


INCITAMENTSSTRUKTURER OG STYRINGSMULIGHEDER PÅ GENOPTRÆNINGSSOMRÅDET

— MAJ 2008



Danske Regioner
Kommunernes Landsforening
Finansministeriet
Sundhedsstyrelsen
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Indholdsfortegnelse:

1 Indledning og sammenfatning	4
1.1 Baggrund.....	4
1.2 Arbejdsgruppens kommissorium	4
1.3 Sammenfatning og konklusion	5
1.3.1 Konkrete forslag til bedre udnyttelse af eksisterende rammer.....	9
1.3.2 Øvrige overvejelser	11
1.4 Arbejdsgruppens sammensætning og møder	12
2 Kortlægning af opgaver, ansvar og økonomi	14
2.1 Indledning og sammenfatning	14
2.2 Kortlægning af myndigheds-, drifts- og finansieringsansvar	14
2.3 Henvisningsregler for vederlagsfri genoptræning.....	16
2.3.1 Henvisning til genoptræning efter udskrivning fra et regionssygehus.....	16
2.3.2 Genoptræningsplan efter udskrivning fra privat sygehus	17
2.3.3 Henvisning til vederlagsfri genoptræning ved et § 79 specialsygehus	17
2.4 Samspil mellem aktørerne på genoptræningsområdet	18
2.4.1 Sundhedskoordinationsudvalg.....	18
2.4.2 Sundhedsaftaler.....	19
2.4.3 Kontaktpersoner	22
2.4.4 Genoptræningsplaner	22
2.5 Økonomi og afregning	24
2.5.1 Generelle afregningsprincipper.....	24
2.5.2. Sundhedsstyrelsens takster.....	24
2.6 Identificerede problemstillinger i forhold til fortolkning af visse regler i den ny opgavestruktur på genoptræningsområdet.....	27
2.6.1 Den faglige kompetence i forbindelse med vurderingen af genoptræningsbehovet	28
2.6.2 Manglende fremsendelse af genoptræningsplaner	29
3 Aktiviteten på genoptræningsområdet	31
3.1 Indledning og sammenfatning	31
3.2 Udvikling i aktiviteten på genoptræningsområdet.....	32
3.2.1 Udvikling i andelen af specialiseret genoptræning i løbet af 2007	33
3.3 Sammensætning af aktiviteten på genoptræningsområdet.....	33
3.3.1 Variation i andelen af specialiseret genoptræning på tværs af regioner, kommuner og sygehuse	34
3.3.2 Variation i andelen af specialiseret genoptræning på udvalgte specialer og diagnoser.....	41
4 Incitamentsstrukturer og styringsmuligheder	48
4.1 Indledning og sammenfatning	48
4.2 Incitamentsstrukturer på sygehusene	49

4.2.1 Regionernes finansiering	49
4.2.2 Sygehusenes finansiering.....	52
4.2.3 Øvrige forhold af betydning for vurderingen af genoptræningsbehov	53
4.3 Kommunernes styringsmuligheder.....	55
4.3.1 Styringsmuligheder på kort sigt	55
4.3.2 Styringsmuligheder på mellemlangt og langt sigt	56
4.4 Uhensigtsmæssigheder i incitamentsstrukturer, rammer og styringsmuligheder	60

5 Forslag til forbedring af kommunernes styringsmuligheder og anvendelsen af ressourcerne på genoptræningsområdet.....	63
5.1 Indledning og sammenfatning	63
5.2 Konkrete forslag til bedre udnyttelse af eksisterende rammer	65
Forslag nr. 1 - Sundhedsaftaler	65
Forslag nr. 2 – Vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning.....	65
Forslag nr. 3 – Særlige indikatorer for genoptræningsområdet	66
Forslag nr. 4 – Sundhedskoordinationsudvalg og kontaktfora.....	66
Forslag nr. 5 – Oversigt over kommunale genoptræningstilbud	67
Forslag nr. 6 – Begrundelse af specialiseret genoptræning	67
Forslag nr. 7 – Kommunikation af aftaler	69
Forslag nr. 8 – Opfølgning på de opstillede problemstillinger og løsningsforslag.....	69
5.3 Øvrige overvejelser	70
5.4 Sammenfatning af arbejdsgruppens forslag.....	71

1 Indledning og sammenfatning

1.1 Baggrund

Kommunerne har med kommunalreformen fået myndighedsansvaret for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse – et ansvarsområde, som tidligere var delt mellem kommuner og amter. Baggrunden for at give kommunerne et større ansvar på sundhedsområdet, herunder det samlede myndighedsansvar for genoptræning efter indlæggelse, er blandt andet, at sundhedstilbudene i højere grad skal sammentænkes med de øvrige kommunale opgaver.

Genoptræningsopgaven adskiller sig fra størstedelen af de øvrige kommunale opgaver ved, at der er tale om en sundhedsopgave, som udføres efter lægelig henvisning. Dermed afgøres den enkelte patients behov for kommunalt finansieret genoptræning ved en lægefaglig vurdering, herunder af om der er behov for et specialiseret tilbud på sygehuset eller et ikke-specialiseret tilbud i kommunalt regi.

Når både kommuner og regioner skal involveres i løsningen af genoptræningsopgaven, stiller det i sagens natur krav til arbejdsdelingen. Det er i den forbindelse et afgørende hensyn, at patienten oplever et sammenhængende patientforløb, ikke mindst i overgangen mellem det regionale og det kommunale sundhedsvæsen. En forudsætning for dette er, at ansvarsdelingen mellem kommuner og regioner håndteres så effektivt og uproblematisk som muligt.

Med henblik på at understøtte en effektiv opgavevaretagelse og ressourceanvendelse på genoptræningsområdet, samt at tage hensyn til særlige lokale forhold, skal kommuner og regioner indgå konkrete aftaler om arbejdsdeling, kapacitetsstyring, opfølgning mv. Organiseringen på genoptræningsområdet er et eksempel på, at styringsrelationer mellem staten og kommunerne i højere grad skal fokusere på opstilling af mål og økonomiske rammer frem for regulering af processerne i opgaveløsningen.

1.2 Arbejdsgruppens kommissorium

Arbejdsgruppens kommissorium lyder:

Regeringen, Danske Regioner og KL har i forbindelse med kommunalreformen iværksat en monitoreringsordning, der skal dokumentere og følge aktivitets- og udgiftsudviklingen, fordelingen mv. på genoptræningsområdet.

Følgende fremgår endvidere af aftalerne om den regionale og kommunale økonomi for 2008 mellem Regeringen, Danske Regioner og KL:

”Omfanget af specialiseret genoptræning er meget højt og varierer meget mellem sygehusene. Det er i forbindelse med kommunalreformen lagt til grund, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi. De opstillede kriterier for specialiseret genoptræning har til formål at understøtte en snæver

faglig afgrænsning af den genoptræning, der skal ske i sygehusregi. Heri ligger, som tidligere tilkendegivet, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at undersøge incitamentsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet i efteråret 2007, herunder særligt inden for det specialiserede område. Udvalget skal fremlægge konkrete forslag til, hvordan kommunerne får større muligheder for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen på den fagligt og økonomisk set mest effektive måde. Resultatet af dette arbejde skal foreligge senest 1. april 2008 med henblik på at kunne indgå i drøftelserne i forlængelse af monitoreringsordningen.”

Der nedsættes en arbejdsgruppe, som i lyset af ovenstående får til opgave at:

- ⇒ Kortlægge den eksisterende opgavefordeling, afregningsprincipper mv. inden for det almindelige og specialiserede ambulante genoptræningsområde.
- ⇒ Beskrive aktivitetsudvikling og -sammensætning, herunder fordeling mellem genoptræningstyper mv., bl.a. med afsæt i data indsamlet via monitoreringsordningen
- ⇒ Belyse incitamentsstrukturer på sygehuse i forbindelse med afgrænsning af genoptræningstype.
- ⇒ Vurdere kommunernes muligheder for at styre og tilrettelægge genoptræningsaktiviteten efter sygehusudskrivning.
- ⇒ Vurdere eventuelle uhensigtsmæssigheder i de eksisterende incitamentsstrukturer, rammer og styringsmuligheder.
- ⇒ Beskrive konkrete forslag til, hvordan kommunerne får større muligheder for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen på en faglig og økonomisk effektiv måde.
- ⇒ Beskrive forslag, der inden for den gældende myndighedsstruktur kan styrke rammerne for tilrettelæggelse af genoptræningsindsatsen og sikre den bedste anvendelse af ressourcerne på området

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Arbejdsgruppen afrapporterer ultimo marts 2008.

1.3 Sammenfatning og konklusion

Med kommunalreformen er skabt en klar struktur og ansvarsdeling på genoptræningsområdet. Med henblik på at håndtere ansvarsdelingen på genoptræningsområdet er der etableret formelle samspilsrelationer, som på den ene side forpligter kommuner og regioner til at indgå særskilte aftaler om genoptræningsområdet, men som på den anden side indebærer frihedsgrader i forhold til den konkrete, lokale varetagelse af genoptræningsopgaven. Der er dermed lagt op til, at kommuner og regioner i vid udstræk-

ning selv aftaler en hensigtsmæssig arbejdsdeling på genoptræningsområdet.

Regelgrundlaget giver ikke anledning til tvivl om hvem, der er bemyndiget til at henvise en patient til genoptræning, herunder om genoptræningen kan karakteriseres som almindelig eller specialiseret, ambulante genoptræning, og hvilke myndigheder der på den baggrund har ansvaret for henholdsvis drift og finansiering af konkrete ydelser. Reglerne giver samtidig mulighed for, at der i hvert enkelt tilfælde foretages en konkret lægefaglig vurdering af den enkelte patients behov for genoptræning. Regelgrundlaget var endeligt på plads i december 2006, og trådte i kraft fra 1. januar 2007.

Den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning udgjorde 41 pct. i 2007, og dækker over betydelig variation både på tværs af regioner, kommuner og sygehuse. Der er enighed mellem arbejdsgruppens medlemmer om, at den gennemsnitlige andel af specialiseret, ambulante genoptræning i det første år efter reformen, samt variationen i denne andel, ikke er i overensstemmelse med intentionerne bag kommunalreformen om, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

Gennemgangen af data fra det første år med den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet giver anledning til følgende konklusioner:

- Den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning udgjorde 41 pct. på landsplan i 2007
- Den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning varierer fra 23 pct. i Region Sjælland til 54 pct. i Region Nordjylland
- Den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning varierer fra 12 pct. i Odsherred Kommune til 79 pct. i Vejle Kommune
- Blandt sygehuse, som har udarbejdet mere end 1.000 genoptræningsplaner i 2007, varierer andelen af specialiserede planer mellem 12 pct. på Køge Sygehus og 89 pct. på Vejle Sygehus
- Der er en klar tendens til, at det er sygehusets egen henvisningspraksis, der er afgørende for den gennemsnitlige kommunale andel af specialiseret genoptræning, jf. den meget begrænsede variation inden for det enkelte sygehus' nærområde
- Inden for de store genoptræningsspecialer er der stor variation i sygehusenes gennemsnitlige andele af specialiseret genoptræning
- Variationen i sygehuspecialernes andele af specialiserede genoptræningsplaner kan ikke forklares ved forskelle i diagnosesammensætning.

Den uforklarede variation i andelen af specialiserede genoptræningsplaner tyder således klart på, at der er tale om uensartet henvisningspraksis, og at henvisningen er påvirket af andre forhold end de rent faglige, herunder for eksempel økonomiske incitament, kapaciteten på sygehuset eller afdelingen samt henvisnings- og registreringspraksis og øvrige kulturelle forhold. Den uensartede løsning af genoptræningsopgaven indikerer endvidere, at opgaven ikke alle steder løses på laveste effektive omsorgsniveau (LEON).

Overordnet set medfører den måde regionerne og sygehusene er finansieret på ikke entydige incitamenter til at visitere til specialiseret frem for almindelig, ambulans genoptræning eller omvendt. De økonomiske incitamenter i finansieringen af sygehusene kan som konsekvens heraf ikke bidrage systematisk til målsætningen om, at genoptræningen løses på laveste effektive omsorgsniveau (LEON).

Andre forhold end økonomiske incitamenter vurderes derfor at kunne forklare en betydelig del af den konstaterede variation i andelen af specialiserede genoptræningsplaner på tværs af sygehusene. I rapporten peges blandt andet på følgende forhold, som vurderes at have betydning i forbindelse med den lægefaglige vurdering af behovet for genoptræning:

- Lægens beslutning kan være påvirket af interne forhold på sygehuset eller på afdelingen. Lægen vil måske i højere grad visitere til specialiseret genoptræning, hvis der er ledig kapacitet på sygehuset, og i modsat fald visitere til almindelig genoptræning i kommunalt regi.
- Det kan ikke udelukkes, at lægen, ud fra et forsigtighedshensyn, vælger at henvise til specialiseret genoptræning på sygehuset, hvis den pågældende patient ligger i gråzonen mellem almindelig og specialiseret genoptræning. Denne tendens vil kunne forstærkes, hvis lægen ikke er fortrolig med de kommunale genoptræningstilbud, uanset at det ikke er op til lægen at vurdere hverken omfanget eller kvaliteten af de kommunale tilbud.
- Henvisnings- og registreringspraksis mv. på sygehusene kan i forskellig form bidrage til at forsinke, at den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet med to former for ambulans genoptræning udmøntes i den lægefaglige henvisnings til genoptræning.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der, blandt andet i takt med at henvisnings- og registreringspraksis på sygehusene tilpasses den nye arbejdsdeling mellem kommuner og regioner på genoptræningsområdet, vil kunne forventes en reduktion i den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning og i variationen i denne andel. Udviklingen i den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning igennem 2007 understøtter vurderingen af, at området endnu er inde i en tilpasningsfase, men forklarer dog ikke det fortsat høje gennemsnitlige niveau samt den betydelige variation i andelen af specialiseret genoptræning.

Kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet er grundlæggende begrænset af sundhedsområdets særlige natur, hvor kommunerne på kort sigt hverken kan eller skal styre den enkelte patients behov for genoptræning. På længere sigt har kommunerne dog andre styringsmuligheder, blandt andet bedre udnyttelse af sundhedsaftalerne, sundhedskordinationsudvalgene og de øvrige eksisterende samspilsrelationer. På det lange sigt vil kommunerne endvidere kunne påvirke behovet for genoptræning via forbedret samspil med de øvrige kommunale opgaver.

Fraværet af et systematisk og lettilgængeligt overblik over relevante informationer kan i den forbindelse have bidraget til, at der ikke alle steder har været fokus på et eventuelt styringsmæssigt problem på genoptræningsområdet.

Arbejdsgruppen anser det for uhensigtsmæssigt, hvis andelen af ambulante genoptræning, der udføres på sygehuse, påvirkes af forhold, som ligger uden for rammerne af den lægefaglige vurdering, herunder den løbende kapacitetssituation på sygehusene, lægens manglende fortrolighed med de kommunale genoptræningstilbud samt henvisnings- og registreringspraksis og øvrige kulturelle barrierer.

I boks 1.1 fremgår arbejdsgruppens vurdering af uhensigtsmæssigheder i de eksisterende incitamentsstrukturer, rammer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet.

Boks 1.1 Uhensigtsmæssigheder i incitamentsstrukturer, rammer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet

I lyset af at den gennemsnitlige andel af specialiseret, ambulante genoptræning er betydeligt højere end forudsat, og at der er uforklaret variation i andelen af specialiseret genoptræning, anser arbejdsgruppen det for uhensigtsmæssigt, at:

- sundhedsaftalerne mellem mange kommuner og regioner ikke er formuleret mere præcist med henblik på at opnå en normerende virkning på genoptræningsområdet
- kommunernes styringsmuligheder i nogle tilfælde begrænses unødigt som følge af mangelfuld udveksling af information, herunder specielt genoptræningsplaner mellem regioner og kommuner
- fraværet af et systematisk og lettilgængeligt overblik over relevante informationer kan have bidraget til, at der ikke alle steder har været fokus på et eventuelt styringsmæssigt problem på genoptræningsområdet
- andelen af ambulante genoptræning, som udføres på sygehuse kan være påvirket af kapacitetshensyn på sygehuset eller på afdelingen samt af lægens fortrolighed med de kommunale genoptræningstilbud
- kulturelle forhold på sygehusene, herunder endnu ufuldendt tilpasning af henvisnings- og registreringspraksis, udgør en barriere for tilpasningen til den nye struktur på genoptræningsområdet

Det konstateres samtidig, at de økonomiske incitamenter i finansieringsmodellen på genoptræningsområdet ikke understøtter hensigten om, at langt størstedelen af genoptræningsopgaven skal varetages i ikke-specialiseret regi. Dette kan ikke isoleret set anses for uhensigtsmæssigt, idet finansieringsmodellen dermed heller ikke modarbejder hensigten. En konsekvens heraf er dog, at finansieringsmodellen heller ikke direkte understøtter, at genoptræningsopgaven løses på laveste effektive omsorgsniveau (LEON)

1.3.1 Konkrete forslag til bedre udnyttelse af eksisterende rammer

På baggrund af de identificerede uhensigtsmæssigheder er det arbejdsgruppen vurdering, at der med fordel kan iværksættes en række tiltag med henblik på at forbedre kommunernes faglige og økonomiske styringsmuligheder på genoptræningsområdet og forbedre ressourceudnyttelsen på området. Samtlige tiltag vil kunne gennemføres inden for rammerne af de gældende regler, det vil sige først og fremmest i regi af sundhedsaftalerne. Alle initiativer vil dog ikke være lige relevante for alle kommuner og regioner, da der mange steder allerede er iværksat initiativer i stil med de foreslåede.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at sundhedsaftalerne rummer et stort uudnyttet potentiale for at forbedre kommunernes styringsmuligheder samt arbejdsdelingen på genoptræningsområdet. Det er arbejdsgruppens vurdering, at følgende konkrete initiativer vil kunne bidrage til at give sundhedsaftalerne en normerende virkning på genoptræningsområdet:

- Der opstilles vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning
- Der med fast interval offentliggøres særlige indikatorer til brug for den løbende opfølgning på disse målsætninger i sundhedskoordinationsudvalgene
- Sundhedskoordinationsudvalgenes løbende opfølgning på sundhedsaftalerne intensiveres på genoptræningsområdet, specielt med fokus på de vejledende målsætninger, samt at opfølgningen eventuelt suppleres ved nedsættelse af særlige kontaktfora på genoptræningsområdet

Det er endvidere arbejdsgruppens vurdering, at det høje niveau for den specialiserede genoptræning til dels kan imødegås ved at etablere bedre og mere systematiske overblik over de genoptræningstilbud, som hver kommune råder over, samt hvilke aftaler kommunerne har indgået med andre udbydere af almindelig, ambulant genoptræning. Forslaget skal ses i sammenhæng med, at manglende fortrolighed med de kommunale tilbud vurderes at have indflydelse på lægernes henvisning, uanset at det ikke er op til lægen at vurdere hverken omfanget eller kvaliteten af de kommunale tilbud.

Med henblik på at sikre at de konkrete aftaler vedrørende genoptræningsområdet udmøntes i konkrete beslutninger på sygehusene, foreslår arbejdsgruppen, at regionerne proaktivt arbejder for at, henvisnings- og henvisningspraksis samt øvrige kulturelle forhold ikke udgør barrierer, som modvirker omstillingen til den nye arbejdsdeling med to former for ambulant genoptræning.

Med henblik på at forbedre kommunernes forståelse for den generelle henvisningspraksis, samt at skærpe den gensidige opmærksomhed på andelen af specialiseret genoptræning, foreslår arbejdsgruppen, med undtagelse af Danske Regioner, endvidere, at genoptræningsplanen indeholder et særligt felt, der kan udfyldes med begrundelsen for, at den pågældende patient er visiteret til specialiseret genoptræning. Forslaget skal ses i sammenhæng

med, at nogle kommuner har udtrykt manglende forståelse for konkrete henvisninger. Med henblik på at minimere den administrative merbelastning af regionerne, vil der alene skulle anføres helt korte begrundelser, som blot afspejler de vurderinger, der i alle tilfælde er foretaget af patientens behov for genoptræning.

Danske Regioner er ikke enige i, at der skal skrives en begrundelse for den specialiserede genoptræning, idet Danske Regioner vurderer, at det vil være en markant bureaukratisering for både læger og terapeuter. I en rundspørge blandt terapeuter er merbelastningen vurderet til at antage 10 minutter pr. genoptræningsplan.

Udover at det er en bureaukratisering, der vil gøre varme hænder kolde, mener Danske Regioner ikke, at den lægefaglige vurdering skal mistænkeliggøres ved at lægen skal begrunde henvisning til genoptræning eksplicit pga. en lovbestemt arbejdsdeling mellem myndighederne på genoptræningsområdet.

Hvis de foreslåede initiativer ikke implementeres via frivillige aftaler, og hvis den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning ikke viser klare tegn på fald samt klare tegn på mindre variation mellem sygehusene, vil forslagene alternativt kunne gennemføres som regelændringer.

Arbejdsgruppens forslag til hvordan det vil være muligt at forbedre kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet samtidig med, at der sikres en bedre kommunal ressourceanvendelse på området, er sammenfattet i boks 1.2.

Boks 1.2 Forslag til forbedring af kommunernes styringsmuligheder samt ressourceanvendelsen på genoptræningsområdet

Med henblik på at forbedre styringsmuligheder og incitamentsstrukturer på genoptræningsområdet samtidig med, at der sikres en bedre ressourceanvendelse på området foreslår arbejdsgruppen, at:

1. kommuner og regioner i højere grad udnytter sundhedsaftalernes potentiale som styringsredskab på genoptræningsområdet
2. kommuner og regioner opstiller vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning
3. der, blandt andet til brug for den løbende opfølgning på opstillede målsætninger på genoptræningsområdet, med fast interval offentliggøres særlige indikatorer for andelen af specialiseret genoptræning fordelt på regioner, kommuner, sygehuse samt udvalgte specialer og diagnoser
4. sundhedskoordinationsudvalgenes løbende opfølgning på sundhedsaftalerne intensiveres på genoptræningsområdet, specielt med fokus på opstillede vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning, samt at opfølgningen eventuelt suppleres ved nedsættelse af særlige kontaktfora på genoptræningsområdet
5. der som led i den obligatoriske del af sundhedsaftalen mellem kommuner og regioner om arbejdsdelingen på genoptræningsområdet etableres oversigter

over hvilke genoptræningstilbud hver kommune råder over, samt hvilke aftaler kommunen har indgået med andre udbydere af almindelig, ambulans genoptræning

6. regionerne proaktivt arbejder for at den aftalte arbejdsdeling på genoptræningsområdet udmøntes i sygehusenes henvisnings- og registreringspraksis, herunder ved at oplyse sundhedspersonalet om de aftalte målsætninger for området samt om de genoptræningstilbud, som kommunerne i regionen råder over
7. der i foråret 2009 gennemføres en fælles opfølgning på de opstillede problemstillinger og løsningsforslag i nærværende rapport, og at det i den forbindelse vurderes, om der er behov for, at nogle af de foreslåede initiativer implementeres ved regelændringer, såfremt initiativerne ikke allerede er implementeret, og såfremt den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning ikke viser klare tegn på at nærme sig et niveau, der vurderes at være i overensstemmelse med hensigten bag reformen samt tegn på mindre variation mellem sygehusene

Arbejdsgruppen, med undtagelse af Danske Regioner, foreslår desuden, at den henvisende myndighed ved udarbejdelse af genoptræningsplanen kort angiver en begrundelse for, hvorfor der er henvist til specialiseret, ambulans genoptræning.

