



# Opfølgning på ”Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen”

Status for ”skal”-indsatser  
i rammepapir for somatik 2014-2015

# Indledning

I foråret 2013 udarbejdede kommunerne i hovedstadsregionen et fælleskommunalt strategipapir for implementering af det nære sundhedsvæsen, "Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen" – i daglig tale kaldt rammepapir for det somatiske område.

Rammepapiret blev oprindeligt behandlet i Kommunekontaktrådet (KKR) den 16. april 2013 og er efterfølgende politisk behandlet og godkendt i alle 29 kommuner. KKR fik på sit møde den 11. juni 2014 fremlagt en opfølgning på samtlige "skal"-opgaver og besluttede at videreføre en let revideret version af rammepapiret i 2014 og 2015, hvor 3 indsatser udgik, da samtlige kommuner havde implementeret dem og én ny indsats om implementering af det Fælles Medicinkort kom til.

Dette notat følger op på "skal"-opgaverne i rammepapiret for 2014-2015. Formålet med opfølgningen er dels at gøre status på, om kommunerne har iværksat de aftalte indsatser og dels at skabe mulighed for læring på tværs af kommuner. Endelig skal opfølgningen anvendes i den kommende revision af rammepapiret.

Opfølgningen baserer sig primært på data<sup>1</sup> fra KL's spørgeskemaer om kommunernes indsats på sundhedsområdet og et spørgeskema udarbejdet af Det fælleskommunale sundhedssekretariat. Der er i Embedsmandsudvalget opmærksomhed på, at denne kvantitative tilgang betyder, at opfølgningen vil have mindre øje for indsatsernes kvalitet.

Det er væsentligt at fremhæve, at opfølgningen er baseret på de tilgængelige data og den supplerende spørgeskemaundersøgelse. Det vil i nogle tilfælde gælde, at data kun siger noget om dele af indsatserne. I nogle tilfælde er indsatserne også meget bredt eller uklart formuleret, hvilket der tages højde for i beskrivelsen af målopfyldelse og vurderingen. Kommunefordelte tal fremgår af bilag 1.

---

<sup>1</sup> KL har indhentet data i oktober 2012, april 2013, november 2013, september 2014 og november 2015. Yderligere er anvendt data fra KL's afdækning af kommunernes implementering af forebyggelsespakkerne. På enkelte spørgsmål har KL justeret spørgeskemaerne mellem hver udsendelse, hvilket vanskeliggør at følge målopfyldelsen over tid. Endelig skal det nævnes, at KL's spørgeskemaer ikke er udarbejdet med henblik på at følge op på hovedstadsregionens kommuners rammepapir, hvorfor der ikke altid er data, som belyser alle aspekter af indsatserne i rammepapiret. Med henblik på at kunne belyse målopfyldelsen af alle "skal"-indsatserne, har alle kommuner besvaret supplerende spørgeskemaer i hhv. marts 2014 og november 2015. Spørgeskemaet er udarbejdet af Det fælleskommunale sundhedssekretariat.

## **Opfølgning på indsatser**

**Tema: Forebyggelse og sundhedsfremme**

## Implementering af forebyggelsespakker #1

### Indsats 1\*

Kortlægning af kommunens egne indsatser, som forberedelse til implementering af de nationale forebyggelsespakker.

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

I august 2015 havde samtlige 29 kommuner helt eller delvist sammenholdt egne indsatser med anbefalingerne i fem af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Det er pakkerne om tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mental sundhed og hygiejne.

For de næste fire pakker, hhv. mad og måltider, solbeskyttelse, seksuel sundhed og indeklima i skoler, havde mellem 80 og 97 pct. af kommunerne helt eller delvist sammenholdt egne indsatser med anbefalingerne. Det svarer til mellem 23 og 28 kommuner. Anbefalingerne i forebyggelsespakken for stoffer, havde 73 pct. af kommunerne, svarende til 21 kommuner, helt eller delvist sammenholdt med egne indsatser.

Der er sket en tydelig udvikling i kommunerne, hvor flere og flere har implementeret indsats nr. 1. Ikke mindst har udviklingen taget fart i perioden juni 2013 til august 2015, hvor alle kommuner har sammenholdt egne indsatser med 5 af forebyggelsespakkerne helt eller delvist, jf. tabel 1.

