøgelserne i Danmark 1987 – 2005): <http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx>

Baggrundslitteratur

De Neergaard, L. (2009): *Større frihed i sundhedsaftalerne*. Sundhedsstyrelsen. København. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2009/Sundhedsaftaler%20i%20hoering.aspx>.

Dunleavy, P. (1992): *Democracy, bureaucracy, and public choice : economic explanations in political science*. Prentice Hall. New York.

Gregersen, M. et al. (2009): Effekten af geriatrisk intervention på rehabilitering af ældre patienter med hoftefraktur. *Ugeskrift for Læger*, 171/46:3336-3340.

Heissel, J. (2010): *Haarder: Praktiserende læger skal løse flere opgaver*. Dagens Medicin. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://www.dagensmedicin.dk/nyhe->

der/2010/11/19/haarder-praktiserende-laeg/index.xml?_xsl=/mobil/cms-common.xsl.

Ishøj T.; P. Quist & L. Rasmussen et al. (2005): U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger. Appropriateness evaluation protocol. *Ugeskrift for Læger*; 167: 2057-60.

Jacobsen, I. & J. Thorsvik (2009): *Hvordan organisationer fungerer*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed & Forebyggelse (2008): *Monitorering af genoptræningsområdet -maj 2008*. København. Lokaliseret 04.02.2011 på http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/Monitorering_maj_2008.ashx.

Kommunernes Landsforening m.fl. (2009): *Status for genoptræningsområdet: monitorering og status for anbefalinger på området*. København. Lokaliseret 04.02.2011 på http://www.im.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2009/Tal%20og%20analyser/Maj/Status%20for%20genoptraening/Rapport%20om%20status%20p%20genoptrningsomrdet27409.ashx.

Lyngklip, V.S. (2010): *Slaget om insulin*. Berlingske Tidende. Lokaliseret 01.02.2011 på <http://www.business.dk/biotek/slaget-om-insulinen>.

Lægemedelstyrelsen (2010): *Polyfarmaci i diabetesbehandlingen*. København.

Madsen, M.H. & M.S. Buch (2010): *Er behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme på rette spor? Debatoplæg om kronikerområdet i Danmark*. Dansk Sundhedsinstitut. Lokaliseret 04.02.2011 på http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4c403ba343ae4.pdf.

Nielsen, S.B. (2010a): *Lægen følger med patienten helt hjem*. Dagens Medicin. Lokaliseret 01.02.2011 på <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2010/05/10/laegen-folger-med-patiente/index.xml>.

Nielsen, H.F. (2010b): *Sundhedshuse skal lokke læger på landet*. Jyllandsposten.

Nolte, E. & M. McKee (2008): Caring for people with chronic conditions: an introduction. In: E. Nolte & M. McKee (red.): *Caring for people with chronic conditions - a health system perspective*. Berkshire. Open University Press,

Region Midtjylland (2007): *Hensigtsmæssig polyfarmaci - En værktøjskasse*. Viborg.

Strandberg-Larsen, Martin m.fl. (2006): Sundhedsaftaler som nyt styringsredskab til at sikre sammenhæng i sundhedsvæsenet. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*; 82;10.

Uhd, M.H. (2009): *Den ældre medicinske patients overgang fra hospital til eget hjem - et indblik i patienters oplevelser*. Kandidatspeciale for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand. cur.) ved Aarhus Universitet. Lokaliseret 04.02.2011 på <http://folkesundhed.au.dk/fileadmin/www.folkesundhed.au.dk/sygeplejevidenskab/uddannelse/publikationer/kandidatspecialer/199mhuz2009.pdf>.

Tak

Tak til Camilla Lawaetz Wimmelmann,
Sebastian Møller Daugaard og Lene
Sønderup Olesen for deres engagerede
og dygtige hjælp med dataindsamling

BILAG 1

OVERSIGT OVER GENNEMFØRTE INTERVIEW

Regioner	Kommuner	Praktiserende læger
Region Nordjylland	Aalborg, Brovst	København
Region Hovedstaden	København, Allerød	
Region Syddanmark	Odense, Svendborg	
Region Midtjylland	Aarhus*)	Odder
Region Sjælland	Roskilde, Sorø	Slagelse

Kommunerne er udvalgt efter indbyggertal, beskatningsgrundlag, andel 65+-årige og antal ældre med henblik på at sikre spredning inden for regionerne og sammenlignelighed på tværs af regionerne.

*) Af praktiske grunde var det ikke muligt at få et interview med en "mindre kommune" i region Midtjylland.