1.3.2 Øvrige overvejelser

I forlængelse af forslagene, som kan gennemføres inden for de gældende regler, har arbejdsgruppen overvejet nogle enkelte forhold, som kun vil kunne udmøntes i konkrete initiativer under forudsætning af, at regelgrundlaget på genoptræningsområdet ændres.

For det første har arbejdsgruppen overvejet betydningen af, at den eksisterende finansieringsmodel ikke direkte understøtter hensigten om, at langt størstedelen af genoptræningsopgaven skal varetages i ikke-specialiseret regi. Dette kan ikke i sig selv anses for u hensigtsmæssigt, men har dog som konsekvens, at finansieringsmodellen ikke direkte understøtter hensigten om, at genoptræningsopgaven skal løses på det laveste effektive omsorgsniveau (LEON).

Finansieringsstrukturen på genoptræningsområdet er bestemt i lov om regionernes finansiering. Arbejdsgruppen vurderer, at en ændring af finansieringsstrukturen først vil være relevant at overveje, hvis de øvrige forslag ikke viser sig at resultere i en fremtidig arbejdsdeling, som parterne vurderer at være i overensstemmelse med hensigten bag kommunalreformen om at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

Det fremgår af bemærkningerne til sundhedsloven, at den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen løbende vil blive fulgt med henblik på, om den opfylder formålet, herunder den forventede størrelse. I den forbindelse vil regeringen kunne overveje behovet for en ny

finansieringsmodel på genoptræningsområdet, herunder en model der mere direkte understøtter, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi, fx ved at indføre regional medfinansiering for specialiseret ambulans genoptræning.

For det andet anser arbejdsgruppen det for uhensigtsmæssigt, at kommunerne i en række tilfælde ikke har modtaget genoptræningsplaner på udskrivningstidspunktet, eller slet ikke har modtaget en genoptræningsplan, hvilket i begge tilfælde er i uoverensstemmelse med lovgivningen. Det er dog arbejdsgruppens vurdering, at problemet med manglende fremsendelse af genoptræningsplaner til dels kan tilskrives, at området fortsat er inde i en opstartsfase, og at problemet derfor vil aftage i den nærmeste fremtid.

Generelt er det arbejdsgruppens vurdering, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at ændre reglerne allerede et år efter de er trådt i kraft, og inden effekten af de øvrige forslag er kendt. Sådanne overvejelser vil endvidere kun være relevante, såfremt der ikke viser sig tegn på en bevægelse i retning af en lavere gennemsnitlig andel af specialiseret genoptræning og en mindre variation i andelen.

1.4 Arbejdsgruppens sammensætning og møder

I arbejdsgruppen deltager Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Arbejdsgruppen har afholdt 5 møder på følgende datoer:

1. Den 12. december 2007
2. Den 22. januar 2008
3. Den 22. februar 2008
4. Den 28. marts 2008
5. Den 22. april 2008

Ved møderne har følgende personer deltaget:

Chefkonsulent Mette Bergholdt, KL
Konsulent Maj-Britt Winther, KL
Kontorchef Malene Højsted Kristensen, Danske Regioner
Konsulent Anne Marie Lei, Danske Regioner
Konsulent Susan Colding, Danske Regioner
Fuldmægtig Signe Marie Louise Schou Heilmann, Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Louise Broe, Sundhedsstyrelsen
Kontorelev Eva Beyer Clausen, Sundhedsstyrelsen
Specialkonsulent Merete Rønmos Houmann, Finansministeriet
Kontorchef Dorthe Eberhardt Søndergaard, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Kontorchef Svend Særkjær, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Formand)
Specialkonsulent Mads Hansen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Fuldmægtig Brit Borum Madsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Fuldmægtig Frederikke Beer, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Fuldmægtig Kasper Warrer, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Fuldmægtig Peter Truels Nielsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Student Rasmus Fynbo Aagaard-Jensen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

2 Kortlægning af opgaver, ansvar og økonomi

2.1 Indledning og sammenfatning

Med kommunalreformen er der skabt en ny struktur og klar ansvarsdeling på genoptræningsområdet. Dette har medført en ny henvisningspraksis og registreringspraksis, som skal understøtte den nye ansvarsdeling på området.

Regelgrundlaget giver ikke anledning til tvivl om hvem, der er bemyndiget til at henvise til genoptræning, herunder om genoptræningen kan karakteriseres som almindelig eller specialiseret, ambulante genoptræning, og hvilke myndigheder der har ansvaret for drift og finansiering af den pågældende ydelse. Reglerne giver til gengæld mulighed for, at der i hvert enkelt tilfælde foretages en konkret lægelig vurdering af den enkelte patients behov for genoptræning. Regelgrundlaget var endeligt på plads i december 2006, og trådte i kraft fra 1. januar 2007.

Med henblik på at håndtere ansvarsdelingen på genoptræningsområdet, er der etableret formelle samspilsrelationer, som på den ene side forpligter kommuner og regioner til at indgå særskilte aftaler om genoptræningsområdet, men som på den anden side indebærer betydelige frihedsgrader i forhold til den konkrete, lokale varetagelse af genoptræningsopgaven.

Herunder gennemgås først regelgrundlaget på genoptræningsområdet, herunder regler for henvisning til genoptræning og formkravene til samarbejdet mellem kommuner og regioner. Efterfølgende gennemgås det afregningssystem, der er etableret med henblik på at kunne håndtere arbejdsdelingen på området. Afslutningsvis beskrives to identificerede problemstillinger i relation til fortolkning af reglerne på området.

2.2 Kortlægning af myndigheds-, drifts- og finansieringsansvar

For al ambulante genoptræning efter udskrivning fra sygehus¹ gælder, at myndigheds- og finansieringsansvaret er placeret hos kommunerne. Samtidig følger det af lovgivningen, at kommunerne har driftsansvaret for den del af genoptræningen, der er kategoriseret som almindelig, ambulante genoptræning, mens regionerne har driftsansvaret for den del af genoptræningen, der er kategoriseret som specialiseret, ambulante genoptræning, jf. bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Der kan endvidere henvises til forarbejderne til sundhedslovens § 140.

Regionsrådet skal efter lovgivningen tilbyde en individuel genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen skal blandt andet in-

¹ Vejledning om genoptræning i kommuner og regioner definerer, hvornår der er tale om udskrivning fra sygehus, og opregner i forlængelse heraf en række ikke-udtømmende eksempler.

deholde en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet, ligesom genoptræningsplanen skal angive, hvorvidt patienten efter udskrivning fra sygehus har behov for genoptræning på et sygehus (specialiseret genoptræning), jf. § 2, stk. 1 og 3 i bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006. Den lægefaglige vurdering af en patients genoptræningsbehov foretages således af sygehuset.

Kommunernes myndighedsansvar indebærer, at kommunen har ansvaret for at tilbyde vederlagsfri genoptræning på grundlag af den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet, som er indeholdt i genoptræningsplanen. Det bemærkes, at kommunen ikke efter lovgivningen har kompetence til at tilsidesætte den lægefaglige vurdering af patientens genoptræningsbehov, herunder vurderingen af om patienten har behov for specialiseret genoptræning. Kommunen har dermed ansvaret for, at patienter med et genoptræningsbehov sikres genoptræning og for at finansiere denne indsats.

I Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus er fastsat, hvornår der er tale om specialiseret, ambulantly genoptræning, som skal leveres af det regionale sygehusvæsen, jf. boks 2.1.

Boks 2.1 Afgrænsning af specialiseret, ambulantly genoptræning

Ifølge bekendtgørelsen, skal genoptræning udføres på et sygehus, hvis et af følgende to kriterier er opfyldt:

- 1) Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
- 2) Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, der kun findes i sygehusregi.

Kilde: Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

De opstillede kriterier for specialiseret ambulantly genoptræning har til formål at understøtte en meget snæver faglig afgrænsning af den specialiserede genoptræning. Heri ligger, at langt hovedparten af genoptræningen skal ske i kommunalt regi. Det er ved anvendelsen af kriterierne ikke alene diagnosen, men ofte patientens tilstand - herunder sygdommens sværhedsgrad - der afgør, om patienten skal have tilbud om specialiseret, ambulantly genoptræning i sygehusvæsenet.

Til støtte for den lægefaglige vurdering opregner Vejledning om træning i kommuner og regioner en række ikke-udtømmende eksempler på genoptræningsforløb, der ud fra de fastsatte kriterier som udgangspunkt bør kategoriseres som specialiseret, ambulantly genoptræning. Ligeledes opregnes

en række ikke-udtømmende eksempler på genoptræningsforløb, der som udgangspunkt bør kategoriseres som almindelig, ambulantly genoptræning.

I tilfælde hvor en patient ved udskrivning fra sygehus har et lægeligt vurderet behov for genoptræning, er regionsrådet – i praksis sygehuslægen eller andet sundhedsfagligt personale - forpligtet til at udarbejde en genoptræningsplan, jf. endvidere afsnit 2.4.4. Genoptræningsplanen fungerer som en lægehenvielse, og skal sikre relevant information til den (eller de) sundhedsperson(er), der skal yde genoptræningsydelsen til patienten. Samtidig skal genoptræningsplanen sikre information til patienten, til patientens alment praktiserende læge og til kommunen.

Sundhedslovens § 84 om genoptræningsplaner er udmøntet i Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, og er nærmere beskrevet i afsnit 2.4.4.

2.3 Henvielsesregler for vederlagsfri genoptræning

Generelt gælder det, at det er en sygehuslæge eller andet sundhedsfagligt personale i det regionale sygehusvæsen, der kan henvise til vederlagsfri genoptræning i form af en genoptræningsplan, ligesom sygehuslægen eller andet sundhedsfagligt personale på private sygehuse kan henvise til vederlagsfri genoptræning i situationer, hvor det private sygehus udfører en regional opgave.

I de efterfølgende afsnit redegøres mere uddybende for henvielsesreglerne på området.

2.3.1 Henvielse til genoptræning efter udskrivning fra et regionsygehus

Almindeligvis er det regionsrådet, der er forpligtet til at tilbyde en genoptræningsplan til patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. I praksis er det den lægefaglige ekspertise på det regionale sygehus, der har ansvaret for og kompetencen til at afgøre, om der skal udarbejdes en genoptræningsplan, ligesom det er den lægefaglige ekspertise, der har ansvaret for og kompetencen til – ud fra de fastlagte kriterier for specialiseret, ambulantly genoptræning - at afgøre, hvorvidt patienten skal henvielse til specialiseret eller almindelig ambulantly genoptræning.

Det er almindelig praksis – i tråd med autorisationsloven og reglerne om medhjælp på sundhedsområdet – at en læge kan delegerer opgaver til andet sundhedsfagligt personale med henblik på en fleksibel opgavetilrettelse i sundhedsvæsenet. En læge kan således vælge at delegerer opgaven med at vurdere en patients genoptræningsbehov, herunder vurderingen af om genoptræningen kan karakteriseres som almindelig eller specialiseret ambulantly genoptræning, til for eksempel fysio- ergoterapeuter eller sygeplejersker. Ligeledes kan en læge vælge at delegerer den konkrete udarbejdelse af en genoptræningsplan.

Der kan undtagelsesvis forekomme tilfælde, hvor en læge – eller andet sundhedsfagligt personale - på udskrivningstidspunktet ikke har tilstrækkeligt grundlag for at vurdere, om en patient har behov for genoptræning og derfor ret til en genoptræningsplan - f.eks. i tilfælde, hvor en patient udskrives efter behandling på en skadestue. I denne situation kan patienten henvises til ambulantly udredning i sygehusvæsenet med henblik på en vurdering af et eventuelt genoptræningsbehov og dermed behov for en genoptræningsplan.

2.3.2 Genoptræningsplan efter udskrivning fra privat sygehus

I situationer hvor en patient bliver udskrevet fra et privat sygehus efter at have modtaget behandling for egen regning, har det private sygehus ikke kompetence til at vurdere, om en patient har behov for genoptræning og derfor ret til en genoptræningsplan på udskrivningstidspunktet. Her har det private sygehus i stedet mulighed for at henvise patienten til bopælsregionens sygehusvæsen med henblik på vurdering af et eventuelt behov for en genoptræningsplan og efterfølgende vederlagsfri genoptræning.

Kun i situationer hvor en patient bliver udskrevet fra et privat sygehus efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, vil det være det private sygehus, der vurderer behovet for genoptræning efter endt sygehusbehandling - og på det grundlag det private sygehus der eventuelt udarbejder en genoptræningsplan.

2.3.3 Henvisning til vederlagsfri genoptræning ved et § 79 specialsygehus

Efter sundhedslovens bestemmelser ydes der inden for en nærmere fastsat økonomisk ramme (fritvalgsrammen) vederlagsfri behandling på de i sundhedslovens § 79, stk. 2, nævnte private specialsygehuse m.v.

Behandling inden for fritvalgsrammen på et af de i sundhedslovens § 79 nævnte specialsygehuse kan ske efter lægehenvvisning fra praktiserende læge eller sygehuslæge. Den endelige henvisning af patienterne foretages af specialsygehuset.

I det omfang der er lang ventetid til behandling inden for fritvalgsrammen på det givne specialsygehus, kan den praktiserende læge – i samarbejde med patienten – vælge at henvise patienten til et andet sygehus med henblik på, at vedkommende modtager sygehusbehandling der.

I tilfælde, hvor en patient bliver udskrevet fra et § 79 specialsygehus, vurderer det pågældende specialsygehus behovet for efterfølgende ambulantly genoptræning.

De i § 79 nævnte specialsygehuse er – ud over fritvalgsrammen - frit stillet til at sælge ydelser til private, til kommuner og til regioner, og har dermed mulighed for at tilpasse deres ydelser til den myndighed, det eventuelt måtte ønske at sælge til. Det vil sige, at specialsygehuset kan vælge at producere ydelser, som har karakter af sygehusydelser eller ydelser, som har karakter af en kommunal ydelse. Der vil ved salg af de respektive ydelser være tale om bilaterale leverandøraftaler indgået mellem det private specialsygehus og den enkelte kommunalbestyrelse eller det enkelte regionsråd.

2.4 Samspil mellem aktørerne på genoptræningsområdet

Arbejdsdelingen mellem behandling og genoptræning og mellem specialiseret og almindelig genoptræning forudsætter et tæt og løbende samspil mellem de myndigheder, som i fællesskab skal løse behandlings- og genoptræningsopgaverne for at sikre, at patienten tilbydes sammenhængende, koordinerede og effektive forløb på tværs af myndigheds- og ansvarsområder.

I forbindelse med kommunalreformen er derfor etableret følgende formaliserede rammer for samarbejdet mellem regioner, kommuner, institutioner, patienter mv. om genoptræningsopgaven:

1. Sundhedskoordinationsudvalg
2. Sundhedsaftaler
3. Kontaktpersoner
4. Genoptræningsplaner

På det mest overordnede samarbejdsniveau nedsættes i hver region et sundhedskoordinationsudvalg med medlemmer fra regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren i regionen. Udvalgene har det overordnede ansvar for samarbejdet mellem sygehuse, praksissektoren og kommunerne. Rammerne for dette samarbejde lægges i de udkast til de obligatoriske sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne i regionen, som sundhedskoordinationsudvalget skal udarbejde.

På det mere specifikke niveau skal regionsrådet og kommunalbestyrelsen hver udpege en kontaktperson med ansvar for koordination af genoptræningsforløb i forbindelse med udskrivning. Samtidigt er regionsrådet forpligtet til at tilbyde genoptræningsplaner til patienter med behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

2.4.1 Sundhedskoordinationsudvalg

Den overordnede koordinering af regionernes og kommunernes forpligtelser på sundhedsområdet varetages af det såkaldte sundhedskoordinationsudvalg.

For hver region nedsættes et sundhedskoordinationsudvalg bestående af repræsentanter udpeget af regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren i regionen. Udvalget skal udarbejde udkast til sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne og løbende følge den praktiske gennemførelse heraf, jf. afsnit 2.4.2. Sundhedskoordinationsudvalget skal endvidere drøfte øvrige emner af relevans for samspillet mellem sygehusene, praksissektoren og kommunerne i regionen, jf. boks 2.2.

Boks 2.2 Sundhedskoordinationsudvalg

- Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg
- Sundhedskoordinationsudvalget består af repræsentanter for regionen (formand), kommunerne i regionen og praksissektoren

- Sundhedskordinationsudvalget skal mødes mindst fire gange om året, men fastsætter i øvrigt selv sin forretningsorden
- Sundhedskordinationsudvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper, blandt andet med henblik på faglig rådgivning eller inddragelse af brugersynspunkter
- Sundhedskordinationsudvalget udarbejder et generelt udkast til sundhedsaftaler mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen (*se boks 2.3*)
- Sundhedskordinationsudvalget følger og drøfter efter behov sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stiller sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne
- Sundhedskordinationsudvalgene vurderer udkast til regionens sundhedsplan og kan komme med anbefalinger til hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommuner
- Sundhedskordinationsudvalget drøfter i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i behandlingsforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner
- Sundhedskordinationsudvalget informerer sundhedskordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommuner i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordinationen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner

Kilde: Bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006 af sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Bestemmelserne i bekendtgørelsen pålægger sundhedskordinationsudvalget at følge og drøfte den praktiske gennemførelse af sundhedsaftalerne samt øvrige emner af relevans for sammenhæng i behandlingsforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner i regionen. Udvalget skal stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne, og skal endvidere informere sundhedskordinationsudvalgene i de øvrige regioner, hvis det kan fremme behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Sundhedskordinationsudvalgene er beskrevet uddybende i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 2006*.

2.4.2 Sundhedsaftaler

En sundhedsaftale er et formaliseret, forpligtende samarbejde mellem region og kommune, som omhandler parternes fælles ansvar for at sikre, at specifikke opgaver på sundhedsområdet varetages. Formålet med sundhedsaftalerne er at sikre sammenhæng og koordination af indsatsen på sundhedsområdet både inden for og på tværs af myndigheder og sektorer.

Sundhedsstyrelsen skal som den nationale faglige myndighed godkende disse lovpligtige aftaler.

Med udgangspunkt i sundhedskordinationsudvalgets udkast indgår regionsrådet for hver valgperiode en sundhedsaftale med hver kommunalbestyrelse i regionen. Private sygehuse og behandlingsinstitutioner mv. er kun omfattet af sundhedsaftaler i den udstrækning, der indgås aftaler herom med regionsrådet.

Sundhedsaftalen fastlægger rammerne for varetagelsen af opgaver på de dele af sundhedsområdet, der har relevans for både kommuner og regioner. Der skal som minimum indgås aftaler vedrørende:

- Udskrivningsforløb for svage ældre patienter
- Indlæggelsesforløb
- Træningsområdet
- Hjælpemiddelområdet
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Som udgangspunkt vedrører aftalerne således ikke den rent kommunale indsats eller den rent regionale indsats.

For hvert af de obligatoriske områder, som sundhedsaftalen skal omfatte, er fastsat en række nærmere krav til indholdet af aftalen. De specifikke krav til indholdet af sundhedsaftaler på træningsområdet fremgår af *boks 2.3*.

Boks 2.3 Krav til indholdet i sundhedsaftaler på træningsområdet

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Den arbejdsdeling, som er aftalt mellem regionen og kommunerne i forhold til levering af genoptræning til patienter efter udskrivning fra sygehus samt beskrivelse af arbejdsdeling aftalt med tredje part.
2. Hvordan parterne sikrer kommunikation mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning fra sygehus af patienter med et genoptræningsbehov. Konkret skal aftalen fastlægge indholdet af en kontaktpersonordning.
3. Hvordan parterne sikrer tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted.
4. Hvordan parterne gennem en løbende planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunen sikrer, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivning fra sygehuset.
5. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Kilde: Bilag 3 til bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006 af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne er således helt centrale i forhold til samarbejdet mellem kommuner og regioner om genoptræningsopgaven.

Under punkt 1 skal kommunen og regionen aftale hvilken arbejdsdeling, der skal gælde på genoptræningsområdet. Der vil her være behov for i praksis - og på tværs af patientgrupper - at få udmøntet de fastsatte kriterier for, hvad der udgør specialiseret genoptræning. Dvs. at få præciseret hvilke forløb, der forventes at skulle foregå i sygehusregi. Den konkrete afgørelse beror dog altid på en konkret lægefaglig vurdering af den enkelte patient.

Det er et krav, at sundhedsaftalen beskriver, hvilke genoptræningsydelser der leveres ved kommunens institutioner, og hvilke der leveres på sygehuse. I den forbindelse bør aftalen indeholde en oversigt over:

- Hvilken genoptræning der tilbydes ved kommunens egne institutioner
- Hvilke leverandøraftaler der er indgået mellem kommunen og regionen
- Hvilke leverandøraftaler der er indgået mellem kommunen og andre regioner, private institutioner eller private sygehuse.

Under punkt 2 skal kommunen og regionen aftale, hvordan det sikres, at der er den fornødne kommunikation imellem de relevante parter. Kravet om kommunikation skal blandt andet medvirke til at sikre, at tidspunktet for udskrivning af patienter med genoptræningsplan er varslet og koordineret i forhold til kommunen, så forløbet bliver så sammenhængende som muligt. Lovfæstede kontaktpersonordninger og genoptræningsplaner er centrale værktøjer i forhold til den sundhedsfaglige dialog på tværs af institutionsgrænser, jf. afsnit 2.4.3 og 2.4.4.

Under punkt 3 skal parterne sikre, at kommunen kan tilbyde relevant vejledning som en hjælp for patienten i forbindelse med muligheden for at vælge genoptræningssted efter fritvalgsreglerne på genoptræningsområdet. Klarhed over de tilgængelige tilbud på genoptræningsområdet er ligeledes en forudsætning for at kunne tilrettelægge arbejdsdelingen mest hensigtsmæssigt mellem kommuner og regioner, jf. punkt 1.

Under punkt 4 kræves det, at parterne tilrettelægger kapaciteten, så patienten kan påbegynde genoptræning hurtigst muligt efter udskrivning. Udover hensynet til patienten vil en grundig planlægning af kapaciteten på området også forbedre parternes mulighed for at tilrettelægge arbejdsdelingen samt for at budgettere på genoptræningsområdet.

Endelig kræves det under punkt 5, at der er en klar aftale om, hvordan parterne følger op på de enkelte aftaler i sundhedsaftalerne. Hertil kommer, at sundhedskoordinationsudvalgene efter behov følger og drøfter sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse, og stiller deres vurdering heraf til rådighed for aftaleparterne, jf. også afsnit 2.4.1.

Sundhedsaftalerne er beskrevet uddybende i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 2006*. Herunder også regler og procedurer i forbindelse med Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsplanerne.

Som supplement til sundhedsaftalerne kan regionsrådet og den enkelte kommunalbestyrelse endvidere nedsætte et fælles kontaktforum på sundhedsområdet, hvis der på et område vurderes at være behov for et særligt fokus. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen fastsætter da i fællesskab

kontaktforummets sammensætning og opgaver samt de nærmere vilkår for kontaktforummets arbejde.

2.4.3 Kontaktpersoner

Sundhedsaftalen skal fastlægge indholdet af en kontaktpersonordning - for eksempel i form af en vejledning - der skal understøtte koordinationen i relation til den enkelte patient med et genoptræningsbehov, *jf. boks 2.4.*

Boks 2.4 Kontaktpersoner

- Regionsrådet og kommunalbestyrelsen udpeger hver en kontaktperson med ansvar for koordineringen af genoptræningsforløb i forbindelse med udskrivning af patienter med et genoptræningsbehov.
- Genoptræningsplanen skal indeholde oplysninger om, hvordan bopælsregionen og bopælskommunen kan kontaktes.