**Tabel 1: Andelen af kommuner, der har sammenholdt egen indsats helt eller delvist med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, særskilt for forebyggelsespakker, pct.**

	Okt. 2012	Apr. 2013	Jun. 2013 <sup>1</sup>	Sep. 2014 <sup>1</sup>	Aug. 2015 <sup>1</sup>
Tobak	86	86	85	100	100
Alkohol	64	79	85	100	100
Fysisk aktivitet	82	72	86	97	100
Mental sundhed	68	76	81	93	100
Hygiejne	-	-	75	97	100
Mad og måltider	-	-	82	94	97
Solbeskyttelse	-	-	71	80	90
Seksuel sundhed	-	72	82	89	87
Indeklima i skoler	-	-	68	71	80
Stoffer	-	-	-	73	73
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>27/28</b>	<b>28/29</b>	<b>29</b>

Kilder: Oktober 2012 og april 2013: KL's formidling af spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, april 2013. Juni 2013, september 2014 og august 2015: Kortlægninger fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet: *Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker* (hhv. 2013, 2014 og 2015).

Noter: 1: Kolonnen viser andelen af kommuner, som har svaret enten "ja" eller "delvist" til, om de har sammenholdt egen indsats med forebyggelsespakkernes anbefalinger.

### Vurdering

Kommunerne har arbejdet med at sammenholde egen indsats med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, og udviklingen har været positiv. Alle kommunerne har helt eller delvist sammenholdt egen indsats med forebyggelsespakkernes anbefalinger vedr. tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mental sundhed og hygiejne. På mad og måltider mangler kun én kommune. Imidlertid viser tallene også, at der fortsat er et potentiale for kommunernes implementering af indsats 1.

## Implementering af forebyggelsespakker #2

### Indsats 2\*

Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne som prioriteringsværktøj udarbejder hver enkelt kommune en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker.

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

I november 2015 havde 72 pct. af kommunerne, svarende til 21 kommuner, udarbejdet en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker. Dertil kom, at 17 pct. af kommunerne, svarende til 5 kommuner, var i gang med at udarbejde en plan. 10 pct., svarende til tre kommuner, havde ikke og var ikke i gang med at udarbejde en plan for trinvis implementering af forebyggelsespakkerne, jf. tabel 2. Af kommunernes bemærkninger fra april 2016 fremgår dog, at disse tre kommuner alle arbejder med forebyggelsespakkerne og fx forventer at indarbejde dem i en kommende sundhedspolitik eller udarbejde en plan for trinvis implementering i 2016, jf. bilag 1.

Ses der på udviklingen siden marts 2014 er der sket en væsentlig stigning fra 48 pct. til 72 pct. i andelen af kommuner, som har udarbejdet en plan for trinvis implementering. Der er dog samtidig også sket en mindre stigning i andelen af kommuner, som ikke er i gang med at udarbejde en plan.

Således lever alle kommuner, på nær 3, op til indsats 2's ordlyd om at udarbejde en plan for trinvis implementering af forebyggelsespakkerne. Af de 26 kommuner, der enten havde udarbejdet en plan eller var i gang med det, havde 24 kommuner taget udgangspunkt i sundhedsprofilerne, som det er aftalt i indsats 2.

**Tabel 2: Andelen af kommuner, som har udarbejdet en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker, pct.**

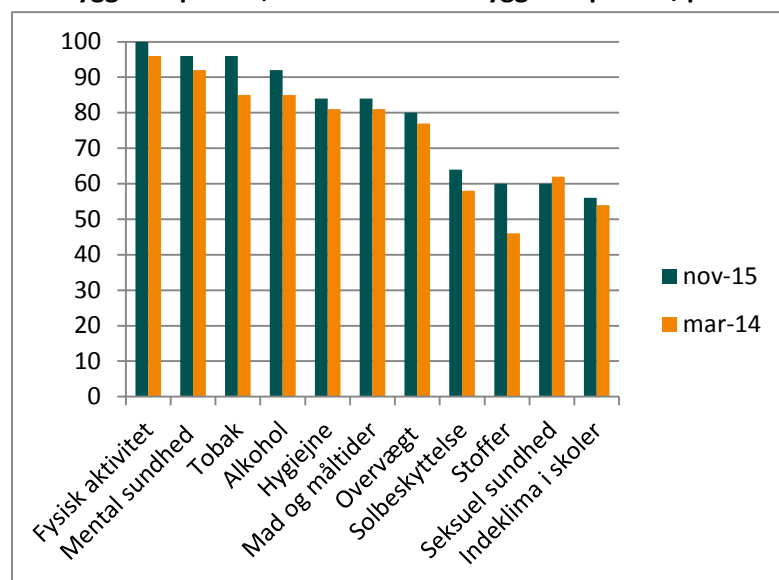
	Marts 2014	November 2015
Plan er udarbejdet	48	72
Plan er under udarbejdelse	48	17
Plan er ikke udarbejdet/under udarbejdelse	3	10
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, hhv. marts 2014 og november 2015.