Kilde: Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Kontaktpersonordningen – såvel som kravet til genoptræningsplaner - skal understøtte og sikre relevant og rettidig kommunikation mellem sygehus, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning af patienter med genoptræningsbehov.

Kontaktpersonordningen på genoptræningsområdet må ikke forveksles med kravet om, at alle indlagte patienter, eller patienter i længerevarende ambulante forløb, skal have tilknyttet én fast kontaktperson til sin behandling.

2.4.4 Genoptræningsplaner

Når en patient udskrives fra sygehuset, skal der foretages en lægefaglig vurdering af, om den pågældende patient har behov for genoptræning. Hvis det vurderes, at patienten har behov for genoptræning, har regionen pligt til at tilbyde en individuel genoptræningsplan til patienten.

Formålet med genoptræningsplanerne er at sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb til patienter, der har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen skal derfor sikre relevant information til alle myndigheder, institutioner, personer mv., som indgår i genoptræningen. Herunder patienten selv og patientens praktiserende læge. Kravene til genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner m.v., *jf. boks 2.5.*

Boks 2.5 Genoptræningsplaner

Overordnede krav:

- Regionsrådet skal tilbyde en individuel genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus
- Genoptræningsplanen skal være skriftlig, og den skal udarbejdes i samarbejde

med patienten.

- Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet, og den skal samtidig efter aftale med patienten sendes til patientens bopælskommune samt til patientens alment praktiserende læge
- I tilfælde, hvor patienten efter udskrivning fra sygehus har behov for specialiseret genoptræning på et sygehus, skal genoptræningsplanen efter aftale med patienten også sendes til det valgte sygehus.

Krav til indhold:

- Genoptræningsplanen skal som minimum indeholde en beskrivelse af patientens tidligere funktionsevne, en beskrivelse af patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet samt en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet, herunder af hvilke begrænsninger i funktionsevnen, som genoptræningen skal rette sig imod.
- Genoptræningsplanen skal angive det seneste tidspunkt for bopælskommunens første kontakt til patienten med henblik på tilrettelæggelse af det fortsatte genoptræningsforløb, herunder rådgivning om patientens mulighed for at vælge imellem genoptræningstilbud. I tilfælde hvor en patient efter udskrivning fra sygehus har behov for specialiseret genoptræning på et sygehus, skal genoptræningsplanen dog angive det seneste tidspunkt for det valgte regionssygehus' første kontakt til patienten.
- Genoptræningsplanen skal angive, hvorvidt patienten efter udskrivning fra sygehus har behov for genoptræning, som skal ydes på et sygehus.

Kilde: Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

En genoptræningsplan skal således angive om patienten efter udskrivning fra sygehus har behov for genoptræning, der skal ydes på et sygehus. Men det er kommunen (eller sygehuset for så vidt angår specialiseret genoptræning) der afgør metode, omfang og karakteren af den genoptræningsindsats, der skal tilbydes den enkelte patient.

Genoptræningsplanen skal også angive det seneste tidspunkt for bopælskommunens første kontakt til patienten med henblik på tilrettelæggelse af det videre genoptræningsforløb, eller det valgte regionssygehus' første kontakt i tilfælde af specialiseret genoptræning. I den forbindelse skal der tages hensyn til, at den enkelte patients videre genoptræning efter udskrivning fra sygehus skal tilrettelægges, så genoptræningen påbegyndes snarest muligt og på en sådan måde, at der sikres sammenhæng, faglig kvalitet og effektivitet i det enkelte patientforløb, så målsætningen med den enkelte genoptræningsplan kan realiseres.

Kravene til genoptræningsplanerne er mere udførligt beskrevet i *Vejledning om træning i kommuner og regioner* udarbejdet af Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i december 2006.

2.5 Økonomi og afregning

Fra den 1. januar 2007 har kommunerne haft myndigheds- og finansieringsansvaret for det ambulante genoptræningsområde. Til brug for afregning af genoptræning, der enten skal eller kan foregå på sygehusene, er der udviklet et særligt takst- og afregningssystem.

2.5.1 Generelle afregningsprincipper

Kommunen betaler for al genoptræning, der udføres efter udskrivning fra sygehus, uanset om der er tale om specialiseret genoptræning på et sygehus eller almindelig genoptræning i kommunalt regi. Genoptræning under indlæggelse finansieres af regionen med 70 pct. kommunal medfinansiering.

For så vidt angår afregningen af den specialiserede, ambulante genoptræning, der foregår i sygehusregi, er der indgået aftale mellem KL, Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet om, at kommunernes finansieringsforpligtelse bliver gennemført ved at anvende Sundhedsstyrelsens takster for området, samt at Sundhedsstyrelsen varetager opgørelsen.

Afregningen går fra bopælskommune til bopælsregion, uanset om genoptræningen er foretaget på regionens egne sygehuse, andre regioners sygehuse eller på privathospitaler, som regionen har indgået leverandøraftale med, jf. afsnit 2.3.3. Bopælsregionen forestår herefter afregningen med de relevante øvrige regioner og de af bopælsregionen benyttede private sygehuse.

For så vidt angår afregningen af den almindelige, ambulante genoptræning - hvor kommunen har indgået en leverandøraftale med et regionssygehus - er der ikke indgået aftale om en fast afregningsmodel. Det er aftalt, at kommunen og regionen efter aftale kan lade Sundhedsstyrelsen varetage denne opgave på baggrund af de udmeldte takster på genoptræningsområdet. Kommunen kan også lade et privat sygehus, en anden kommune eller private leverandører (for eksempel privatpraktiserende fysioterapeuter) forestå dele af kommunens genoptræningsopgave, og afregningen herfor foregår da efter konkret aftale mellem kommunen og tredjepart.

2.5.2. Sundhedsstyrelsens takster

Det har siden 1. januar 2004 været obligatorisk at registrere fysio- og ergoterapeutiske ydelser til Landspatientregistret (LPR). Disse registreringer danner grundlag for gruppering af fysio- og ergoterapeutiske ydelser til ambulante og stationære grupper. Grupperne afspejler hver især et forskelligt ressourcetræk, og har derfor også forskellige takster.

I Takstsystem 2006 for DRG-grupperingen var der fire takster for ambulante fysio- og ergoterapi. De blev i Takstsystem 2007 erstattet af tre takster for ambulante genoptræning. Derudover blev der indført fem takster for stationær genoptræning. Det er kun den genoptræning, der finder sted på det somatiske område, som grupperes og takstfastsættes, og altså ikke genoptræning inden for psykiatrien.

Afregningsprincipper

Afregningen mellem regioner og kommuner sker på baggrund af de individuelle oplysninger om aktiviteten for hver enkelt patient. Det vil sige, at afregningen sker på baggrund af den aktivitet, der er indberettet til LPR.

Stationær genoptræning

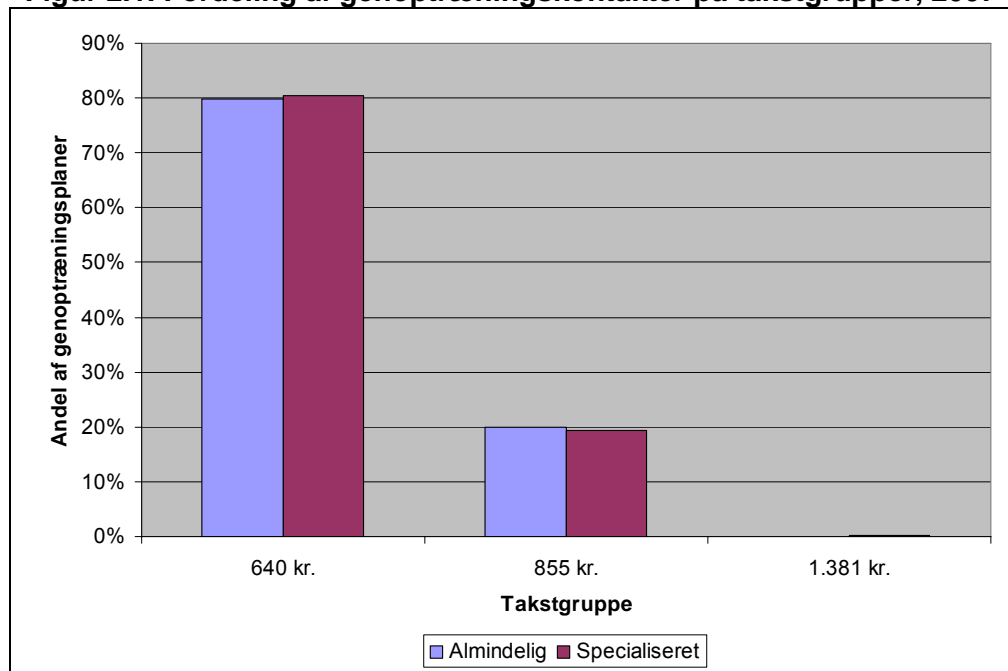
For de stationære patienter betyder det, at der afregnes på baggrund af de genoptræningsydelser, der er givet under indlæggelse. Man kan kun have ét genoptræningsforløb under en indlæggelse, og derfor afregnes der også kun én genoptræningstakst pr. indlæggelse. Det er den ressourcemæssigt mest tunge genoptræningsydelse, der afregnes efter.

Ambulant genoptræning

For de ambulante patienter betyder det, at afregningen af et givent besøg afhænger af, hvilke ydelser der er givet på det konkrete besøg. Derudover kræver afregningen også en klassifikation af, om genoptræningen er almindelig eller specialiseret. Klassifikationen sker ved, at der registreres en start- og slutkode for enten specialiseret eller almindelig ambulant genoptræning på den ambulante kontakt. De genoptræningsydelser, der gives inden for perioden afgrænset af start- og slutkode, vil dermed få klassifikationen almindelig eller specialiseret. Der afregnes kun én genoptræningstakst pr. besøg, og det er den ressourcemæssigt tungeste genoptræningsydelse, der afregnes efter.

De tre ambulante takster udgjorde i 2007 hhv. 640 kr., 855 kr. og 1381 kr. jf. figur 2.1.

I figur 2.1. er opgjort fordelingen på takstgrupper for den ambulante genoptræning, der er udført på sygehusene for henholdsvis specialiserede og almindelig genoptræning. For såvel den almindelige som den specialiserede genoptræning falder ca. 80 pct. af kontakterne i den laveste takstgruppe på 640. kr. pr. ambulante besøg.

Figur 2.1. Fordeling af genoptræningskontakter på takstgrupper, 2007

Kilde: Landspatientregisteret.

Afgrænsning af genoptræning vs. behandling

I gruppering af genoptræning indgår en række koder fra sygehusvæsenets klassifikationssystem (SKS-koder), som er defineret som genoptræning. Definitionen er foretaget af en sundhedsfaglig arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen, der har lavet en afgrænsning mellem koder for behandling og genoptræning inden for fysio- og ergoterapien.

Grupperingen af ydelserne faldt inden for 4 kategorier: Overvejende genoptræning, overvejende behandling, situationsafhængige ydelseskoder - som således både kan være behandlings- som genoptræningsydelser alt efter hvilken sammenhæng de ydes i - samt ydelser som omtrent lige ofte bliver anvendt til behandling og til genoptræning.

De 10 ydelseskoder, som på grundlag af den sundhedsfaglige vurdering blev betegnet som overvejende genoptræning, indgår i såvel den ambulante som den stationære gruppering af genoptræning. Det er på baggrund af disse 10 koder, at der sker en takstfastsættelse af både den stationære og ambulante genoptræning. De øvrige SKS-ydelser er således ikke takstudløsende, men har indgået i takstfastsættelsen, jf. nedenfor.

Takstberegning

Et ambulante genoptræningsbesøg kan som sagt kun udløse en af de tre ambulante takster. Niveauet for den enkelte takst er bestemt af omkostningen af den udløsende ydelse samt de øvrige genoptræningsydelser, der er givet på det samme genoptræningsbesøg².

² Opgjort i forbindelse med ABC-studierne i 2005/2006, som blev udført i forbindelse med takstfastsættelsen til taksterne for 2007.

I takstberegningen er der taget højde for sondringen mellem genoptræning og behandling, herunder de fire kategorier som samtlige ydelser inden for fysio- og ergoterapien kunne opdeles i.

I takstberegningen er det håndteret således, at de situationsafhængige ydelseskoder defineres som genoptræning, når de er givet i forbindelse med andre koder, der vurderes som genoptræning. Hvis ydelseskoderne i stedet er givet i forbindelse med behandlingskoder, defineres de som behandling.

I de tilfælde, hvor der både er givet genoptrænings- og behandlingskoder, er det den mest ressourcetunge af disse, der afgør, hvorvidt ydelseskoderne vurderes som genoptræning eller behandling.

Denne opdeling gør det muligt at placere de omkostninger, der kan henføres til disse koder på enten behandling eller genoptræning. De omkostninger, der relateres til behandling, indgår i takstberegningen til DRG og DAGS. De omkostninger, der kan relateres til genoptræning, indgår i takstberegningen til genoptræningstaksterne.

For de koder, der defineres som halv genoptræning/halv behandling, er fordelingen af omkostninger sket ved, at halvdelen af de omkostninger, der kan henføres til disse koder, er lagt til genoptræning. Dermed indgår ressourceforbruget relateret til disse koder ligeledes i beregningen af genoptræningstakster.

Markering af ambulant genoptræningstype

Afregning af ambulant genoptræning kræver - udover angivelse af hvilken genoptræningsydelse, der er givet - også en specifikation af, om genoptræningen er almindelig eller specialiseret. Det sker med udgangspunkt i start- og slutkoder som nævnt ovenfor.

Ved hjælp af de obligatoriske start- og slutkoder afgrænses perioder med specialiseret og almindelig ambulant genoptræning. Det er på baggrund af denne klassifikation, at der foretages afregning af specialiseret ambulant genoptræning.

Kravet til anvendelse af start- og slutkoder fremgår af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2007, som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Det fremgår heraf, at det er en forudsætning for at kunne registrere en startkode, at der er udarbejdet en genoptræningsplan, og at der skal være overensstemmelse mellem det anførte behov for genoptræning, der fremgår af planen (almindelig eller specialiseret), og den start- og slutkode der registreres.

2.6 Identificerede problemstillinger i forhold til fortolkning af visse regler i den ny opgavestruktur på genoptræningsområdet

Et år efter kommunalreformens ikrafttræden og den ny opgavefordeling på genoptræningsområdet er der konstateret nogle overordnede problemstil-

linger i relation til fortolkning af reglerne i den nye opgavestruktur. Det drejer sig blandet andet om fordelingen mellem specialiseret og almindelig, ambulant genoptræning, og det drejer sig om konsekvenserne af manglende fremsendelse af genoptræningsplaner.

2.6.1 Den faglige kompetence i forbindelse med vurderingen af genoptræningsbehovet

Det fremgår af aftalerne om den kommunale og regionale økonomi for 2008, at omfanget af specialiseret genoptræning er meget højt og varierer meget mellem sygehusene, jf. også kapitel 3. Dette skal ses i sammenhæng med, at det i forbindelse med kommunalreformen er lagt til grund, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

I forarbejderne til sundhedslovens genoptræningsbestemmelser er der ikke fastsat en vejledende procentsats for så vidt angår andelen af specialiseret genoptræning. Alligevel er den dokumenterede meget høje andel af specialiseret genoptræning ikke i tråd med lovens forarbejder, hvor det er lagt til grund, at kommunerne som hovedregel kan tilbyde genoptræningen ved egne institutioner eller ved indgåelse af aftale herom med regionsråd, andre kommunalbestyrelser eller private institutioner eller sygehus mv. Og alene som en undtagelse gælder, at genoptræningsydelse skal leveres af det regionale sygehusvæsen, hvis en patient har behov for specialiseret, ambulant genoptræning, der forudsætter et sygehus ekspertise, udstyr m.v.

I praksis er det den lægefaglige ekspertise eller andet sundhedspersonale, der i forbindelse med udskrivelse af en patient har ansvaret for og kompetencen til - ud fra fastlagte kriterier for specialiseret, ambulant genoptræning - at afgøre, hvorvidt patienter med et genoptræningsbehov henvises til specialiseret eller almindelig, ambulant genoptræning, jf. afsnit 2.2. De opstillede kriterier til støtte for den kliniske vurdering har til formål at understøtte en meget snæver faglig afgrænsning af den specialiserede genoptræning. Heri ligger, at langt hovedparten af genoptræningen skal ske i kommunalt regi.

I enkelte tilfælde har kommuner gjort indsigelse imod lægens vurdering af behovet for genoptræning, herunder om der er behov for almindelig eller specialiseret ambulant genoptræning. Kommunerne er imidlertid ikke tilført en myndighedsafgørelse for så vidt angår den lægefaglige vurdering af hvorvidt den enkelte patient har behov for specialiseret eller almindelig genoptræning, og kan dermed ikke anfægte lægens vurdering af patientens behov for genoptræning. Kommunernes tillid til lægens faglighed har som konsekvens heraf afgørende betydning for systemet.

I tilknytning til Vejledning om træning i kommuner og regioner er samlet nogle eksempler på henholdsvis almindelig og specialiseret ambulant genoptræning. Alle regioner har i samarbejde med kommunerne iværksat et arbejde med at afklare snitfladen mellem den specialiserede og den almindelige ambulante genoptræning.

2.6.2 Manglende fremsendelse af genoptræningsplaner

Flere kommuner har i en række tilfælde konstateret problemer i forbindelse med overlevering af genoptræningsplaner fra sygehus til kommune.

For det første har flere kommuner i en række tilfælde konstateret, at der via afregningssystemet er opkrævet betaling for genoptræning af patienter, enten uden at kommunen har modtaget genoptræningsplan for de leverede ydelser, eller kommunen har modtaget genoptræningsplanen længere tid efter endt genoptræning. For det andet har flere kommuner oplevet manglende overensstemmelse mellem det i genoptræningsplanen anførte og den efterfølgende registrering af leveret ydelse, herunder at der er leveret almindelig ambulans genoptræning i regionalt regi uden forudgående leverandøraftale.

Den kommunale betalingsforpligtelse fremgår af sundhedslovens § 251, der forpligter bopælskommunen til at afholde udgifter til genoptræningsydelser efter lovens § 140. Af § 140 fremgår det, at kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Af sundhedslovens § 84 (udmøntet i Bekendtgørelse nr. 1266 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus) fremgår det, at regionsrådet er forpligtet til at tilbyde en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Efter bekendtgørelsen skal genoptræningsplanen udleveres til patienten senest på udskrivningstidspunktet, og den skal samtidigt efter aftale med patienten, sendes til patientens bopælskommune, jf. afsnit 2.4.4. En patient mister imidlertid ikke retten til genoptræning, såfremt genoptræningsplanen ved en fejl enten ikke er udarbejdet på udskrivningstidspunktet, ikke er fremsendt eller er forsinket fremsendt til kommunen.

Med henvisning til den kommunale betalingsforpligtelse på genoptræningsområdet, er det Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses vurdering, at en kommune, efter gældende regler ikke kan kræve tilbagebetaling fra en region, der har leveret specialiseret, ambulans genoptræning uden at have fremsendt en genoptræningsplan eller uden at have fremsendt den på udskrivningstidspunktet.

Såfremt en kommune ikke har fået fremsendt en kopi af den genoptræningsplan, der er udleveret til patienten – og dermed ikke er informeret om de ydelser regionen opkræver betaling for - er det ikke i overensstemmelse med lovens genoptræningsbestemmelser. Kommunen kan derfor kræve at regionsrådet fremsender en genoptræningsplan til kommunen.

For så vidt angår almindelig, ambulans genoptræning har kommunalbestyrelsen myndighedsansvaret, finansieringsansvaret samt driftsansvaret for

vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov herfor, jf. sundhedslovens § 140.

Det følger heraf, at en region ikke har hjemmel til at yde almindelig, ambulat genoptræning til patienter efter udskrivning fra sygehus, medmindre bopælskommunen har indgået leverandøraftale med regionen herom.

Det indebærer, at en kommune ikke er forpligtet til at afholde udgifter til genoptræning af personer, der har modtaget almindelig, ambulat genoptræning i sygehusregi, hvis der ikke er indgået en leverandøraftale mellem region og kommune, jf. § 140, stk. 3. Det gælder uanset, om regionen har udarbejdet en genoptræningsplan eller ej.

På baggrund af ovenstående er det Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses vurdering, at en kommune kan nægte at betale eller kræve tilbagebetaling, hvis regionen har leveret almindelig, ambulat genoptræning, uden at der foreligger en leverandøraftale herom mellem region og kommune.

3 Aktiviteten på genoptræningsområdet

3.1 Indledning og sammenfatning

Den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning udgjorde 41 pct. i 2007, og dækker over betydelig variation både på tværs af regioner, kommuner og sygehuse. Dette skal ses i forhold til en målsætning om, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

Overordnet kan der drages følgende konklusioner på baggrund af gennemgangen af data fra første år med den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet:

- Den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner udgjorde 41 pct. på landsplan i 2007
- Der er stor variation på tværs af regioner, kommuner og sygehuse i andelen af specialiserede genoptræningsplaner
- Den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner varierer fra 23 pct. i Region Sjælland til 54 pct. i Region Nordjylland
- Den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner varierer mellem 12 pct. i Odsherred Kommuner og 79 pct. i Vejle Kommune
- Blandt sygehuse som har udarbejdet mere end 1.000 genoptræningsplaner i 2007, varierer andelen af specialiserede planer mellem 12 pct. på Køge Sygehus og 89 pct. på Vejle Sygehus
- Variationen i kommunernes andele af specialiserede genoptræningsplaner er i vid udstrækning bestemt af det sygehus, hvor størstedelen af kommunens indbyggere har genoptræningsplaner fra
- Der er således en klar tendens til, at det er sygehusets adfærd, der er afgørende for den gennemsnitlige kommunale andel af specialiseret genoptræning
- Inden for de store genoptræningsspecialer er der stor variation i sygehusenes gennemsnitlige andele af specialiseret genoptræning
- Blandt de ortopædkirurgiske specialer, som har udarbejdet mere end 300 genoptræningsplaner i 2007, varierer den specialiserede andel mellem 5 pct. på Køge Sygehus og 51 pct. på Ortopædkirurgi Nordjylland
- Variationen i sygehusenes andele af specialiserede genoptræningsplaner er fortsat til stede, når der ses på udvalgte diagnoser inden for de udvalgte specialer

Sammenfattende kan det således konkluderes, at der er stor variation i andelen af specialiseret genoptræning, og at variationen ikke ses at kunne forklares ved forskelle i patientsammensætning. Dette tyder klart på, at der er tale om uensartet lægefaglig praksis, samt at genoptræningsopgaven ikke alle steder løses på laveste effektive omkostningsniveau.

Herunder følger først en kort redegørelse for udviklingen i aktiviteten på genoptræningsområdet, og derefter en mere grundig redegørelsen for aktivitetens sammensætning i 2007.