Ses der på hvilke forebyggelsespakker, der indgår de planer kommunerne har udarbejdet eller er i gang med at udarbejde, er pakkerne om fysisk aktivitet, mental sundhed, tobak og alkohol de mest udbredte. Blandt de kommuner, som har en plan eller er i gang med at udarbejde en, indgår disse pakker i over 90 pct. af tilfældene. Herefter kommer hygiejne, mad og måltider og overvægt i nævnte rækkefølge med mellem 80-84 pct. Endelig følger solbeskyttelse, stoffer, seksuel sundhed og indeklima i skoler med mellem 56-64 pct., jf. figur 1.

For cirka halvdelen af kommunernes planer/forventede planer gælder, at 10 eller 11 pakker indgår (ud af 11 pakker i alt). Gennemsnitligt indgår der 8,7 pakker i kommunernes planer/forventede planer, hvilket er lidt over niveauet i marts 2014.

**Figur 1: Andelen af kommuner, hvis implementeringsplan indeholder de enkelte konkrete forebyggelsespakker, særskilt for forebyggelsespakker, pct.**



Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, hhv. marts 2014 og november 2015.

N: 2015:25 kommuner. 2014:26 kommuner.

### Vurdering

Alle kommuner, på nær 3, lever op til indsats 2's ordlyd om at udarbejde en plan for trinvis implementering af forebyggelsespakkerne. Af de 26 kommuner, der enten havde udarbejdet en plan eller var i gang med det, havde 24 kommuner taget udgangspunkt i sundhedsprofilerne, som det er aftalt i indsats 2. De tre kommuner, som ikke levede op til indsatsen i november 2015 arbejder dog i 2016 med forebyggelsespakkerne i forbindelse med sundhedspolitikker og lignende.

## **Opfølgning på indsatser**

**Tema: Forebyggelse af (gen)indlæggelser**

## Den ældre medicinske patient # 1

### Indsats 3\*

Kommunerne skal have organiseret opfølgende hjemmebesøg med udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner om udmøntning af handlingsplan for den ældre medicinske patient.

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfylde

I november 2015 havde 83 pct. af kommunerne, svarende til 24 kommuner, indført opfølgende hjemmebesøg i samarbejde med almen praksis. Herudover svarede 10 pct. af kommunerne, svarende til 3 kommuner, at opfølgende hjemmebesøg forventes indført i løbet af det næste halve år.

Der var i november 2015 fortsat 2 kommuner, som ikke havde indført eller forventede at indføre opfølgende hjemmebesøg. Den ene af disse to kommuner har angivet, at det skyldes vanskeligheder ved at nedsætte Kommunalt Lægeligt Udvalg (SKU) pga. få læger i området.

Siden april 2013 er der sket en støt stigning i antallet af kommuner, som har indført opfølgende hjemmebesøg, om end der ikke har været nogen væsentlig udvikling fra 2014-2015, jf. tabel 3.

Som en del af handlingsplanen for den ældre medicinske patient laver KL og DR kvartalsvise opgørelser over antal opfølgende hjemmebesøg udført af de praktiserende læger, der har adresse i den enkelte kommune. Opgørelsen for 4. kvartal 2015 viser at der udføres opfølgende hjemmebesøg i alle 29 kommuner.

**Tabel 3: Andel kommuner, der har indført opfølgende hjemmebesøg i samarbejde med almen praksis, pct.**

	Apr. 2013	Nov. 2013	Sep. 2014	Nov. 2015
Har indført opfølgende hjemmebesøg	66	76	86	83
Forventer at indføre opfølgende hjemmebesøg inden udgangen af 2013/2014/inden for det næste halve år	21	14	7	10
Har ikke indført opfølgende hjemmebesøg	13	10	7	7
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, hhv. april 2013, november 2013, september 2014 og november 2015.