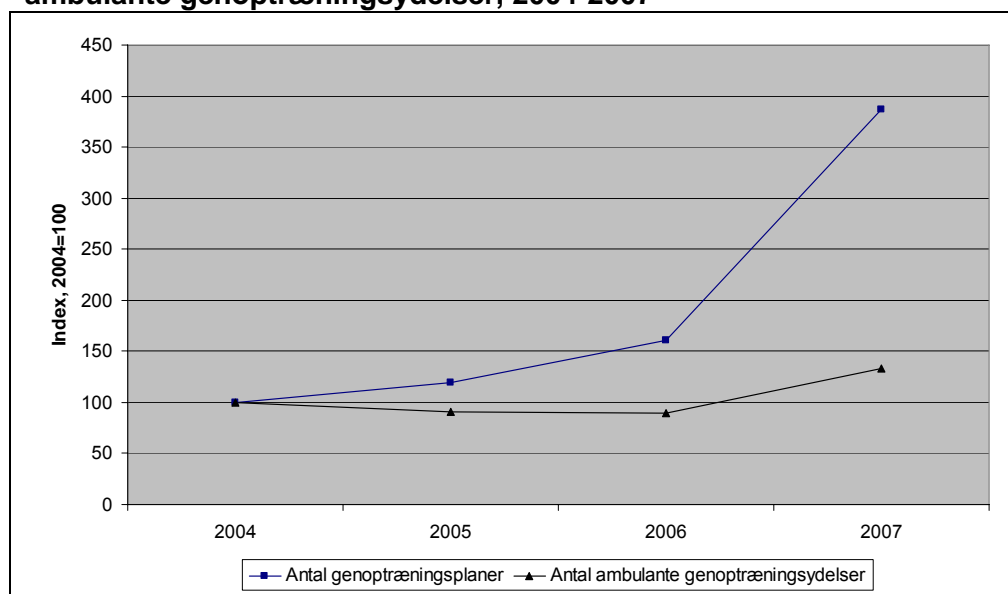
3.2 Udvikling i aktiviteten på genoptræningsområdet

Da arbejdsgruppens primære fokus er på andelen af specialiseret genoptræning, er det overordnede niveau for den ambulante genoptræning kun kort nævnt herunder. For en grundigere præsentation af udviklingen i niveauet henvises til monitoreringsgruppens afrapportering.

I perioden fra 2004 til 2007 er antallet af registrerede genoptræningsplaner på landsplan steget fra 22.926 til 88.595, svarende til en samlet stigning på 286 pct. eller gennemsnitligt 57 pct. om året.

Den samlede stigning på 65.669 registrerede genoptræningsplaner fra 2004 til 2007 dækker over, at der alene fra 2006 til 2007 har været en stigning på godt 50.000 registrerede planer, svarende til mere end 2/3 af den samlede stigning, jf. figur 1.

Figur 1. Udvikling i antal registrerede genoptræningsplaner og antal ambulante genoptræningsydelser, 2004-2007



Anm.: Antallet i 2007 er baseret på en simpel opregning af antallet for 1.-3. kvartal 2007.

Kilde: Landspatientregisteret.

Den meget markante stigning i antallet af registrerede genoptræningsplaner fra 2006 til 2007 skal ses i sammenhæng med, at sygehusene før 2007 både udarbejdede genoptræningsplanerne samt leverede og finansierede genoptræningen. Før 2007 fungerede planerne dermed ikke som lægehenvísninger på samme måde som det er tilfældet fra 2007 og frem, jf. afsnit 2.3.4. Derfor kan en del patienter have modtaget genoptræning før 2007 uden en tilhørende genoptræningsplan, uanset at det også før 2007 var et lovbestemt krav, at patienterne skulle have en genoptræningsplan.

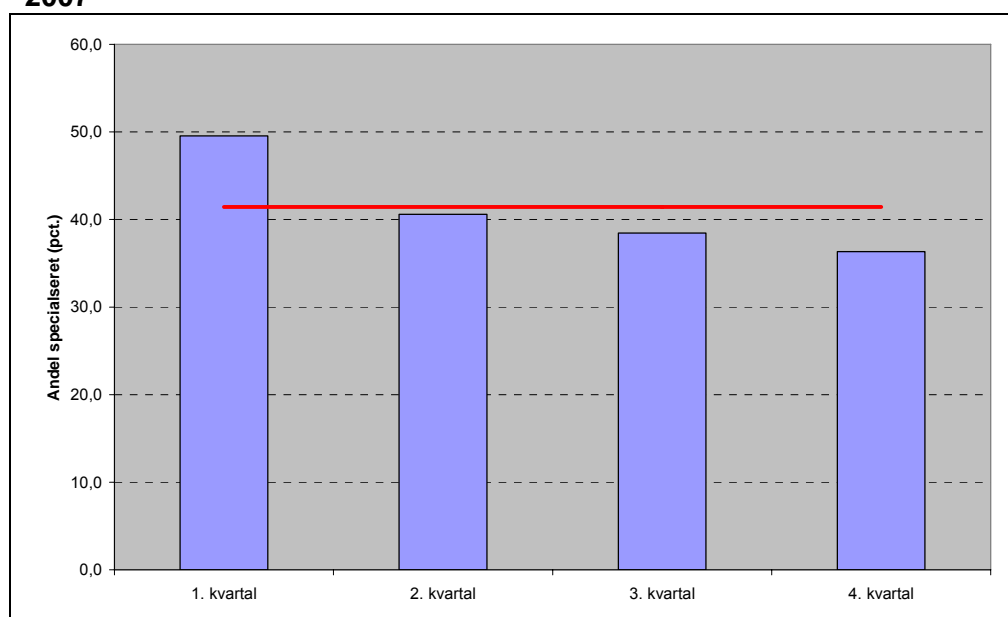
Udviklingen i antallet af leverede ambulante genoptræningsydelser i samme periode tyder på, at udviklingen i antallet af genoptræningsplaner ikke dækker over en tilsvarende udvikling i den underliggende aktivitet på området.

Da kommunerne først i 2007 er begyndt at indberette de ambulante genoptræningsydelser, der leveres i kommunal regi, må der formodes at være en vis underrapportering fra kommunernes side vedrørende disse ydelser. Det betyder, at antallet af ambulante genoptræningsydelser i 2007 formentlig er undervurderet.

3.2.1 Udvikling i andelen af specialiseret genoptræning i løbet af 2007

Samlet set for hele 2007 vedrører 41 pct. af alle genoptræningsplaner specialiseret genoptræning. Der kan dog konstateres en faldende tendens igennem året. I første kvartal udgjorde den specialiserede andel således knap 50 pct., mens andelen faldt til 36 pct. i 4. kvartal, jf. figur 2.

Figur 2. _Udvikling i andelen af specialiseret genoptræning i løbet af 2007



Anm.: Den røde linie angiver årsgennemsnittet

Kilde: Landspatientregisteret.

3.3 Sammensætning af aktiviteten på genoptræningsområdet

Opdelingen af antallet af genoptræningsplaner på henholdsvis almindelig og specialiseret ambulante genoptræning viser, om driftsansvaret for den ambulante genoptræning ligger hos kommunen eller regionen, og dermed om genoptræningen kan udføres i kommunalt regi eller om den skal udføres på et sygehus.

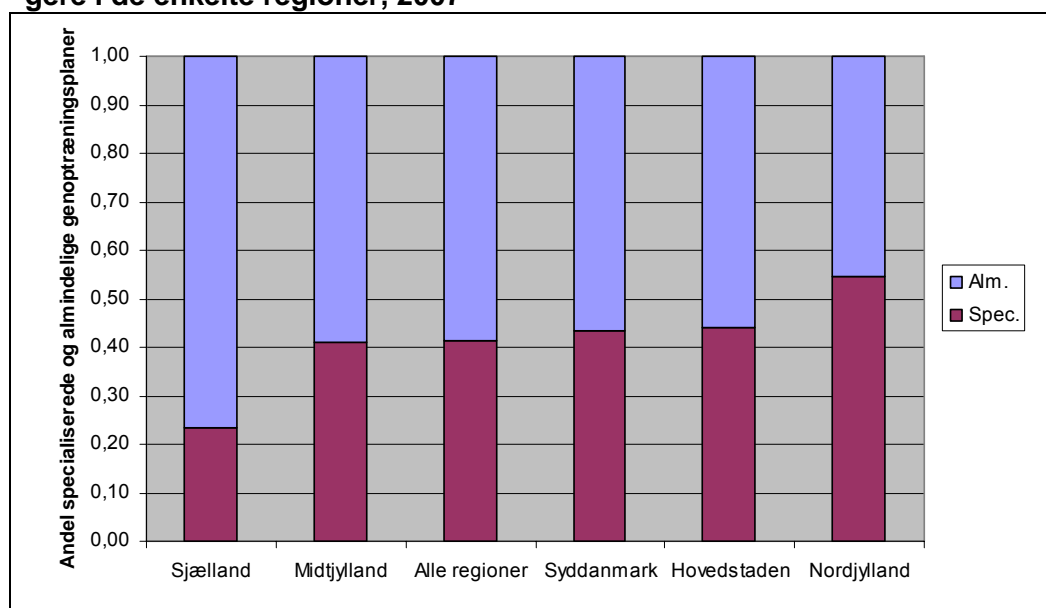
Datagrundlaget for de følgende afsnit er tal fra Landspatientregisteret, som giver mulighed for at opgøre, om der er udstedt en specialiseret eller en almindelig genoptræningsplan til en given patient i forlængelse af en given sygehusbehandling. Det er således ikke en opgørelse af hvilke genoptræ-

ningsydelse, der udføres hvor, men en opgørelse af hvilke sygehusydelse der har givet anledning til henholdsvis almindelig og specialiseret genoptræning i 2007.

3.3.1 Variation i andelen af specialiseret genoptræning på tværs af regioner, kommuner og sygehuse

På landsplan vedrører 41 pct. af alle genoptræningsplaner i 2007 specialiseret genoptræning. På regionsniveau svinger den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner for regionernes indbyggere fra 23 pct. i Region Sjælland til 54 pct. i Region Nordjylland. Andelen af specialiserede genoptræningsplaner i de øvrige regioner ligger mellem 41 pct. og 44 pct., jf. figur 3.

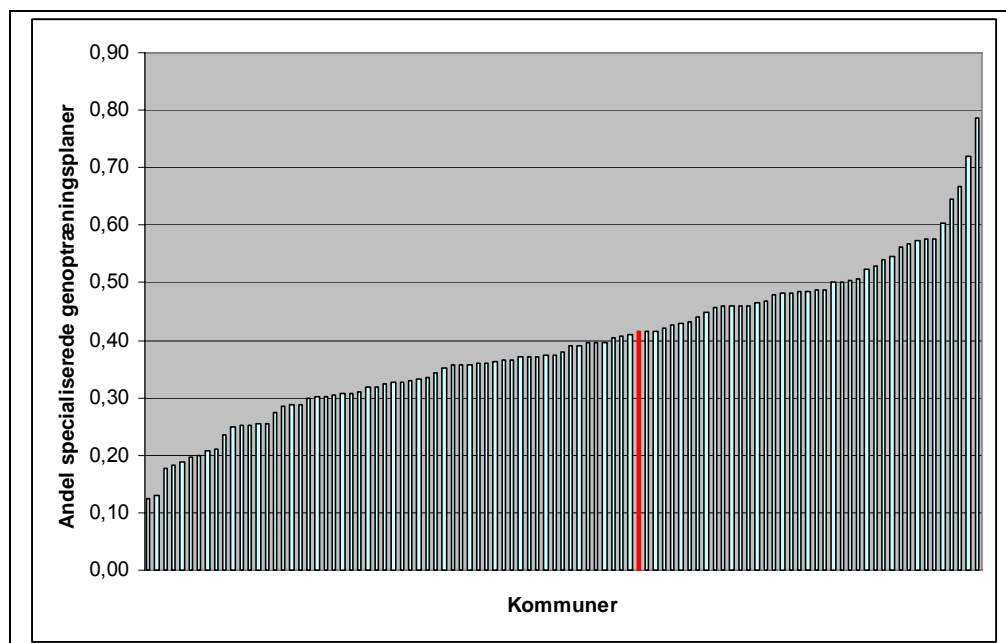
Figur 3. Almindelige og specialiserede genoptræningsplaner for indbyggere i de enkelte regioner, 2007



Kilde: Landspatientregisteret.

Betragtes de enkelte kommuner svinger den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner, som kommunens indbyggere har modtaget i 2007, mellem 12 pct. (Odsherred Kommune) og 79 pct. (Vejle Kommune). Kommunernes andele af specialiserede genoptræningsplaner ses at fordele sig forholdsvis jævnt imellem de to yderpunkter, jf. figur 4.

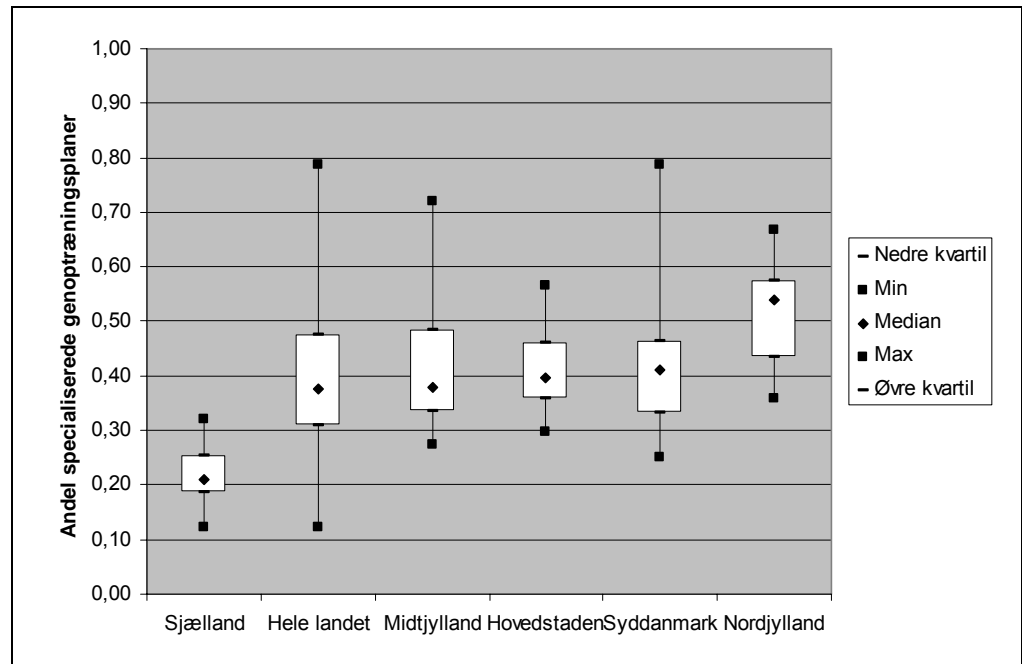
Figur 4. Spredning i andelen af specialiserede genoptræningsplaner for kommunernes indbyggere, 2007



Kilde: Landspatientregisteret.

Betragtes de enkelte kommuner inden for regionerne, ses der at være stor forskel regionerne imellem. Kommunerne i Region Sjælland har den laveste gennemsnitlige andel specialiserede genoptræningsplaner og endvidere den mindste spredning i andelen. Den midterste halvdel af kommunerne i Region Sjælland har gennemsnitlige andele af specialiserede genoptræningsplaner inden for et interval på 6 pct. point, mellem 19 pct. og 25 pct. Til sammenligning placerer kommunerne i Region Midtjylland sig inden for det bredeste interval på 15 pct. point, mens kommunerne i Region Nordjylland har det højeste gennemsnitlige niveau mellem 43 pct. og 58 pct. Til sammenligning har indbyggerne i den midterste halvdel af alle kommuner en gennemsnitlig andel af specialiserede genoptræningsplaner på mellem 31 pct. og 48 pct., jf. figur 5.

Figur 5. Spredning i andelen af specialiserede genoptræningsplaner for kommunernes indbyggere inden for hver region, 2007

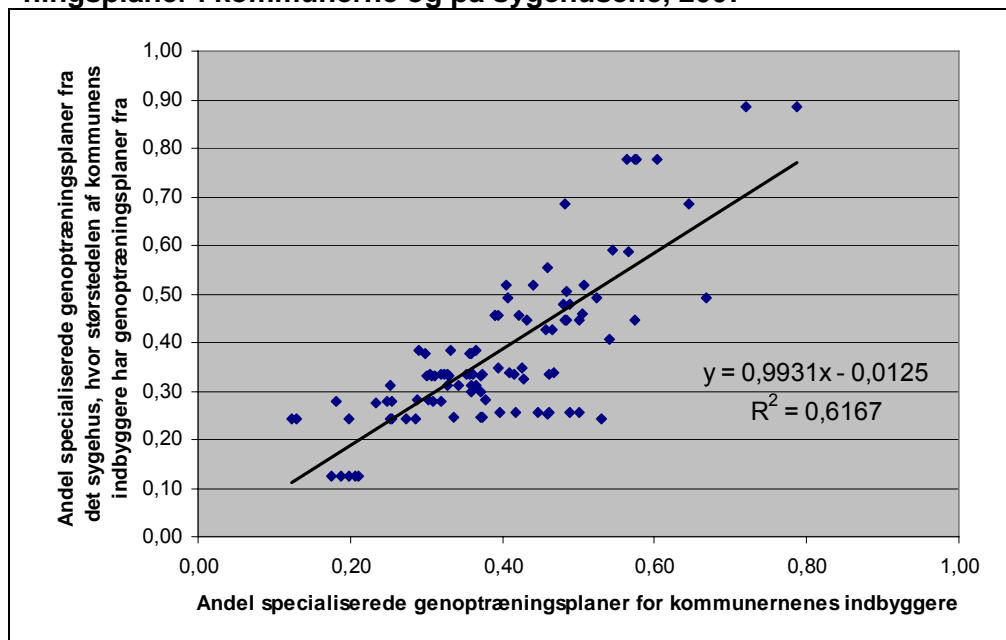


Kilde: Landspatientregisteret.

Den geografiske fordeling af den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner for indbyggere i kommunerne, er indtegnet på kortet i figur 5 herunder. Af figuren kan spores en tydelig sammenhæng mellem kommunernes geografiske placering og den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner, som kommunernes borgere har modtaget, jf. figur 6.

genoptræningsplaner fra. Knap 62 pct. af variationen i kommunernes gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner er således forklaret af den gennemsnitlige andel på det sygehus, hvor størstedelen af kommunens indbyggere har deres genoptræningsplaner fra, jf. figur 7.

Figur 7. Sammenhæng mellem andelen af specialiserede genoptræningsplaner i kommunerne og på sygehusene, 2007

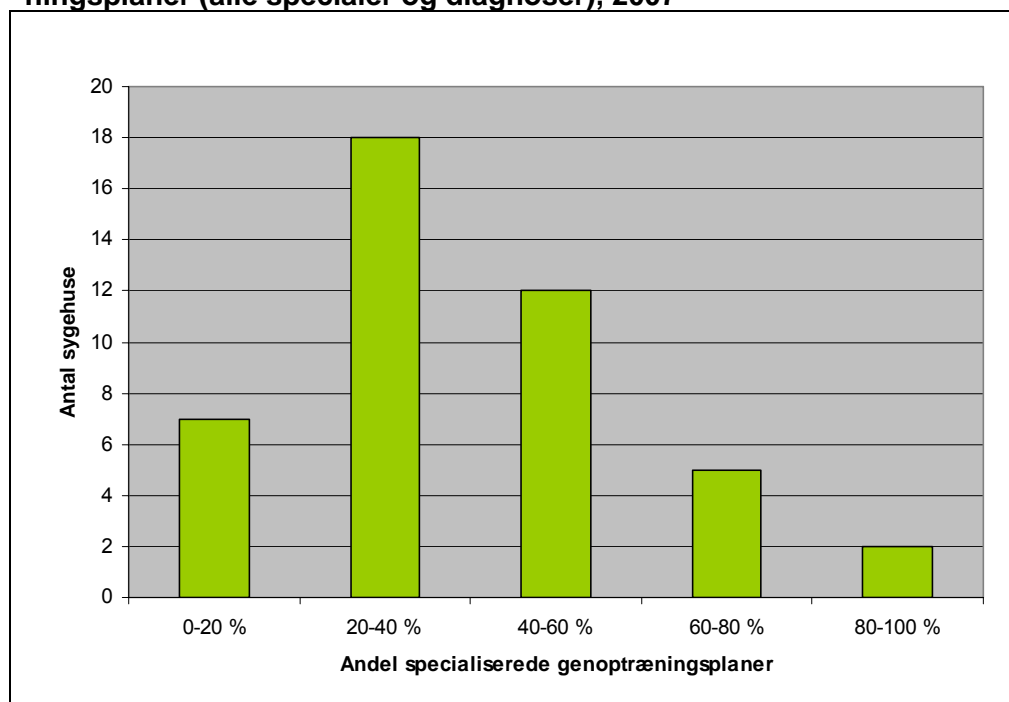


Kilde: Landspatientregisteret.

Til trods for den stærke statistiske sammenhæng, ses der dog at være enkelte kommuner, for hvilke den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner for kommunens indbyggere ikke er bestemt af ét sygehus alene.

I Landspatientregisteret er for 2007 registreret 88.595 genoptræningsplaner fra 44 forskellige sygehuse. På 7 af sygehusene er andelen af specialiserede genoptræningsplaner mindre end 20 pct. På 30 sygehuse, eller knap tre fjerdedele af sygehusene, er andelen af specialiserede genoptræningsplaner på mellem 20 pct. og 60 pct., mens de resterende 7 sygehuse har andele af specialiserede genoptræningsplaner på over 60 pct. – heraf 2 sygehuse med andele over 80 pct., jf. figur 8.

Figur 8. Fordeling af sygehuse på andele af specialiserede genoptræningsplaner (alle specialer og diagnoser), 2007

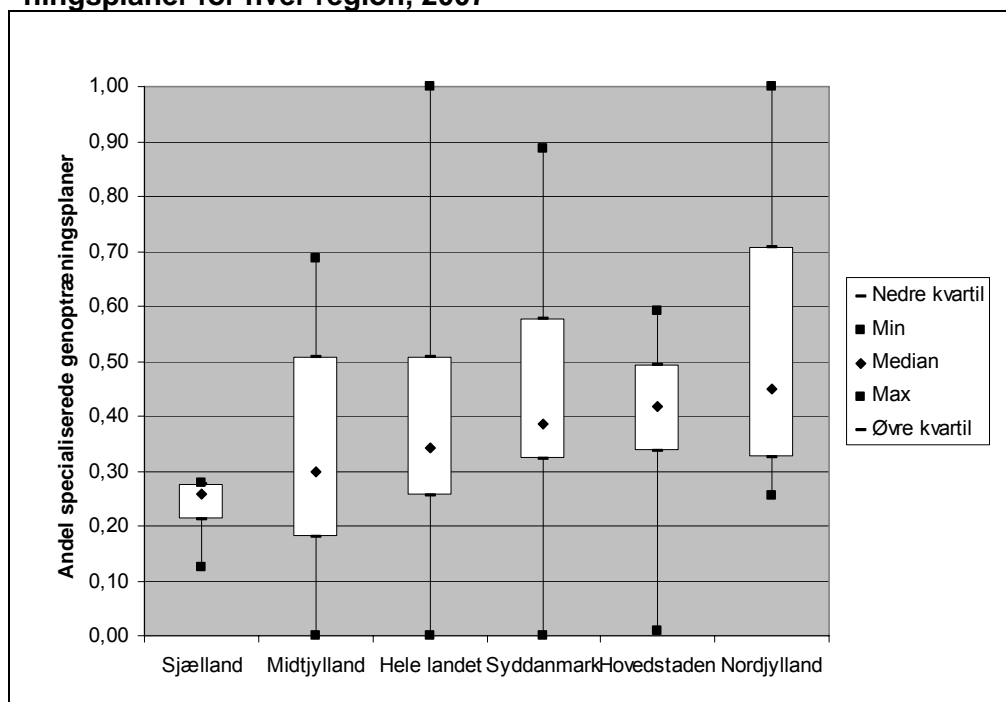


Kilde: Landspatientregisteret.

For samtlige regioner på nær Region Sjælland er der stor spredning i andelen af specialiserede genoptræningsplaner fra regionernes sygehuse. Den midterste halvdel af landets sygehuse har i 2007 andele af specialiserede genoptræningsplaner på mellem 26 pct. og 51 pct.

For Region Sjælland udarbejder den midterste halvdel af sygehusene mellem 21 pct. og 28 pct. specialiserede genoptræningsplaner. Til sammenligning udarbejder den midterste halvdel af sygehusene for Region Nordjylland mellem 32 pct. og 71 pct. specialiserede genoptræningsplaner, jf. figur 9.

Figur 9. Spredning i sygehusenes andele af specialiseret genoptræningsplaner for hver region, 2007



Kilde: Landspatientregisteret.

Overordnet ses der at være en betydelig spredning i andelen af genoptræningsplaner, der indeholder specialiseret genoptræning. Det gælder dels mellem regionerne og dels mellem henholdsvis kommunerne og sygehusene inden for den enkelte region og på landsplan.

Variationen i kommunernes andel af specialiseret genoptræning ses i vid udstrækning at kunne forklares ved, hvilket sygehus størstedelen af deres indbyggere benytter.

En af forklaringerne på den konstaterede spredning i sygehusenes andele af specialiserede genoptræningsplaner kan være, at der udføres forskellige behandlinger på sygehusene, og at forskellige behandlinger naturligt giver anledning til forskellige genoptræningsbehov.

I det følgende afsnit ses nærmere på udvalgte specialer og diagnoser med henblik på at opnå bedre sammenlignelighed sygehusene imellem og dermed et bedre udtryk for den egentlige variation i andelen af specialiserede genoptræningsplaner.

Opgørelserne tager dog ikke højde for, at patienternes tilstand inden for den samme diagnose kan variere, og der vil derfor fortsat kunne forekomme en vis variation, som ikke nødvendigvis er udtryk for en uensartet praksis.

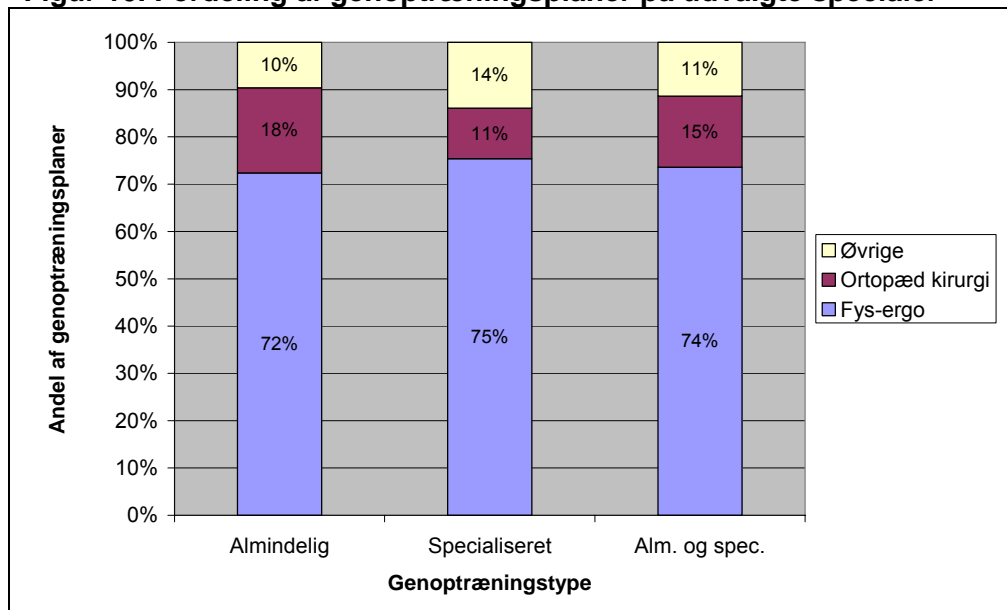
3.3.2 Variation i andelen af specialiseret genoptræning på udvalgte specialer og diagnoser

I data for 2007 er registreret genoptræningsplaner fra 26 forskellige specialer fordelt på 44 sygehuse. Ud af de 88.595 genoptræningsplaner der er udarbejdet i 2007, er de 65.225 eller 74 pct. udarbejdet på fysio- og ergoterapeutiske specialer, mens 13.290 eller 15 pct. er udarbejdet på ortopædkirurgiske afdelinger.

Det skal i den sammenhæng bemærkes, at patienten, under sygehusindlæggelsen eller i det ambulante forløb, ofte vil være i kontakt med forskellige afdelinger og dermed forskellige specialer. I det indberetningerne til Landspatientregisteret foretages, når patienten bliver udskrevet, vil det i praksis betyde, at det ofte er det afsluttende speciale, som bliver registreret i tilknytning til den egentlige behandling. Da genoptræningen naturligt ligger til sidst i behandlingsforløbet, kan dette forklare, hvorfor patienter der får udarbejdet en genoptræningsplan i så høj grad er registreret som om, at den egentlige behandling ligeledes er foregået på en fysio- og ergoterapeutiske afdelinger. Opgørelserne fordelt på specialer skal derfor tages med forbehold for dette.

Da 89 pct. af alle genoptræningsplaner er udarbejdet på to specialer, er det ikke muligt at forklare spredningen i sygehusenes andele af specialiserede genoptræningsplaner med forskelle i specialesammensætning. De 10 specialer for hvilke andelen af specialiserede genoptræningsplaner er større end for de to ovennævnte specialer dækker tilsammen 8 pct. af de samlede genoptræningsplaner, og har ingen forklaringskraft i forhold til spredningen i sygehusenes gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner. I stedet vil en eventuel forklaring på spredningen i sygehusenes andel af specialiserede genoptræningsplaner skulle søges inden for hvert af de to specialer.

Betragtes alene genoptræningsplaner med almindelig genoptræning er 73 pct. af de samlede planer udarbejdet på fysio- og ergoterapeutiske specialer, mens 18 pct. er udarbejdet på ortopædkirurgiske specialer. Betragtes alene de specialiserede genoptræningsplaner er 76 pct. udarbejdet på fysio- og ergoterapeutiske specialer, mens 10 pct. er udarbejdet på ortopædkirurgiske specialer, jf. figur 10.

Figur 10. Fordeling af genoptræningsplaner på udvalgte specialer

Anm.: På grund af registreringspraksis er den høje andel af genoptræningsplaner, der er registreret fra fysio- og ergoterapeutiske specialer ikke nødvendigvis udtryk for, at planerne er udarbejdet på disse specialer.

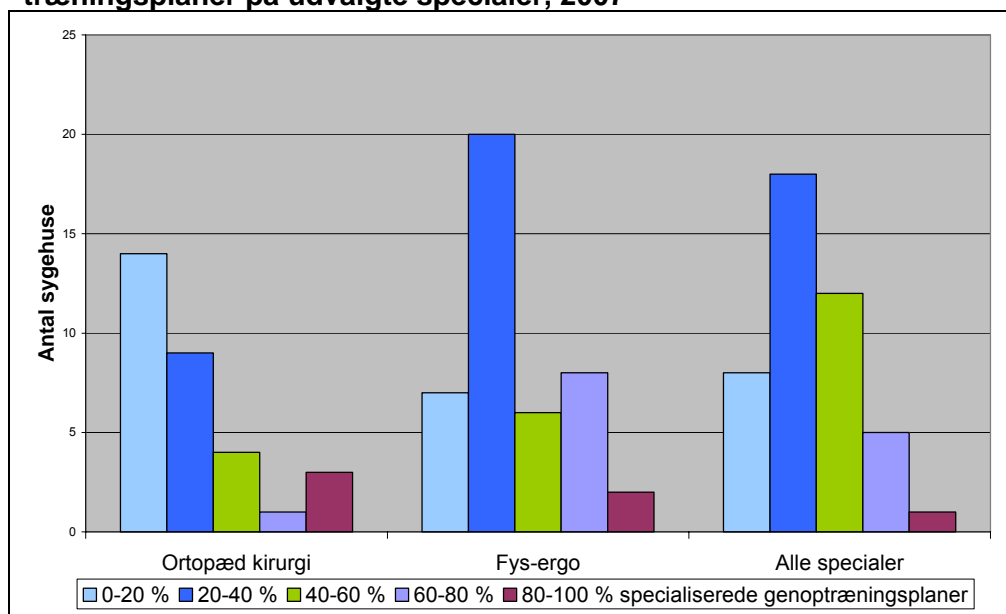
Kilde: Landspatientregisteret.

Ved at betragte fordelingen af sygehusene inden for de udvalgte specialer på andelen af specialiserede genoptræningsplaner ses det, at der inden for begge specialer er sygehuse i alle de valgte intervaller.

Blandt de 31 sygehuse hvorfra de ortopædkirurgiske specialer i 2007 har udarbejdet genoptræningsplaner, har andelen af specialiserede genoptræningsplaner på de 14 af sygehusene været mindre end 20 pct. For 9 sygehuse har mellem 20 og 40 pct. af genoptræningsplanerne fra de ortopædkirurgiske specialer været specialiserede. Fra de resterende 7 sygehuse har mellem 40 pct. og 100 pct. af genoptræningsplanerne været specialiserede, herunder mellem 80 pct. og 100 pct. fra 5 af sygehusene.

Til sammenligning har mellem 0 pct. og 20 pct. af genoptræningsplanerne fra 7 ud af 44 af sygehusenes fysio- og ergoterapeutiske specialer indeholdt specialiseret genoptræning. På 20 af sygehusene har mellem 20 pct. og 40 pct. af genoptræningsplanerne været specialiserede. Fra de resterende 17 sygehuse har den specialiserede andel udgjort mellem 40 pct. og 100 pct., heraf mellem 80 pct. og 100 pct. på 2 sygehuse, jf. figur 11.

Figur 11. Fordeling af sygehuse på andele af specialiserede genoptræningsplaner på udvalgte specialer, 2007



Kilde: Landspatientregisteret.

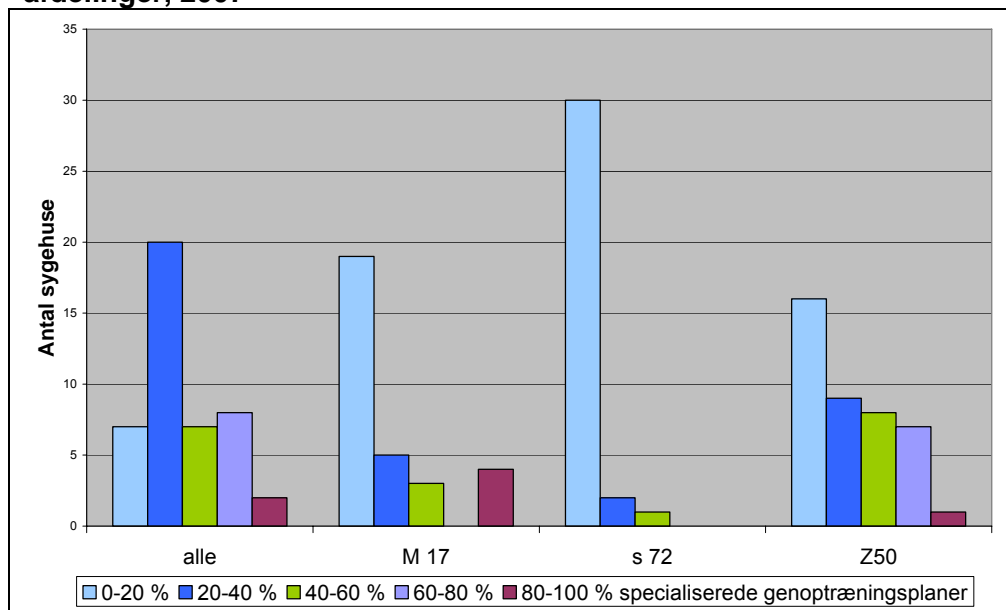
Diagnoser inden for fysio- og ergoterapeutiske specialer

Indenfor de fysio- og ergoterapeutiske specialer er 45 pct. af alle genoptræningsplaner registreret på 7 af i alt 809 diagnoser. Herunder er 16 pct. af alle genoptræningsplaner inden for specialet registreret på diagnosen. Behandling med anvendelse af genoptræning (Z50) mens 6 pct. af planerne er registreret på diagnosen Brud af lår (S72) og 5 pct. af planerne er registreret på diagnosen Slidgigt i knæ (M17).

I 2007 har 41 sygehuse registreret genoptræningsplaner på diagnosen Behandling med anvendelse af genoptræning. På 16 af disse sygehuse har mindre end 20 pct. af de udarbejdede genoptræningsplaner indeholdt specialiseret genoptræning, mens der på 9 sygehuse er udarbejdet genoptræningsplaner hvoraf mellem 40 og 60 pct. har indeholdt specialiseret genoptræning. Diagnosen Behandling med anvendelse af genoptræning er ikke beskrevet videre, da den dækker over forskellige patienttyper, og derfor ikke forventes at give samme grad af sammenlignelighed sygehusene imellem, som det er tilfældet for diagnoser, der direkte vedrører en bestemt lidelse.

I 2007 har 33 sygehuse registreret genoptræningsplaner på diagnosen Brud af lår. På 30 af disse sygehuse har mindre end 20 pct. af de udarbejdede genoptræningsplaner indeholdt specialiseret genoptræning, og på ingen af sygehusene har mere end 60 pct. af planerne indeholdt specialiseret genoptræning. På diagnosen Slidgigt i knæ har mindre end 20 pct. af genoptræningsplanerne indeholdt specialiseret genoptræning på 19 af 31 sygehuse i 2007, jf. figur 12.

Figur 12. Fordeling af sygehuse på andele af specialiserede genoptræningsplaner for udvalgte diagnoser på fysio- og ergoterapeutiske afdelinger, 2007



Kilde: Landspatientregisteret.

Diagnoser inden for ortopædkirurgiske specialer

Inden for de ortopædkirurgiske afdelinger er 48 pct. af alle genoptræningsplaner registreret på 7 af i alt 234 diagnoser. Herunder er godt 9 pct. af planerne registreret på diagnosen Kontrolundersøgelse (efter behandling af andet end ondartet svulst) (Z09), knap 9 pct. er registreret på skulderlidelser (M75), knap 8 pct. er registreret på Ledsked og forvriddning (S83) og 6 pct. er registreret på Brud af lår (S72).

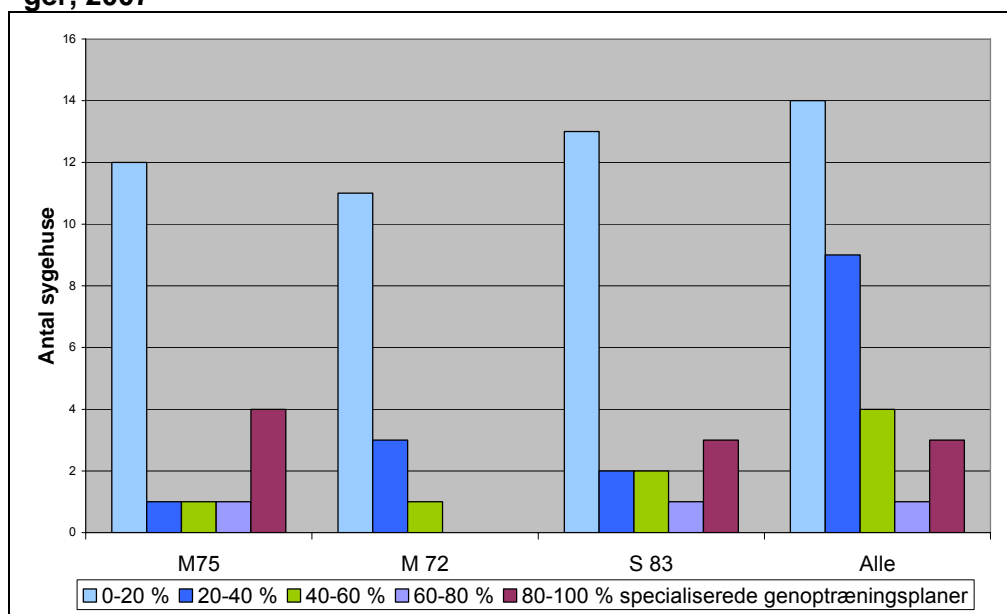
Diagnosen Kontrolundersøgelse er ikke beskrevet videre, da den dækker over forskellige patienttyper og derfor ikke forventes at give samme grad af sammenlignelighed sygehusene imellem, som det er tilfældet for diagnoser, der direkte vedrører en bestemt lidelse.

I 2007 har 19 sygehuse registreret genoptræningsplaner på diagnosen Skulderlidelser inden for ortopædkirurgiske afdelinger. Heraf har mindre end 20 pct. af alle genoptræningsplanerne været specialiseret på 12 af sygehusene, mens mere end 60 pct. af genoptræningsplanerne har været specialiseret på 3 af sygehusene.

For diagnosen Ledskred tegner sig et lignende billede, idet 13 ud af 21 sygehuse placerer sig i gruppen, hvor mindre end 20 pct. af genoptræningsplanerne indeholder specialiseret genoptræning, mens 4 sygehuse har udarbejdet mere end 60 pct. specialiserede genoptræningsplaner.

For diagnosen Brud af lår har 11 ud af 15 sygehuse udarbejdet genoptræningsplaner med mindre end 20 pct. specialiseret genoptræning, mens ingen sygehuse har udarbejdet mere end 60 pct. specialiserede genoptræningsplaner, jf. figur 13.

Figur 13. Fordeling af sygehuse på andele af specialiserede genoptræningsplaner for udvalgte diagnoser på ortopædkirurgiske afdelinger, 2007

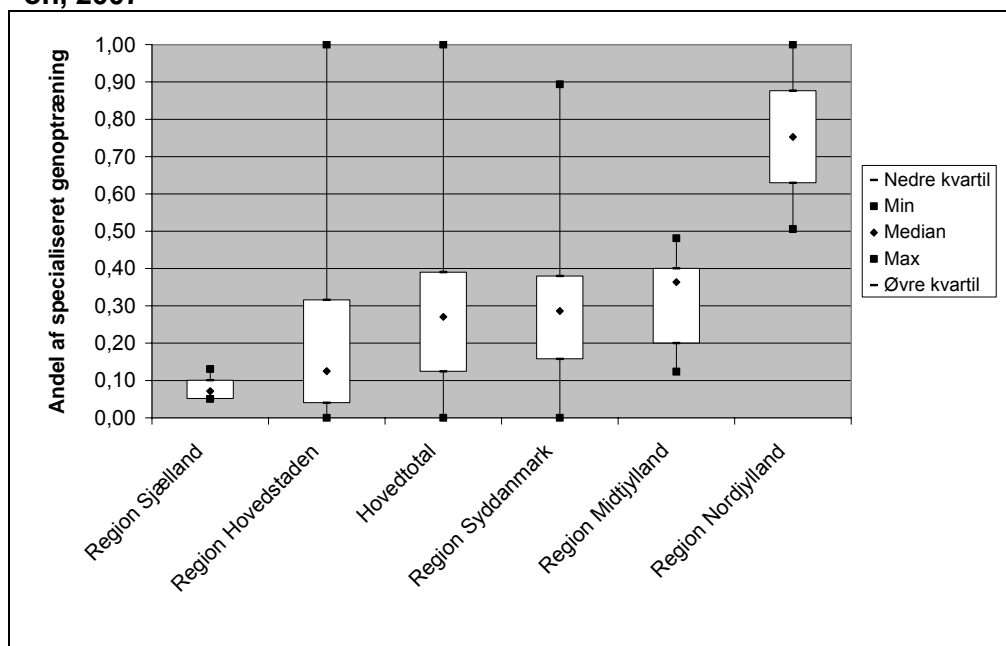


Kilde: Landspatientregisteret.

For samtlige regioner har der i 2007 været stor variation mellem sygehuse-
ne i andelen af specialiserede genoptræningsplaner fra de ortopædkirurgi-
ske specialer.

Den midterste halvdel af sygehusene med ortopædkirurgiske specialer har i
2007 udarbejdet genoptræningsplaner, hvor den gennemsnitlige andel af
specialiseret genoptræning har ligget mellem 9 pct. og 45 pct. Fra $\frac{1}{4}$ af
sygehusene med ortopædkirurgiske specialer er dermed udarbejdet mindre
end 9 pct. specialiserede genoptræningsplaner, mens den sidste fjerdedel
har udarbejdet genoptræningsplaner med mere end 39 pct. specialiseret
genoptræning, jf. figur 14.

Figur 14. Spredning i andelen af specialiserede genoptræningsplaner mellem sygehusenes ortopædkirurgiske specialer inden for hver region, 2007



Kilde: Landspatientregisteret.

I figur 15 herunder undersøges det, om der er en sammenhæng mellem diagnosesammensætningen på sygehusenes ortopædkirurgiske specialer og sygehusenes andel af specialiserede genoptræningsplaner. For 33 af de 234 diagnoser på de ortopædkirurgiske specialer, hvorpå der er registreret genoptræningsplaner, udgør den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning mere end 50 pct. og mindre end 100 pct. Diagnoserne med 100 pct. specialiseret genoptræning er udeladt, da der typisk kun er registreret én eller to planer på disse diagnoser.

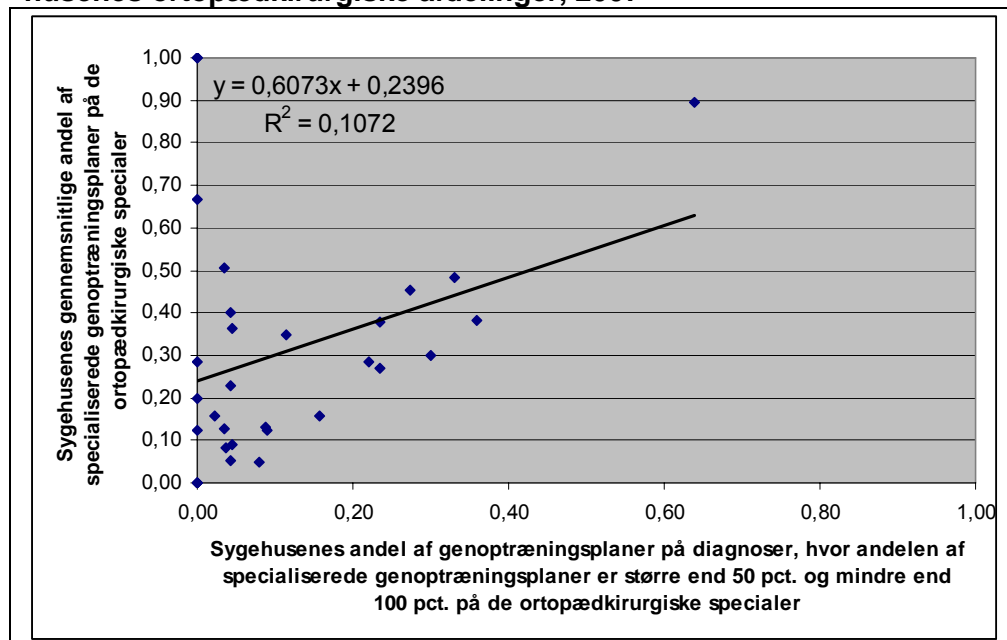
Der er registreret 2.280 genoptræningsplaner på de 33 diagnoser i intervallet mellem 50 og 100 pct., svarende til 17 pct. af de samlede genoptræningsplaner, der er registreret på de ortopædkirurgiske afdelinger. For de 33 diagnoser udgør den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner 67 pct. mens gennemsnittet for de ortopædkirurgiske afdelinger er 30 pct.

Hvis et sygehus har en høj gennemsnitlig andel af specialiserede genoptræningsplaner på de ortopædkirurgiske specialer, vil det derfor eventuelt kunne forklares ved, at en uforholdsmæssig stor andel af genoptræningsplanerne fra det pågældende sygehus er udarbejdet til patienter, som er behandlet for de 33 diagnoser.

Det viser sig, at der er en svag positiv sammenhæng for sygehusene mellem tyngden af de udvalgte diagnoser og den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner på de ortopædkirurgiske afdelinger. Fordelingen af de 33 diagnoser forklarer dog kun godt 10 pct. af variationen i

sygehusenes andel af specialiserede genoptræningsplaner på de ortopædkirurgiske afdelinger, jf. figur 15.

Figur 15. Sammenhæng mellem diagnosesammensætning og den gennemsnitlige andel specialiserede genoptræningsplaner på sygehusenes ortopædkirurgiske afdelinger, 2007



Kilde: Landspatientregisteret.

Sammenfattende er der fortsat betydelig variation i andelen af specialiserede genoptræningsplaner, når der fokuseres på udvalgte specialer eller sågar udvalgte diagnoser. Som nævnt i slutningen af det foregående afsnit, er der dog ikke taget højde for, at patienternes tilstand kan variere inden for den samme diagnose, hvilket muligvis kan forklare en vis del af den tilbageværende variation.

4 Incitamentsstrukturer og styringsmuligheder

4.1 Indledning og sammenfatning

Den enkelte patients behov for genoptræning fastlægges på baggrund af en konkret faglig vurdering, som lægen på sygehuset er ansvarlig for, jf. kapitel 2. Kapitel 3 viser imidlertid en uforklaret variation i andelen af specialiseret genoptræning på tværs af sygehusene, hvilket klart indikerer, at henvisningen til genoptræning er påvirket af andre forhold end de rent faglige.

I dette kapitel belyses faktorer, der kan bidrage til at forklare variationerne, herunder økonomiske incitamenter, kapaciteten på sygehuset eller afdelingen, igangværende tilpasning af henvisningspraksis og dertil hørende registrering samt øvrige forhold. Formålet er at identificere uhensigtsmæssigheder i relation til incitamentsstrukturer, rammer og styringsmuligheder, som påvirker beslutningen om henvisning til specialiseret eller almindelig ambulant genoptræning.

Overordnet set medfører den måde regionerne er finansieret på samlet set ikke entydige incitamenter til at visitere til specialiseret frem for almindelig genoptræning. Regionerne har imidlertid mulighed for at tilpasse finansieringen af sygehusene til lokale forhold, hvilket betyder, at det ikke nødvendigvis er de samme incitamenter, der virker på sygehusene, som på regionsniveau. Dette kan sammen med andre ikke-økonomiske faktorer bidrage til at forklare den konstaterede variation i andelen af specialiserede genoptræningsplaner på tværs af sygehusene.

For det første kan lægens beslutning være påvirket af interne forhold på sygehuset eller på afdelingen. Lægen vil måske i højere grad visitere til specialiseret genoptræning, hvis der er ledig kapacitet på sygehuset, og i modsat fald visitere til almindelig genoptræning.

For det andet kan lægen, ud fra et forsigtighedshensyn, være tilbøjelig til at henvise til specialiseret genoptræning på sygehuset, hvis den pågældende patient ligger i gråzonen mellem almindelig og specialiseret genoptræning. Denne tendens vil kunne forstærkes, hvis lægen ikke er fortrolig med de kommunale genoptræningstilbud.

Endelig kan der for det tredje være en række øvrige forhold, som har betydning for de beslutninger, der træffes i relation til genoptræningsopgaven. Herunder ikke mindst i hvor høj grad den nye arbejdsdeling på sundhedsområdet har afstedkommet en ny henvisningspraksis på sygehusene.

Overordnet set er kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet begrænset af sundhedsområdets særlige natur, hvor kommunerne på kort sigt hverken kan eller skal styre den enkelte patients behov for genoptræning eller behandling. På længere sigt vurderes kommunernes sty-

ringsmuligheder dog at være væsentlig bedre og samtidig kunne forbedres yderligere, blandt andet gennem bedre udnyttelse af sundhedsaftalerne, der indgås mellem regionen og kommunerne i regionen. På det lange sigt vil kommunerne endvidere kunne påvirke behovet for genoptræning via tiltag på de øvrige kommunale serviceområder.

Finansieringsmodellen på genoptræningsområdet giver kommunerne det fulde finansieringsansvar for såvel specialiseret som ikke-specialiseret genoptræning efter udskrivning. Der er således ikke nogen økonomisk tilskyndelse for regionerne til at henvise til almindelig frem for specialiseret, ambulantly genoptræning, eller omvendt. Finansieringsmodellen understøtter dermed ikke, at genoptræningsopgaven løses på det lavest effektive omsorgsniveau (LEON).

Det vurderes som uhensigtsmæssigt, hvis andelen af ambulantly genoptræning der udføres på sygehuse påvirkes af forhold, som ligger uden for rammerne af den lægefaglige vurdering. Herunder vurderes den løbende kapacitetssituation på sygehusene, lægens manglende fortrolighed med de kommunale genoptræningstilbud samt igangværende tilpasning af henvisningspraksis mv. at udgøre mulige forklaringer på den høje gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning.

I det følgende belyses incitamentsstrukturerne på sygehusene i relation til genoptræningsopgaven. Efterfølgende vurderes kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet, og afslutningsvis vurderes det, om der er uhensigtsmæssigheder i incitament, rammer og styringsmuligheder på området.

4.2 Incitamentsstrukturer på sygehusene

På sygehusene virker en række økonomiske incitament, som dels er bestemt af finansieringen af regionernes sundhedsudgifter, og dels er bestemt af regionernes finansiering af sygehusene. Hertil kommer en række ikke-økonomiske forhold, der endvidere kan spille en rolle, om end betydningen af sådanne forhold kan være vanskeligere at dokumentere.

4.2.1 Regionernes finansiering

Regionernes opgaver på sundhedsområdet finansieres af staten og kommunerne med en fordeling på henholdsvis ca. 80 pct. fra staten og ca. 20 pct. fra kommunerne, jf. tabel 4.1.

Tabel 4.1 Finansieringen af regionernes udgifter til sundhedsområdet

Pct.	Generelle tilskud	Aktivitetsafhængige midler	I alt
Finansiering fra staten	Generelt bloktilskud fra staten fordelt efter objektive kriterier (ca. 75 pct.)	Aktivitetsafhængig pulje fordelt mellem regionerne efter samme nøgle som bloktilskuddet og udmøntet efter udført aktivitet (ca. 5 pct.)	Ca. 80 pct.

Finansiering fra kommunerne	Kommunalt grundbidrag fordelt efter indbyggertal (ca. 10 pct.)	Aktivitetsafhængigt bidrag baseret på indbyggers forbrug af sundhedsydelser (ca. 10 pct.)	Ca. 20 pct.
I alt	Ca. 85 pct.	Ca. 15 pct.	100 pct.

Anm.: De faktiske procenter kan afvige fra de her angivne. De aktivitetsafhængige midler fra staten er her angivet inkl. den del, der overføres til kommunerne, og udmøntes via den kommunale medfinansiering.

Det statslige bloktilskud til regionernes finansiering af sundhedsområdet udgør ca. 75 pct. af den samlede finansiering af det regionale sundhedsvæsen, og fordeles efter objektive kriterier. Bloktilskuddet afhænger dermed ikke af hvilke ydelser, der produceres på sygehusene, eller hvilken form for genoptræning, som den enkelte patient visiteres til.

Tilsvarende gælder for det kommunale grundbidrag til regionerne på sundhedsområdet. Grundbidraget udgør ca. 10 pct. af regionernes finansiering til sundhedsområdet, og fordeles efter indbyggertallet i hver region.

Da bloktilskuddet og grundbidraget til regionerne ikke afhænger af aktiviteten på sygehusene, giver de således ikke incitament til at udføre nogen former for aktivitet på sygehusene, herunder stationær genoptræning og specialiseret, ambulans genoptræning, frem for andre.

Den statslige aktivitetsafhængige pulje til regionerne udgør ca. 5 pct. af den samlede finansiering til sundhedsområdet. Puljen fordeles til regionerne efter samme nøgle som det statslige bloktilskud til sundhedsområdet, og udmøntes til aktivitet, som ligger ud over et på forhånd aftalt aktivitetsniveau, der betegnes baseline.

Konstruktionen af den statslige aktivitetsafhængige pulje – meraktivitetspuljen – giver incitament til at øge aktiviteten ud over baseline, da det alene er denne aktivitet, der udløser midler fra meraktivitetspuljen. Incitamentet er dog betinget af, at sygehusene kan producere ydelserne, der udgør meraktiviteten, billigere end den takst, som meraktivitetsmidlerne afregnes efter.

Den ambulante genoptræning, både almindelig og specialiseret, indgår ikke i opgørelsen af regionernes baseline, og dermed heller ikke i den aktivitet, der udløser midler fra meraktivitetspuljen, når aktiviteten når ud over baseline. Den statslige aktivitetsafhængige finansiering af regionerne giver dermed isoleret set et incitament til at udføre genoptræning under indlæggelse, da denne aktivitet tæller med i den samlede aktivitet, som kan udløse meraktivitetsfinansiering. Som beskrevet, er det dog betinget af, at den stationære genoptræning kan udføres til en pris, der ikke overstiger afregningstaksten.

Kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering af regionernes opgaver på sundhedsområdet udgør ca. 10 pct. af den samlede finansiering til sundhedsområdet. Medfinansieringen fra kommunen til regionen beregnes

på baggrund af de faktisk leverede ydelser til kommunens indbyggere og afregnes på baggrund af fastsatte takster for de pågældende ydelser og de kommunale medfinansieringsandele for de relevante grupper af ydelser, jf. tabel 4.2.

Tabel 4.2 Kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering af sygehusvæsenet

	Kommunal medfinansieringsandel
Stationær behandling	30 pct. af DRG-takst (ekskl. langliggertakst), dog maksimalt 4.476 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 298 kr. pr. behandling
Stationær genoptræning (under indlæggelse)	70 pct. af genoptræningstakst

Anm.: Den maksimale kommunale medfinansiering af ambulant behandling for gråzonepatienter udgør 4.476 kr. Tabellen indeholder ikke kommunernes medfinansiering af ydelser på det psykiatriske område eller ydelser leveret i primærsektoren.

Kilde: Cirkulære nr. 114 af 24. november 2006 om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.

Kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering udgør 30 pct. af DRG/DAGS-taksten for både ambulant og stationær sygehusbehandling og 70 pct. af genoptræningstaksten for genoptræning under indlæggelse. Til sammenligning finansierer kommunerne 100 pct. af genoptræningstaksten ved ambulant specialiseret genoptræning.

Forskellen i de kommunale medfinansieringsandele kan således isoleret set give et økonomisk incitament til at anvende ambulant genoptræning frem for stationær genoptræning, idet kommunerne finansierer den ambulante genoptræning fuldt ud.

Finansieringen af regionernes sundhedsudgifter er sammensat med henblik på at tilgodese en række overordnede hensyn på sundhedsområdet, hvoraf genoptræningsområdet kun er en lille del. Som konsekvens heraf er incitamentsvirkningen af regionernes finansiering ikke entydig på genoptræningsområdet. Den isolerede påvirkning af genoptræningsområdet fra hver finansieringskilde er sammenfattet i tabel 4.3.

Tabel 4.3 Økonomiske incitament i finansieringen af regionernes sundhedsudgifter i relation til genoptræningsområdet

	Generelle tilskud	Aktivitetsafhængige midler
Finansiering fra staten	Giver incitament til almindelig, ambulant frem for specialiseret, ambulant og stationær genoptræning	Giver incitament til stationær frem for ambulant genoptræning, hvis den marginale omkostning er lavere end afregningstaksten
Finansiering fra kommunerne	Giver incitament til almindelig, ambulant frem for speci-	Giver incitament til ambulant frem for stationær genop-

	aliseret, ambulat og stationær genoptræning	træning
--	---	---------

Som det fremgår af ovenstående, så virker incitamenterne i finansieringen af regionernes sundhedsudgifter i forskellige retninger. De generelle tilskud giver isoleret set incitament til at begrænse genoptræningsaktiviteten på sygehusene, både stationær og ambulat, mens den statslige meraktivitetsfinansiering giver incitament til at øge den stationære aktivitet på sygehusene, hvis de marginale omkostninger er lavere end afregningstaksten. Den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering giver til gengæld isoleret set incitament til at lægge genoptræningsaktiviteten ambulat.

Henvises en patient til almindelig ambulat genoptræning, indebærer det hverken aktivitet på sygehusene eller indtægter fra kommunen. I forhold til de øvrige muligheder udgør den almindelige ambulante genoptræning på den måde en slags nul-løsning set fra regionernes synspunkt. Isolert set vil en region dermed have et incitament til, at der visiteres til almindelig ambulat genoptræning i kommunalt regi, hvis ingen af de relevante alternativer på regionens sygehuse aflønnes med en takst, der overstiger den marginale omkostning. Det gælder også specialiseret, ambulat genoptræning, uanset at kommunen refunderer 100 pct. af taksten, idet nogle regioner vil have marginale omkostninger, der overstiger afregningstaksten. Der kan dog være andre forhold end de rene økonomiske incitament, der trækker i retning af at visitere til specialiseret, genoptræning, jf. afsnit 4.2.3.

For at kunne bestemme hvilket incitament der trækker kraftigst i en given situation for en given region, er det blandt andet nødvendigt at have overblik over sygehusenes marginale omkostninger ved de mulige alternativer. Da et sådan overblik ikke findes, er det ikke muligt, at kortlægge incitamentsvirkning nærmere. En yderligere klarlægning af konkrete incitament ville endvidere kræve et overblik over regionernes finansiering af sygehusene, jf. herunder.

4.2.2 Sygehusenes finansiering

Incitamenterne som følger af finansieringen af regionernes sundhedsudgifter har kun direkte betydning for de beslutninger, der træffes på sygehusene, hvis incitamenterne bliver overført til sygehusene og videre ud til de sundhedsfaglige personer, som træffer de konkrete beslutninger om behandling, genoptræning mv.

I aftalen om regionernes økonomi for 2007 er der enighed mellem regeringen og Danske Regioner om, at 50 pct. af sygehusenes budgetter fra 2007 og frem skal være aktivitetsbestemte. Der er endvidere enighed om, at de mest hensigtsmæssige takststyringsmodeller fås ved, at disse tilpasses lokale forhold.

Da regionerne således har frihed til at udarbejde deres egne takststyringsmodeller, kan der vanskeligt siges noget konkret om, i hvilket omfang og på

hvilken måde de incitamenter, der virker på regionsniveau, føres ud på sygehusniveau.

På samme måde som den enkelte region, kan vælge at gøre forskellige økonomiske incitamenter gældende overfor de enkelte sygehuse, har den enkelte sygehusledelse forskellige muligheder i forhold til økonomistyring af de enkelte sygehusafdelinger. Også her kan den enkelte sygehusledelse vælge at gøre forskellige incitamenter gældende med forskellig styrke, hvilket igen vil have betydning for den samlede incitamentsstruktur.

Samlet set er der således økonomiske incitamenter på mindst tre niveauer, som har betydning for hvilke beslutninger, der træffes på sygehusene. Heraf er der mulighed for, at incitamenterne på de to niveauer kan tilpasses lokalt, hvilket gør det vanskeligt at etablere et overblik over den samlede incitamentsvirkning.

De hidtidige erfaringer med takststyring har været overvejende positive. Takststyring har således bidraget til øget aktivitet, faldende ventetider og større omkostningsbevidsthed på sygehusområdet³.

Der er på den baggrund indikationer på, at økonomiske incitamenter har betydning for konkrete beslutninger, der træffes på sygehusene. Hvis regionerne søger at overføre de økonomiske incitamenter, der gælder på regionsniveau uændret til sygehusene, og sygehusene søger at overføre dem uændret videre til afdelingerne, er der således baggrund for at tro, at de ovenfor beskrevne incitamenter, jf. tabel 4.3, kan gøre sig gældende blandt de fagpersoner, som træffer de konkrete afgørelser om genoptræning. Endvidere må øget brug af takststyring, jf. ovenfor om økonomiaftalen for 2007, forventes at styrke de økonomiske incitamenter på sygehusene.

4.2.3 Øvrige forhold af betydning for vurderingen af genoptræningsbehov

Udover de økonomiske incitamenter, som er beskrevet ovenfor, kan en række øvrige forhold have indflydelse på de beslutninger, som træffes på sygehusene i relation til patienters behov for genoptræning. De ikke-økonomiske forhold er ofte vanskeligere at dokumentere, og nedenstående gennemgang skal derfor tages med forbehold for, at der lokalt kan være andre forhold end de beskrevne, der gør sig gældende.

Da sygehusenes ledelser er ansat af regionen, som ejer sygehusene, vil regionens interesser skulle indgå i sygehusenes overvejelser, også selv om der ikke er etableret tilsvarende økonomiske incitamenter i finansieringen af sygehusene.

Internt på sygehusene og afdelingerne kan der endvidere gøre sig en række forhold gældende, som på den ene eller anden måde har indflydelse på de beslutninger, der træffes i relation til genoptræningsområdet. Hvis der for eksempel er ledig kapacitet blandt visse faggrupper, kan det have be-

³ *Takststyring i de nye regioner*, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, maj 2006.

tydning for omfanget af patienter, der visiteres til specialiseret genoptræning i sygehusregi. Omvendt kan kapacitetspres betyde, at der i højere grad end ellers visiteres til almindelig, ambulant genoptræning i kommunalt regi.

På nogle sygehuse kan der, som følge af manglende tilpasning, være et misforhold mellem antallet af terapeuter og omfanget af genoptræningsopgaven. I sådanne tilfælde kan sygehuslægen bidrage til aktiviteten på afdelingen ved i højere grad at visitere til specialiseret ambulant genoptræning. Omvendt vil der i højere grad kunne visiteres til almindelig genoptræning i kommunalt regi, hvis der mangler terapeut-ressourcer på afdelingen. Dette kan muligvis medvirke til at forklare den meget store variation i andelen af specialiseret genoptræning. En sådan sammenhæng er imidlertid vanskelig at dokumentere.

Andre forhold kan endvidere tænkes i nogle tilfælde at have en udslagsgivende betydning blandt de læger, som er ansvarlige for de konkrete vurderinger af patienters behov for genoptræning. Hvis en patient placerer sig i gråzonen mellem almindelig og specialiseret genoptræning, kan det ikke udelukkes, at lægen, ud fra et forsigtighedshensyn, vælger, at visitere den pågældende patient til specialiseret genoptræning på sygehuset. Manglende fortrolighed med de kommunale genoptræningstilbud kan spille en rolle i sådanne situationer, uanset at det ikke er lægens opgave at foretage en sådan vurdering.

Ovenstående betragtninger skal ses i sammenhæng med den enkelte læges mulighed for at henvise genoptræningspatienter til sin egen afdeling. Patienternes ret til frit valg af genoptræning betyder, at patienten ikke nødvendigvis vælger specialiseret genoptræning på den afdeling, som har udarbejdet genoptræningsplanen, men ofte vil det formodentlig være tilfældet. I mange tilfælde kan lægen således visitere en opgave til sin egen afdeling. Afhængig af finansieringsstrukturen internt på sygehuset kan der være større eller mindre incitament hertil.

Kommunalreformen og den deraf følgende nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet har nødvendiggjort en omstilling på tværs af landet i det første år efter sin ikrafttræden. Forskellige arbejdskulturer på sygehuse kan have betydning for, hvor lang tid det tager at gennemføre omstillingen til den nye struktur, herunder tilpasning af henvisningspraksis og tilhørende registreringer til den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet. Tilsvarende kan det have spillet en rolle, om det er kommunikeret klart nok til sygehuse og afdelinger, hvad kommunalreformen betyder for arbejdsdelingen på genoptræningsområdet, herunder at myndighedsansvaret er flyttet. De steder, hvor omstillingen endnu ikke er fuldført, kan en eventuel bias i retning af genoptræning på sygehuset, blandt andet baseret på ovenstående mulige forklaringer, tænkes at være særligt udbredt.

4.3 Kommunernes styringsmuligheder

I forlængelse af afsnittet om de økonomiske incitamenter i regionerne og på sygehusene gennemgås i dette afsnit kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet på henholdsvis kort og langt sigt. I forlængelse heraf beskrives i det følgende afsnit eventuelle uhensigtsmæssigheder i incitamenter, rammer og styringsmuligheder.

4.3.1 Styringsmulighed på kort sigt

Kommunerne har med ansvaret for det ambulante genoptræningsområde overtaget en opgave på sundhedsområdet. Et afgørende karakteristika for opgaver på sundhedsområdet er, at det på kort sigt er vanskeligt at forudsige efterspørgslen. Dels da sygdom i en vis udstrækning rammer uforudsigeligt, og dels da efterspørgslen afhænger af sundhedsfaglige beslutninger, som den ansvarlige myndighed ikke har nogen direkte indflydelse på.

For eksempel har den enkelte region i det konkrete tilfælde ingen direkte indflydelse på hvilke personer, der henvender sig til den praktiserende læge, hvem den praktiserende læge vælger at henvise til behandling på sygehus eller hvilken behandling lægen på sygehuset i givet fald bestemmer.

Tilsvarende har den enkelte kommune ingen direkte indflydelse på hvilke personer, der modtager hvilke behandlinger på sygehuset og hvilken form for genoptræning, som sygehuslægen efterfølgende vurderer, at de har behov for.

Dette er helt i overensstemmelse med hensigterne, idet det ikke er meningen, at kommunen i det konkrete tilfælde skal kunne udøve nogen form for direkte kontrol over den sundhedsfaglige beslutning, der træffes vedrørende den enkelte patients behov for genoptræning.

I det tilfælde, hvor lægens beslutninger er påvirket af økonomiske incitamenter eller andre forhold, der gør sig gældende i det system, hvor han eller hun er ansat, kan det få en betydning for andelen af specialiseret genoptræning. Specielt i situationer, hvor lægen vurderer, at to alternativer vil være lige gode for patienten, kan der være mulighed for, at lægen kan søge at tilgodese andre hensyn, for eksempel økonomiske. De hensyn den enkelte læge i givet fald vil søge at tilgodese, kan endvidere eventuelt være nogle af dem, der omtales i afsnit 4.2.3.

Kommunens styringsmuligheder er på kort sigt stærkt betinget af den uforudsigelighed, der følger af sundhedsområdets særlige karakter, samt de beslutninger, som sygehuslægerne træffer angående behovet for genoptræning. Kommunernes muligheder for på kort sigt at tilpasse udbuddet til variation i efterspørgslen efter almindelige ambulante genoptræningsydelser, som kan leveres i kommunalt regi, er som følge heraf begrænsede.

Kommunernes udbud af almindelig, ambulante genoptræning er ikke underlagt regler i stil med reglerne for det udvidede frie sygehusvalg. På samme måde som regionerne, kan kommunerne dog tilstræbe at indgå driftsaftaler

med andre kommuner, private udbydere eller regionale sygehuse med henblik på at håndtere udsving i efterspørgslen efter kommunale genoptræningsydelser.

For den specialiserede ambulante genoptræning, afhænger kommunernes udgifter alene af, hvilke ydelser der leveres på sygehusene, og kommunerne har dermed på kort sigt ingen mulighed for at påvirke disse udgifter. Inden for en samlet budgetteret ramme til ambulante genoptræning, kan kommunen således alene disponere over den del, der ikke afregnes til regionen for specialiseret, ambulante genoptræning.

For de almindelige ambulante genoptræningsydelser, som leveres i kommunalt regi, har kommunen imidlertid en række muligheder for at styre udgiftsniveauet. For de ydelser, som kommunerne selv producerer, kan kommunerne sørge for, at driften tilrettelægges på den økonomisk mest effektive måde, herunder ved at identificere og implementere bedste praksis. I forbindelse med køb af ydelser hos andre kommuner, private leverandører eller hos regionerne bør kommunerne endvidere sikre sig, at brugen af eksterne leverandører sker på de mest fordelagtige vilkår for kommunen.

Kommunernes mulighed for at varetage genoptræningsopgaven afhænger endvidere af kommunikationen mellem regionen og kommunen. På helt kort sigt kan sygehuset for eksempel oplyse kommunen om, at de forventer at udskrive en patient om få dage med et nærmere angivet behov for genoptræning i kommunalt eller regionalt regi. På længere sigt vil både kommunernes og regionernes mulighed for at sikre den bedste tilrettelæggelse og ressourceudnyttelse på genoptræningsområdet forudsætte, at der i sundhedsaftalerne er indgået præcise aftaler om arbejdsdelingen på området, jf. herunder.

4.3.2 Styringsmuligheder på mellemlangt og langt sigt

Mulighederne for at styre et område på mellemlangt og langt sigt er som hovedregel bedre end på kort sigt, da der på længere sigt er mulighed for i større grad at inddrage erfaringer fra det pågældende område. Endvidere giver den længere tidshorisont mulighed for at foretage tilpasninger af kapaciteten. Idet organiseringen af det ambulante genoptræningsområde kun har eksisteret i sin nuværende form siden begyndelsen af 2007, har den hidtidige tilrettelæggelse og styring af området ikke kunnet basere sig på praktiske erfaringer med den nuværende arbejdsdeling på området.

Det første års erfaringer med den nuværende arbejdsdeling på området, vil kunne gøres til genstand for evaluering, blandt andet i regi af sundhedskoordinationsudvalgene, og vil efterfølgende kunne anvendes i forbindelse med den videre tilrettelæggelse af området. Om yderligere nogle år vil der være et omfattende erfaringsgrundlag at inddrage i forbindelse med udarbejdelsen af 2. generation af sundhedsaftaler.

Netop sundhedsaftalerne er udgangspunktet for kommunernes styring af genoptræningsområdet på mellemlangt og langt sigt. Som det fremgår af afsnit 2.4, skal regioner og kommuner som en obligatorisk del af sund-

hedsaftalerne indgå aftaler om genoptræningsområdet, som skal indeholde delaftaler om arbejdsdeling, kapacitetsstyring, kommunikation og opfølgning, jf. boks 2.3. Inden for de fastsatte rammer har kommuner og regioner betydelige frihedsgrader i forhold til at aftale hvorledes opgaverne på genoptræningsområdet skal tilrettelægges.

Der er således indtil videre indgået én generation sundhedsaftaler mellem hver region og hver kommune i regionen, og dermed én aftale mellem hver kommune og region om arbejdsdeling, kapacitetsstyring mv. på genoptræningsområdet. I lyset heraf, og i lyset af at disse aftaler er indgået uden mulighed for at drage på praktisk erfaring med den nye deling af genoptræningsområdet, er der grund til at overveje, om det fulde potentiale af sundhedsaftalerne med hensyn til styring af genoptræningsområdet endnu kan være realiseret.

Ved gennemgang af den første generation af sundhedsaftaler viser det sig, at i langt størstedelen af aftalerne, indgår ikke data eller andre former for operationelt fokus på genoptræningsområdet, som kan anvendes i styringsmæssigt henseende. Der er imidlertid indikationer på, at andelen af specialiseret genoptræning for den enkelte kommune er lavere, hvis der er specifikt fokus på genoptræningsområdet i sundhedsaftalen. En forklaring på denne sammenhæng kan være, at fokus på genoptræningsområdet i sundhedsaftalen kan være udtryk for, at der i forvejen er fokus på området i samarbejdet mellem den pågældende kommune og region.

Overordnet set er det vanskeligt at belyse forskelle mellem regionerne, som kan forklare variationen i den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner mellem regionerne, jf. kapitel 3. Inden for de enkelte regioner er der imidlertid indikationer på sammenhæng mellem aftalernes fokus på genoptræningsområdet og de faktiske andele af specialiseret genoptræning. Det er dog ikke muligt, at opstille generelle årsagsforklaringer, som for alle regioner under ét kan underbygge tesen. I det følgende gennemgås nogle eksempler fra de enkelte regioner.

Region Nordjylland

Sundhedsaftalerne mellem de enkelte kommuner og regionen adskiller sig kun ved beskrivelsen af, hvilke almindelige ambulante genoptræningsforløb kommunen ønsker at hjemtage. En aftale herom må tages som udtryk for, at der har været et specifikt fokus på genoptræning, idet der aktivt er taget stilling til, hvilke almindelige ambulante genoptræningsopgaver kommunen ønsker at varetage. Der viser sig en tendens til, at andelen af specialiseret ambulante genoptræning er lavere i kommuner, der ikke ønsker at hjemtage al almindelig ambulante genoptræninger. Den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner er således 10 pct. point lavere i kommuner, der ikke ønsker at hjemtage al almindelig ambulante genoptræning, end i de kommuner der ønsker det.

Region Midtjylland

Der er betydelige forskelle mellem de enkelte kommuners sundhedsaftaler med regionen. Der kan spores en tendens til, at andelen af specialiserede

genoptræningsplaner er lavere i kommuner, hvor der i aftalen mellem kommunen og regionen, enten specifikt er fokus på gråzonen mellem almindelig og specialiseret ambulans genoptræning eller er igangsat væsentlige samarbejdsaftaler, projekter mv. til forbedring af genoptræningsområdet generelt, eller begge dele. Den gennemsnitlige andel af specialiserede genoptræningsplaner er således 16 pct. point. lavere (33 pct. mod 49 pct.) i kommuner, hvor der i sundhedsaftalerne mellem kommunen og regionen er fokus på genoptræning.

Boks 4.1 Sundhedsaftaler i Region Midtjylland

I Århus Kommune udgør andelen af specialiserede genoptræningsplaner 27 pct., hvilket er det laveste i Region Midtjylland. I sundhedsaftalen mellem Århus Kommune og Region Midtjylland indgår en meget detaljeret beskrivelse af arbejdsdelingen mellem kommune og region på genoptræningsområdet, som udløber af det tidligere samarbejde mellem kommunen og Århus Amt. Kommunen har ligeledes foretaget detaljerede opgørelser over de genoptræningsopgaver, som forventes udført i kommunalt regi. Endelig har kommunen pr. 1. maj 2007 etableret et kommunalt genoptræningscenter ved Marselisborg, som skal varetage størstedelen af kommunen ambulante genoptræningsopgaver.

Hedensted Kommune har en andel af specialiserede genoptræningsplaner på 72 pct., hvilket er den højeste andel i Region Midtjylland. I sundhedsaftalen mellem kommunen og regionen berøres hverken afgrænsningen mellem specialiseret og almindelig genoptræning eller hvordan kommunen ønsker at varetage den almindelige ambulante genoptræning. Der indgår heller ikke på anden måde en konkretisering af den generelle sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og kommunerne.

Kilde: Sundhedsaftaler mellem henholdsvis Århus Kommune og Hedensted Kommune og Region Midtjylland.

Region Syddanmark

Umiddelbart er der for ingen af kommunerne i Region Syddanmark fokus på gråzonen mellem almindelig og specialiseret ambulans genoptræning i sundhedsaftalen mellem kommunerne og regionen. For flere kommuner er der dog igangsat væsentlige samarbejdsaftaler, projekter mv. til forbedring af genoptræningsområdet generelt. Gennemsnitligt udgør andelen af specialiserede genoptræningsplaner i disse kommuner 39 pct., mens gennemsnittet for de øvrige kommuner er 44 pct.

Boks 4.2 Sundhedsaftaler i Region Syddanmark

I Odense Kommune udgør andelen af specialiserede genoptræningsplaner 31 pct., hvilket er en af de laveste andele i Region Syddanmark. I sundhedsaftalen mellem Odense Kommune og Region Syddanmark er beskrevet en række konkrete initiativer på genoptræningsområdet. Initiativerne er ikke direkte rettet mod andelen af specialiseret genoptræning, men signalerer alligevel, at der mellem kommunen og regionen har været en aktiv stillingtagen til området. For eksempel er der indgået en samarbejdsaftale mellem Odense Kommune og Odense Universitetshospital vedrørende en målrettet kronikerindsats. Herudover deltager Odense Kommune i samarbejdet om "Funktion Fyn" der knytter sig til genoptræningsområdet og har fokus på anvendel-

sen af funktionsmålinger i genoptræningen og rehabiliteringen af patienter.

Vejle Kommune har en andel af specialiserede genoptræningsplaner på 79 pct., hvilket er den højeste i landet. I sundhedsaftalen mellem Vejle Kommune og Region Syddanmark berøres hverken afgrænsningen mellem specialiseret og almindelig genoptræning, eller hvordan kommunen ønsker at varetage den almindelige ambulante genoptræning. De eneste specifikke aftalepunkter for Vejle Kommune i sundhedsaftalen er aftale om varetagelse af igangværende almindelige ambulante genoptræningsforløb samt aftale om hjemmebesøg i forbindelse med genoptræning..

Kilde: Sundhedsaftaler mellem henholdsvis Odense Kommune og Vejle Kommune og Region Syddanmark.

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden har Rudersdal, Lyngby-Taarbæk og Gentofte kommuner i fællesskab etableret et tværkommunalt fagligt dialogforum på genoptræningsområdet, hvor der blandt andet fokuseres på gråzonen mellem almindelig og specialiseret, ambulante genoptræning. Københavns Kommune foretager lokal opfølgning på sundhedsaftalen i et samarbejdsforum specifikt for træningsområdet. For de øvrige kommuner afviger sundhedsaftalen med regionen ikke væsentligt fra den generelle aftale mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen. Rudersdal, Lyngby-Taarbæk og Gentofte kommuner har en gennemsnitlig andel af specialiserede ambulante genoptræningsplaner, der er 4 pct. point lavere end de resterende kommuner (34 pct. mod 45 pct.). Dog trækker København her væsentligt op med en andel på 50 pct. Til sammenligning har Hvidovre Kommune en andel af specialiserede genoptræningsplaner på 57 pct., hvilket er den højeste andel i regionen. Hvidovre Kommunes sundhedsaftale med Region Hovedstaden indeholder ingen elementer, som er specifikke for kommunen.

Region Sjælland

Sundhedsaftalernes afsnit vedrørende genoptræning varierer ikke mellem kommunerne i Region Sjælland. I den generelle aftale mellem kommunerne og regionen er til gengæld fokus på andelen af henholdsvis almindelig og specialiseret ambulante genoptræning. Blandt andet er det aftalt, at regionen leverer halvårlige oversigter over antallet af genoptræningsplaner til de respektive kommuner. Regionen følger i den forbindelse fordelingen af genoptræning indenfor diagnosegrupperne. Alle kommunerne i regionen har en meget lav andel af specialiserede genoptræningsplaner. Guldborgsund Kommune har med 32 pct. den højeste andel.

Samlet set giver gennemgangen af den første generation af sundhedsaftaler en indikation på, at sundhedsaftalernes potentiale som styringsredskab på genoptræningsområdet ikke er udtømt. Potentialet synes at være til stede både i den generelle aftale mellem regionen og alle kommunerne i regionen og i de individuelle aftalelementer mellem den enkelte kommune og regionen.

4.4 U hensigtsmæssigheder i incitamentsstrukturer, rammer og styringsmuligheder

I aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2008 fremgår det, at andelen af specialiseret genoptræning er meget høj og varierer meget mellem sygehusene, og at det i forbindelse med kommunalreformen er lagt til grund, at langt størstedelen af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

Gennemgangen af data for det første år med den nye opgavedeling på genoptræningsområdet viser, at andelen af specialiserede genoptræningsplaner på landsplan har udgjort 41 pct., og at det ikke er muligt at forklare variationen på tværs af regioner og sygehuse med forskelle i hvilke diagnoser, der ligger til grund for genoptræningsplanerne. Der er på den baggrund enighed mellem arbejdsgruppens medlemmer om, at den gennemsnitlige andel af specialiseret ambulante genoptræning i den første periode efter kommunalreformen, samt variation i denne andel, langt fra er i overensstemmelse med intentionerne bag kommunalreformen.

Af hensyn til ressourceudnyttelsen på området må det anses for u hensigtsmæssigt, at der er uforklaret variation i andelen af specialiseret genoptræning, da det er en klar indikation på, at den ambulante genoptræning ikke alle steder sker på laveste effektive omsorgsniveau (LEON). Det indikerer endvidere, at den ambulante genoptræning i højere grad vil kunne løses i ikke-specialiseret kommunalt regi, svarende til at den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning hidtil har været for høj.

I ovenstående afsnit om kommunernes styringsmuligheder er redegjort for, hvordan kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet på flere punkter kan sammenlignes med de styringsmuligheder, der gælder i andre dele af sundhedsvæsenet. Som følge af at efterspørgslen efter kommunernes genoptræningsydelser til dels afgøres i et system, som selv har økonomiske interesser i arbejdsdelingen på området, og hvor den visiterende myndighed som hovedregel ikke selv har finansieringsansvar, er der dog grund til at være særligt opmærksom på konsekvenserne af de begrænsede styringsmuligheder. I nogle tilfælde kan kommunernes styringsmuligheder blive unødigt begrænset alene som følge af mangelfuld udveksling af information mellem kommuner og regioner, herunder specielt manglende fremsendelse af genoptræningsplaner. Fraværet af et systematisk og lettilgængeligt overblik over relevante informationer kan tilsvarende have bidraget til, at der ikke alle steder har været fokus på et eventuelt styringsmæssigt problem på genoptræningsområdet.

Gennemgangen af incitamenterne på sygehusene viser, at der på regionsniveau ikke er entydige økonomiske incitament til at visitere til hverken ambulante eller stationære genoptræning. Ligeledes er der ikke entydige incitament til regionen til at visitere til hverken almindelig eller specialiseret, ambulante genoptræning. Endvidere er der ikke belæg for at antage, at den måde hvorpå de økonomiske incitament videreføres fra regioner til sygehuse og fra sygehuse til afdelinger, systematisk skulle favorisere bestemte

former for genoptræning. Dette underbygges af den store variation i andelen af specialiseret genoptræning på tværs af regioner, kommuner og sygehuse, jf. kapitel 3. De økonomiske incitament i finansieringen af sygehuse understøtter dermed ikke målsætningen om, at genoptræningen løses på laveste effektive omsorgsniveau (LEON).

Når sygehuset vurderer patientens behov for genoptræning bør det alene ske på baggrund af en faglig vurdering og uafhængig af, om det vil indebære et regionalt eller kommunalt driftsansvar. Hvis en patients behov ligger i gråzonen mellem almindelig og specialiseret genoptræning, kan det imidlertid ikke udelukkes, at lægen, ud fra et forsigtighedshensyn, vælger at visitere patienten til specialiseret genoptræning, hvilket indebærer, at genoptræningen kommer til at foregå i sygehusregi. Denne tendens vil i givet fald kunne forstærkes, i det omfang lægen ikke er fortrolig med de kommunale genoptræningstilbud, uanset at det ikke er op til lægen at foretage en sådan vurdering af omfanget eller kvaliteten af de kommunale tilbud.

Der er endvidere en række andre forhold, som kan have betydning for de beslutninger, der træffes i forbindelse med henvisning til ambulante genoptræning. Herunder kan kapacitetssituationen på det enkelte sygehus eller den enkelte afdeling i nogle tilfælde tænkes at være udslagsgivende for, om der visiteres til genoptræning i kommunalt regi eller på sygehuset. Endvidere må det indgå i betragtningen, at de observerede forhold på genoptræningsområdet alene beskriver det første år med den nye arbejdsdeling. På den baggrund må de observerede tendenser til en vis grad formodes at afspejle omfanget af den tilpasning til de nye vilkår, som der på tværs af landet er gennemført i løbet af det første år, herunder tilpasning af henvisningspraksis og dertil hørende registreringer til den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet.

Den betydelige andel af specialiseret, ambulante genoptræning der registreres på den billigste af de tre takstgrupper til genoptræning, jf. figur 2.1, kan eventuelt hænge sammen med det ovenfor beskrevne forsigtighedshensyn. Det anses for u hensigtsmæssigt, og i strid med intentionerne bag reformen, at andelen af ambulante genoptræning, som udføres på sygehuse er påvirket af lægens fortrolighed med de kommunale tilbud samt eventuelt kapaciteten på sygehuse og andre interne forhold.

Sammenfattende viser gennemgangen af sundhedsaftalerne en tendens til, at andelen af specialiseret genoptræning er lavere, hvis der enten er fokus på andelen i den generelle aftale mellem regionen og kommunerne i regionen, eller hvis der er fokus på andelen i aftalen mellem regionen og den enkelte kommune. I lyset af det høje gennemsnitlige niveau samt den betydelige uforklarede variation i andelen af specialiseret genoptræning, må det i retrospekt anses for u hensigtsmæssigt, at sundhedsaftalerne mellem mange kommuner og regioner ikke er formuleret mere præcist med henblik på at opnå en normerende virkning på genoptræningsområdet for at sikre en varetagelse af opgaven på det lavest effektive omsorgsniveau.

Regelgrundlaget var endeligt på plads i december 2006, og trådte i kraft fra 1. januar 2007. Reglerne for hvornår en patient skal have genoptræning på henholdsvis sygehus og i kommunalt regi er formuleret, så de ikke fratager lægen muligheden for at foretage en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde. Hermed giver reglerne også mulighed for, at to læger i princippet kan vurdere den samme patients behov for genoptræning forskelligt, hvilket den uforklarede variation i andelen af specialiseret genoptræning er en klar indikation på. Det vurderes dog som uhensigtsmæssigt, at fastsætte reglerne på en måde, der begrænser muligheden for at foretage en konkret faglig vurdering.

De forhold, som arbejdsgruppen vurderer som uhensigtsmæssige baseret på det første års erfaringer med den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet, er sammenfattet i boks 4.3.

Boks 4.3 Arbejdsgruppens vurdering af uhensigtsmæssigheder i incitamentsstrukturer, rammer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet

I lyset af at den gennemsnitlige andel af specialiseret ambulans genoptræning er betydeligt højere end forudsat og, at der er uforklaret variation i andelen af specialiseret genoptræning, anser arbejdsgruppen det for uhensigtsmæssigt, at:

- sundhedsaftalerne mellem mange kommuner og regioner ikke er formuleret mere præcist med henblik på at opnå en normerende virkning på genoptræningsområdet
- kommunernes styringsmuligheder i nogle tilfælde begrænses unødigt som følge af mangelfuld udveksling af information, herunder specielt genoptræningsplaner, mellem regioner og kommuner
- fraværet af et systematisk og lettilgængeligt overblik over relevante informationer kan have bidraget til, at der ikke alle steder har været fokus på et eventuelt styringsmæssigt problem på genoptræningsområdet
- andelen af ambulans genoptræning, som udføres på sygehuse kan være påvirket af kapacitetshensyn på sygehuset eller på afdelingen samt af lægens fortrolighed med de kommunale genoptræningstilbud.
- kulturelle forhold på sygehusene, herunder igangværende tilpasning af henvisningspraksis, udgør en barriere for tilpasningen til den nye struktur på genoptræningsområdet

Det konstateres samtidig, at de økonomiske incitamenter i finansieringsmodellen på genoptræningsområdet ikke giver regionerne nogen økonomisk tilskyndelse til at henvise til almindelig frem for specialiseret, ambulans genoptræning eller omvendt. Finansieringsmodellen understøtter dermed ikke direkte hensigten om, at langt størstedelen af genoptræningsopgaven skal varetages i ikke-specialiseret regi. En konsekvens af finansieringsmodellens neutrale karakter i forhold til genoptræningsområdet er dog, at finansieringsmodellen ikke direkte understøtter, at genoptræningsopgaven løses på laveste effektive omsorgsniveau (LEON).

5 Forslag til forbedring af kommunernes styringsmuligheder og anvendelsen af ressourcerne på genoptræningsområdet

5.1 Indledning og sammenfatning

Arbejdsgruppen har fået til opgave at komme med forslag til, hvordan kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet kan forbedres, samtidig med at der sikres den bedst mulige ressourceanvendelse på området. Konkret er det med kommissoriet bestemt, at arbejdsgruppen har til opgave at:

- beskrive konkrete forslag til, hvordan kommunerne får større muligheder for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen på en faglig og økonomisk effektiv måde, og
- beskrive forslag, der inden for den gældende myndighedsstruktur kan styrke rammerne for tilrettelæggelse af genoptræningsindsatsen og sikre den bedste anvendelse af ressourcerne på området

Baggrunden for nedsættelsen af arbejdsgruppen er aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2008. Heri fremgår det, at omfanget af specialiseret genoptræning er meget højt og varierer meget mellem sygehusene, samt at det i forbindelse med kommunalreformen er lagt til grund, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

I lyset af dette har arbejdsgruppen udpeget nogle forhold ved de eksisterende incitamentsstrukturer, rammer og styringsmuligheder, som anses for u hensigtsmæssige i den forstand, at de ikke bidrager til at reducere den høje gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning samt variationen i denne andel mellem sygehusene.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en del af forklaringen på de observerede forhold på genoptræningsområdet i det første år efter reformen er, at området endnu ikke har fundet sit langsigtede leje. Blandt andet i takt med at henvisnings- og registreringspraksis mv. på sygehusene på sigt tilpasses den nye arbejdsdeling mellem kommuner og regioner på genoptræningsområdet, vil der således kunne forventes en reduktion i den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning. Udviklingen i den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning igennem 2007, der viser en faldende tendens, understøtter vurderingen af, at området endnu er inde i en tilpassningsfase, men forklarer dog ikke det fortsat høje gennemsnitlige niveau samt den betydelige variation i andelen af specialiseret genoptræning på tværs af sygehusene.

Med den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet har kommunerne det fulde finansieringsansvar for al ambulant genoptræning. Det må på den baggrund lægges til grund, at kommunerne vil udnytte deres styringsmulig-

heder til at arbejde i retning af den bedst mulige ressourceudnyttelse på området.

Det er på den baggrund arbejdsgruppens forventning, at en forbedring af kommunernes styringsmuligheder dels vil medføre, at den landsgennemsnitlige andel af specialiseret, ambulans genoptræning vil aftage i forhold til niveauet i 2007, dels at den uforklarede variation på tværs af sygehusene vil blive mindre. Med udgangspunkt i det høje gennemsnitlige niveau for specialiseret genoptræning i 2007 og den betydelige uforklarede variation i andelen, er det arbejdsgruppens vurdering, at en reduktion i det gennemsnitlige niveau og i variationen vil kunne bidrage til at forbedre ressourceudnyttelsen på området.

Med dette udgangspunkt har arbejdsgruppen ledt efter løsninger, der kan give kommunerne bedre værktøjer til, på et overordnet plan, at styre niveauet for specialiseret, ambulans genoptræning. Arbejdsgruppens medlemmer er enige om, at kommunernes styringsmuligheder må tage afsæt i en lægefaglig vurdering af hver enkelt patients behov for genoptræning.

Det er arbejdsgruppens overordnede ambition:

- at løsninger ideelt set bør findes i samspil mellem kommuner og regioner
- at uhensigtsmæssigheder bør håndteres i regi af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler
- at yderligere central regulering i videst muligt omfang bør undgås.

Det er arbejdsgruppens forventning, at blandt andet mere fokuseret brug af sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg på genoptræningsområdet vil have indflydelse på regionernes henvisning til specialiseret genoptræning og således bidrage til at nedbringe den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning. Henvisningen til genoptræning skal tage udgangspunkt i patientens behov og bidrage til sammenhæng, faglig kvalitet og effektivitet i det enkelte patientforløb. Der henvises i øvrigt til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 1266 af 5. maj 2006) samt til Vejledning om træning i kommuner og regioner.

De konkrete forslag fra arbejdsgruppen kan alle gennemføres inden for rammerne af de eksisterende regler på området, det vil sige først og fremmest i regi af sundhedsaftalerne. En del af forslagene vil i praksis kunne iværksættes umiddelbart, og efterfølgende indarbejdes i 2. generation af sundhedsaftalerne. Hvis de foreslåede initiativer ikke implementeres via frivillige aftaler, og hvis den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning ikke viser klare tegn på at nærme sig et niveau, der vurderes at være i overensstemmelse med hensigten bag reformen, således at langt størstedelen af genoptræningsopgaven varetages i kommunalt regi, vil forslagene alternativt kunne gennemføres som regelændringer. Det vil kunne ske efter en vurdering af, hvorvidt initiativerne har haft en effekt i de regioner og kommuner, hvor de er gennemført.

Alle forslag vil ikke være lige relevante for alle kommuner og regioner, da der mange steder allerede er iværksat initiativer i stil med de foreslåede. En række af forslagene er således inspireret af gode erfaringer, der er indhøstet blandt andet i de eksisterende sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner. Af samme årsag vil det være mest hensigtsmæssigt, at forslagene implementeres i regi af sundhedsaftalerne og sundhedskoordinationsudvalgene, da det dermed vil være muligt at tage hensyn til lokale forhold.

Arbejdsgruppen har herudover gjort nogle enkelte overvejelser om forhold, som vil kunne udmøntes via ændring af gældende regler, men som ikke anbefales implementeret forinden, at effekten af de øvrige frivillige, aftalebaserede forslag kendes.

5.2 Konkrete forslag til bedre udnyttelse af eksisterende rammer

I de foregående kapitler er blandt andet gennemgået de formelle rammer for kommuner og regioners samarbejde om genoptræningsområdet, herunder regelgrundlaget for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Der er endvidere givet en række eksempler på den konkrete udmøntning af dette samarbejde i sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner på genoptræningsområdet.

Forslag nr. 1 - Sundhedsaftaler

Gennemgangen af 1. generation af sundhedsaftaler afdækkede en række eksempler på, at konkrete aftaler mellem kommuner og regioner kan bidrage til en lavere andel af specialiseret genoptræning. På den baggrund er det arbejdsgruppens vurdering, at kommuner og regioner i langt højere grad vil kunne udnytte sundhedsaftalernes potentiale som styringsredskab på genoptræningsområdet. Inden for rammerne af sundhedsaftalerne kan kommuner og regioner indgå konkrete delaftaler på genoptræningsområdet, som er direkte orienteret mod styringen af området. Herunder kan der i aftalerne fokuseres på gråzoner mellem almindelig og specialiseret genoptræning og på andelen af specialiseret genoptræning.

Forslag nr. 1 – Sundhedsaftaler

Arbejdsgruppen foreslår, at kommuner og regioner i højere grad udnytter sundhedsaftalernes potentiale som styringsredskab på genoptræningsområdet.

Forslag nr. 2 – Vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning

Som led i den obligatoriske del af sundhedsaftalerne om arbejdsdeling på genoptræningsområdet, kan kommuner og regioner vælge at opstille vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning. Sådanne målsætninger vil ikke kunne være bindende, da det altid er den lægefaglige beslutning, der afgør behovet for genoptræning i det enkelte tilfælde. Det er dog arbejdsgruppens vurdering, at opstilling af sådanne målsætninger vil kunne bidrage til at gøre den løbende opfølgning på aftalen mere konkret og kvalificeret.

Forslag nr. 2 – Vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning

Arbejdsgruppen foreslår, at kommuner og regioner opstiller vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning.

Forslag nr. 3 – Særlige indikatorer for genoptræningsområdet

En afgørende forudsætning for at kommuner og regioner kan gennemføre en kvalificeret, løbende opfølgning på genoptræningsområdet er, at der findes et systematisk og lettilgængeligt overblik over relevante informationer, som giver mulighed for at sammenligne sig med andre kommuner og mulighed for at sammenligne sygehuse. Specielt oplysninger om udviklingen i andelen af specialiseret ambulans genoptræning på tværs af regioner, kommuner og sygehuse er en forudsætning for, at der løbende kan følges op på opstillede vejledende målsætninger. Arbejdsgruppen vurderer i den forbindelse, at der med fordel kan udarbejdes særlige indikatorer til brug for løbende opfølgning på opstillede målsætninger på genoptræningsområdet, blandt andet i regi af sundhedskoordinationsudvalgene.

Forslag nr. 3 – Særlige indikatorer for genoptræningsområdet

Arbejdsgruppen foreslår, at der, blandt andet til brug for den løbende opfølgning på opstillede målsætninger på genoptræningsområdet, med fast interval offentliggøres særlige indikatorer for andelen af specialiseret genoptræning fordelt på regioner, kommuner, sygehuse samt udvalgte specialer og diagnoser.

Nogle kommuner og regioner udarbejder allerede informationer til brug for den løbende opfølgning på genoptræningsområdet. Forslaget indebærer således ikke en administrativ merbelastning, da informationerne allerede er tilgængelige, for dem som efterspørger dem. Et bilag med de relevante oplysninger vil oplagt kunne stilles til rådighed fra centralt hold. Det vil for eksempel kunne ske i sammenhæng med den aftalte monitorering af genoptræningsområdet.

Forslag nr. 4 – Sundhedskoordinationsudvalg og kontaktfora

Sundhedskoordinationsudvalgene har både ansvaret for at udarbejde udkast til sundhedsaftalerne og til efterfølgende løbende at følge op på deres gennemførelse. Sundhedskoordinationsudvalgene vil dermed skulle spille en afgørende rolle i forbindelse med den praktiske implementering af forslag 1-3. I den forbindelse vil det være naturligt, at det øgede fokus på genoptræning i sundhedsaftalerne afstedkommer en tilsvarende intensivering af sundhedskoordinationsudvalgenes løbende opfølgning på genoptræningsområdet. Denne intensivering behøver ikke afvente næste generation af sundhedsaftaler, men kan iværksættes umiddelbart.

Gennemgangen af 1. generation af sundhedsaftalerne giver en indikation på, at målrettet fokus på andelen af specialiseret genoptræning, herunder i særlige fora, kan bidrage til en lavere andel af specialiseret genoptræning.

Det kan på den baggrund overvejes, at supplere opfølgningen i regi af sundhedskoordinationsudvalgene med særlige kontaktfora på genoptræningsområdet, som kan nedsættes i medfør af bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Forslag nr. 4 – Sundhedskoordinationsudvalg og kontaktfora

Arbejdsgruppen foreslår, at sundhedskoordinationsudvalgenes løbende opfølgning på sundhedsaftalerne intensiveres på genoptræningsområdet, specielt med fokus på opstillede vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning, samt at opfølgningen eventuelt suppleres ved nedsættelse af særlige kontaktfora på genoptræningsområdet.

Forslag nr. 5 – Oversigt over kommunale genoptræningstilbud

Arbejdsgruppen har gennemgået en række forhold i regionerne og på sygehusene, som vurderes at kunne have indflydelse på andelen af specialiseret genoptræning. Det er arbejdsgruppens vurdering, at kapacitetssituationen på sygehuset samt lægens fortrolighed med de kommunale genoptræningstilbud i nogen grad vil kunne påvirke andelen af specialiseret genoptræning. Dette gælder uanset at lægen alene skal vurder patientens behov for genoptræning, og ikke hvor den visiterede ydelse mest hensigtsmæssigt udføres. Det er arbejdsgruppens vurdering, at dækkende information om de kommunale genoptræningstilbud i alle tilfælde er en forudsætning for at kunne tilrettelægge arbejdsdelingen mellem regioner og kommuner mest hensigtsmæssigt.

Forslag nr. 5 – Oversigt over kommunale genoptræningstilbud

Arbejdsgruppen foreslår, at der som led i den obligatoriske del af sundhedsaftalen mellem kommuner og regioner om arbejdsdelingen på genoptræningsområdet etableres oversigter over hvilke genoptræningstilbud hver kommune råder over, samt hvilke aftaler kommunen har indgået med andre udbydere af almindelig, ambulante genoptræning.

De foreslåede oversigter over de kommunale genoptræningstilbud kan i den forbindelse etableres og udbredes hurtigst muligt og opdateres løbende, uanset at de først om nogle år vil kunne anvendes i direkte tilknytning til en sundhedsaftale.

Forslag nr. 6 – Begrundelse af specialiseret genoptræning

Det har været eksempler, hvor kommuner har stillet sig uforstående overfor henvisningen af konkrete patienter til specialiseret genoptræning, hvilket i nogle tilfælde har afstedkommet, at kommunen har rettet henvendelse til sygehuset med henblik på at indhente supplerende oplysninger om patienten.

Regionerne bemærker, at hovedparten af henvendelserne fra kommunerne drejer sig om spørgsmål til genoptræningsplaner vedrørende den alminde-

lige ambulante genoptræning, fordi genoptræningsplanen ikke må indeholde specifikke retningslinjer for den genoptræning, patienten skal modtage.

Hvis kommunerne i nævneværdigt omfang har behov for at rette henvendelse til de udskrivende sygehuse for at indhente supplerende oplysninger, er der tale om en utilsigtet administrativ merbelastning af hele systemet, som kunne have været undgået, hvis der i forbindelse med udarbejdelsen af genoptræningsplaner havde været lagt større vægt på modtagerens informationsbehov.

Genoptræningsplanen bør på den baggrund indeholde tilstrækkelig information til, at kommunen kan se af planen hvorfor en given patient er henvist til specialiseret genoptræning i sygehusregi. Herudover skal genoptræningsplanen indeholde de oplysninger, der er nødvendige for, at kommunen kan tilrettelægge genoptræningen af patienter, der er henvist til almindelig genoptræning i kommunalt regi. Udover at tjene som oplysning til kommunerne, kan disse oplysninger være nyttige i forbindelse med opfølgning på genoptræningsområdet, og vil samtidig bidrage til at øge fokus på andelen af specialiseret genoptræning.

Danske Regioner er ikke enige i, at der skal skrives en begrundelse for den specialiserede genoptræning, idet Danske Regioner vurderer, at det vil være en markant bureaukratisering for både læger og terapeuter. I en rundspørge blandt terapeuter er merbelastningen vurderet til at antage 10 minutter pr. genoptræningsplan.

Udover at det er en bureaukratisering, der vil gøre varme hænder kolde, mener Danske Regioner ikke, at den lægefaglige vurdering skal mistænkeliggøres ved at lægen skal begrunde henvisning til genoptræning eksplicit pga. en lovbestemt arbejdsdeling mellem myndighederne på genoptræningsområdet.

Forslag nr. 6 – Begrundelse af specialiseret genoptræning

Arbejdsgruppen, med undtagelse af Danske Regioner, foreslår, at den henvisende myndighed, ved udarbejdelse af genoptræningsplanen, kort angiver en begrundelse for, hvorfor der er henvist til specialiseret, ambulante genoptræning.

Genoptræningsplanerne er allerede indrettet med henblik på at forsyne kommunerne med de nødvendige informationer. Forslaget vil derfor kun påvirke de sygehuse, hvor genoptræningsplanerne har været udarbejdet på en måde, der har givet anledning til tvivl i kommunerne.

Et forslag som det ovenstående vil isoleret set kunne påføre den enkelte region en administrativ merbelastning i forhold til den nuværende situation. Denne vurderes dog at være begrænset af, at der alene er tale om at anføre oplysninger og overvejelser, som allerede ligger til grund for vurderingen af patientens behov for genoptræning.

Merbelastningen skal endvidere ses i sammenhæng med den tid, der p.t. går med, at kommuner retter henvendelse til sygehusene, når der er tvivl om en konkret henvisning. På længere sigt vurderes det at være gavnligt for samarbejdet mellem kommuner og regioner om genoptræningsområdet, at der ikke er tvivl om grundlaget for konkrete henvisninger. Det bemærkes i øvrigt, at en eventuel merbelastning som følge af forslaget vil aftage i takt med, at den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning forventeligt falder, og at merbelastningen særligt vil ramme de sygehuse, som visiterer en høj andel af deres patienter til specialiseret genoptræning.

Forslag nr. 7 – Kommunikation af aftaler

De faktiske beslutninger om hver patients behov for genoptræning træffes ikke af regioner og kommuner i fællesskab, men af sundhedsfaglige personer på de regionale sygehuse. En forudsætning for at de indgåede aftaler mellem kommuner og regioner udmøntes i konkrete beslutninger er derfor, at de kommunikeres ud til fagfolkene.

Forslag nr. 7 – Kommunikation af aftaler

Arbejdsgruppen foreslår, at regionerne proaktivt arbejder for at den aftalte arbejdsdeling på genoptræningsområdet udmøntes i sygehusenes henvisnings- og registreringspraksis, herunder ved at oplyse sundhedspersonalet om de aftalte målsætninger for området samt om de genoptræningstilbud, som kommunerne i regionen råder over.

Forslag nr. 8 – Opfølgning på de opstillede problemstillinger og løsningsforslag

Det er samlet set arbejdsgruppens anbefaling, at de ovenfor beskrevne forslag implementeres via generelle aftaler mellem hver region og kommunerne i regionen og via aftaler mellem regionen og den enkelte kommune. Som tidligere nævnt, vil alle forslag ikke være lige relevante i alle kommuner og regioner.

Forslagene vil kunne iværksættes umiddelbart i samarbejde mellem kommunerne og regionerne, og vil på sigt skulle indarbejdes i sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner i det omfang, som det lokalt vurderes nødvendigt. De foreslåede initiativer vil dermed bidrage til en kvalificering af aftalerne i forhold til den første generation af sundhedsaftaler, og vil derigennem bidrage til at realisere aftalernes potentiale som styringsredskab på genoptræningsområdet.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at det inden næste års økonomiforhandlinger vil være meningsfuldt at gennemføre en fælles opfølgning på genoptræningsområdet. I den forbindelse vil det skulle vurderes, om problemstillingen, som ligger til grund for denne arbejdsgruppe fortsat er aktuel, og om der i givet fald er behov for supplerende tiltag.

Forslag nr. 8 – Opfølgning på de opstillede problemstillinger og løsningsforslag

Arbejdsgruppen foreslår, at der i foråret 2009 gennemføres en fælles opfølgning på

de opstillede problemstillinger og løsningsforslag i nærværende rapport, og at det i den forbindelse vurderes, om der er behov for, at nogle af de foreslåede initiativer implementeres ved regelændringer, såfremt initiativerne ikke allerede er implementeret, og såfremt den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning ikke viser klare tegn på at nærme sig et niveau, der vurderes at være i overensstemmelse med hensigten bag reformen samt tegn på mindre variation mellem sygehusene.

5.3 Øvrige overvejelser

Udover de ovennævnte forslag til initiativer, som kommuner og regioner kan iværksætte inden for rammerne af de eksisterende regler på genoptræningsområdet, vil nogle forhold ikke kunne udmøntes i konkrete initiativer, med mindre regelgrundlaget på genoptræningsområdet ændres.

Generelt er det arbejdsgruppens vurdering, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at ændre reglerne allerede et år efter, at de er trådt i kraft, og inden effekten af de øvrige initiativer er kendt. Blandt andet tilpasning af arbejdsgangene på sygehusene, herunder registreringspraksis, til den nye arbejdsdeling på genoptræningsområdet, vurderes ikke alle steder at være fuldendt i løbet af det første år efter reformen. Dette vurderes, at kunne forklare en del af den høje gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning og variationen i andelen.

Det er således arbejdsgruppens holdning, at alle overvejelser, der forudsætter regelændringer, alene vil være relevante, såfremt der ikke viser sig klare tegn på, at det gennemsnitlige niveau for specialiseret genoptræning nærmer sig et niveau, som vurderes at være i overensstemmelse med hensigten bag reformen samt tegn på mindre variation mellem sygehusene.

KL mener, at målsætningen på sigt bør være, at den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning nedbringes til det niveau, som har vist sig muligt i de kommuner, som har den laveste andel specialiseret genoptræning i 2007, det vil sige i størrelsesordenen ca. 10 pct.

Danske Regioner er endnu ikke bekendt med, hvad der er det rette forhold mellem den almindelige og specialiserede ambulante genoptræning, fordi der aldrig er blevet lavet en sundhedsfaglig vurdering af, hvor meget af den ambulante genoptræning der bør være specialiseret. Danske Regioner finder det afgørende at holde fast i, at det altid er en lægefaglig vurdering, der afgør patientens behov og ikke om andelen for specialiseret, ambulante genoptræning er 10, 20 eller 30 pct. Danske Regioner bemærker, at det er vigtigt at holde sig for øje, at sundhedsvæsenet udvikler sig løbende, derfor kan der ikke i dag, opsættes en absolut målsætning for, hvor stor en andel den specialiserede genoptræning skal udgøre.

I forbindelse med den foreslåede opfølgning på arbejdsgruppens anbefalinger vil det kunne drøftes, om der kan være behov for at overveje tiltag, som supplement til forslag 1-8 herover, herunder tiltag som ikke vil kunne gennemføres, med mindre regelgrundlaget på genoptræningsområdet

ændres. Følgende forhold vil i den forbindelse kunne indgå i overvejelserne.

I 2007 har der været en række tilfælde, hvor kommuner ikke har modtaget en genoptræningsplan på udskrivningstidspunktet, eller slet ikke har modtaget en genoptræningsplan, hvilket i begge tilfælde er i uoverensstemmelse med lovgivningen. Det er arbejdsgruppens vurdering, at problemet med manglende fremsendelse af genoptræningsplaner til dels kan tilskrives, at området fortsat er inde i en opstartsfasen, og at problemet derfor vil aftage i den nærmeste fremtid. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker hertil, at lovens bestemmelser ikke indeholder en indkøringsperiode for så vidt angår kravet om, at der skal fremsendes en genoptræningsplan på udskrivningstidspunktet. Såfremt nogle kommuner oplever vedvarende problemer med manglende fremsendelse af genoptræningsplaner, og det ikke har været muligt at løse problemet i samarbejde mellem kommunen og regionen, vil ministeriet overveje, hvorledes lovens overholdelse kan sikres.

Gennemgangen af de økonomiske incitamenter på genoptræningsområdet viste, at der ikke generelt kan siges, at være entydige incitamenter til hverken almindelig eller specialiseret, ambulante genoptræning. Finansieringsstrukturen understøtter dermed med ikke målsætningen om, at genoptræningsopgaven skal løses på det lavest effektive omsorgsniveau (LEON).

Finansieringsstrukturen på genoptræningsområdet er bestemt i lov om regionernes finansiering. Arbejdsgruppen vurderer, at en ændring af finansieringsstrukturen først vil være relevant at overveje, hvis de øvrige forslag ikke viser sig at resultere i en fremtidig arbejdsdeling, som parterne vurderer at være i overensstemmelse med hensigten bag kommunalreformen om at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

Det fremgår af bemærkningerne til sundhedsloven, at den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen løbende vil blive fulgt med henblik på, om den opfylder formålet, herunder den forventede størrelse. I den forbindelse vil regeringen kunne overveje behovet for en ny finansieringsmodel på genoptræningsområdet, herunder en model der mere direkte understøtter, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi, fx ved at indføre regional medfinansiering for specialiseret ambulante genoptræning.

5.4 Sammenfatning af arbejdsgruppens forslag

Arbejdsgruppen vurderer, at der med fordel kan iværksættes en række tiltag med henblik på at forbedre kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet og samtidig forbedre ressourceudnyttelsen på området.

Det er arbejdsgruppens forventning, at blandt andet mere fokuseret brug af sundhedsaftaler og koordinationsudvalg på genoptræningsområdet vil have indflydelse på regionernes henvisning til specialiseret genoptræning og således bidrage til at nedbringe den gennemsnitlige andel af specialiseret

genoptræning. Henvisningen til genoptræning skal tage udgangspunkt i patientens behov og bidrage til sammenhæng, faglig kvalitet og effektivitet i det enkelte patientforløb. Der henvises i øvrigt til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 1266 af 5. maj 2006) samt til Vejledning om træning i kommuner og regioner.

Arbejdsgruppens forslag til hvordan kommunernes styringsmuligheder på genoptræningsområdet kan forbedres samtidig med, at der sikres en bedre ressourceudnyttelse på området, er sammenfattet i boks 5.1.

Boks 5.1 Arbejdsgruppens forslag

Med henblik på at forbedre styringsmuligheder og incitamentsstrukturer på genoptræningsområdet samtidig med, at der sikres en bedre ressourceanvendelse på området, foreslår arbejdsgruppen, at:

1. kommuner og regioner i højere grad udnytter sundhedsaftalernes potentiale som styringsredskab på genoptræningsområdet
2. kommuner og regioner opstiller vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning
3. der, blandet andet til brug for den løbende opfølgning på opstillede målsætninger på genoptræningsområdet, med fast interval offentliggøres særlige indikatorer for andelen af specialiseret genoptræning fordelt på regioner, kommuner, sygehuse samt udvalgte specialer og diagnoser
4. sundhedskoordinationsudvalgenes løbende opfølgning på sundhedsaftalerne intensiveres på genoptræningsområdet, specielt med fokus på opstillede vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning, samt at opfølgningen eventuelt suppleres ved nedsættelse af særlige kontaktfora på genoptræningsområdet
5. der som led i den obligatoriske del af sundhedsaftalen mellem kommuner og regioner om arbejdsdelingen på genoptræningsområdet etableres oversigter over hvilke genoptræningstilbud hver kommune råder over, samt hvilke aftaler kommunen har indgået med andre udbydere af almindelig, ambulans genoptræning
6. regionerne proaktivt arbejder for at den aftalte arbejdsdeling på genoptræningsområdet udmøntes i sygehusenes henvisnings- og registreringspraksis, herunder ved at oplyse sundhedspersonalet om de aftalte målsætninger for området samt om de genoptræningstilbud, som kommunerne i regionen råder over
7. der i foråret 2009 gennemføres en fælles opfølgning på de opstillede problemstillinger og løsningsforslag i nærværende rapport, og at det i den forbindelse vurderes, om der er behov for, at nogle af de foreslåede initiativer implementeres ved regelændringer, såfremt initiativerne ikke allerede er implementeret, og såfremt den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning ikke viser klare tegn på at nærme sig et niveau, der vurderes at være i overensstemmelse med hensigten bag reformen samt tegn på mindre variation mellem sygehuse

Arbejdsgruppen, med undtagelse af Danske Regioner, foreslår desuden, at den henvisende myndighed, ved udarbejdelse af genoptræningsplanen,

kort angiver en begrundelse for, hvorfor der er henvist til specialiseret, ambulat genoptræning.