### Vurdering

Der er sket en positiv udvikling, hvor 24 kommuner i november 2015 levede op til indsats 3, ved at have indført opfølgende hjemmebesøg i samarbejde med almen praksis. To kommuner forventede dog ikke at have indført besøg inden for det næste halve år og lever derfor ikke op til indsats 3. Der er således stadig et potentiale for kommunernes implementering af indsatsen.



## Den ældre medicinske patient # 2

### Indsats 4\*

Kommunerne skal, som en del af implementeringsplanen for den ældre medicinske patient, implementere forløbskoordinering.

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

Et af initiativerne i handlingsplanen for den ældre medicinske patient er udvikling af en fælles regional/kommunal forløbskoordinatorfunktion. I hovedstadsregionen er der i september 2013, med udgangspunkt i et rammepapir fra KL og Danske Regioner, besluttet en grundmodel for implementeringen. Tidsmæssigt betyder det, at kommunerne først kan have påbegyndt implementeringen i fjerde kvartal 2013.

I november 2015 havde 69 pct. af kommunerne, svarende til 20 kommuner, afsluttet implementeringen af en styrket forløbskoordinering som led i handlingsplanen for den ældre medicinske patient. 31 pct. af kommunerne, svarende til 9 kommuner, havde påbegyndt implementeringen.

Siden marts 2014 er der sket en klar stigning i andelen af kommuner, som har afsluttet implementering af styrket forløbskoordinering fra 48 pct. til 69 pct. Samtidig var der ikke længere i november 2015 nogen kommuner, som ikke var gået i gang, jf. tabel 4.

Medtages de kommuner, som har påbegyndt implementering af styrket forløbskoordinering i målopfyldelsen, lever alle kommuner op til indsats 4.

**Tabel 4: Andelen af kommuner, som har implementeret en styrket forløbskoordinering som led i implementeringsplanen for den ældre medicinske patient, pct.**

	Mar. 2014	Nov. 2015
Implementering er afsluttet	48	69
Implementering er påbegyndt	34	31
Implementering er ikke iværksat	17	0
Antal kommuner, som har svaret	29	29

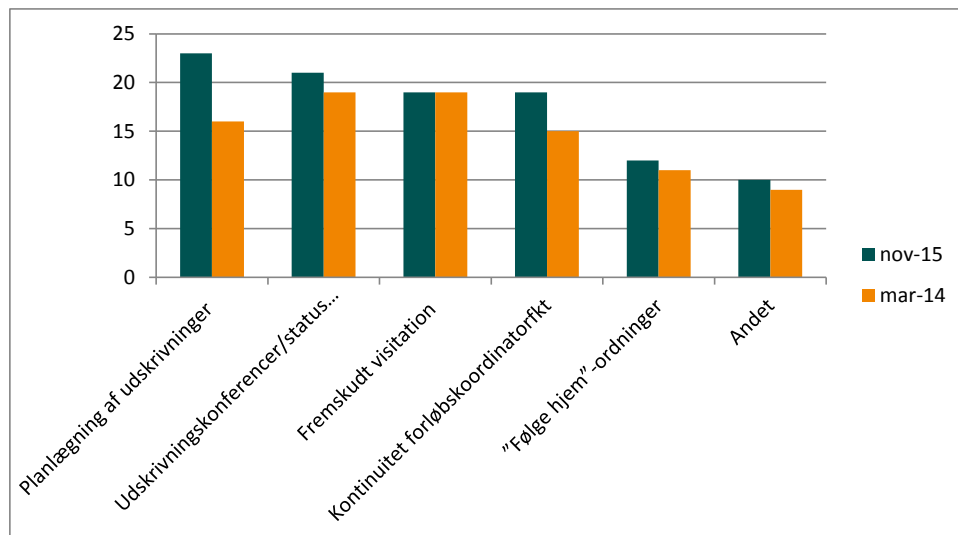
Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, hhv. marts 2014 og november 2015.

I den aftalte grundmodel for implementering er der beskrevet en række anbefalinger til kommunernes styrkede forløbskoordination. Kommunerne har svaret på hvilke initiativer de har iværksat/har planlagt iværksat pr. november 2015, jf. figur 2:

- 23 kommuner har styrket planlægningen af udskrivninger i samarbejde med hospitalet
- 21 kommuner har øget deltagelse i udskrivningskonferencer / statusmøder i særligt komplekse forløb
- 19 kommuner har styrket forløbskoordinationen via fremskudt visitation med fysisk tilstedeværelse på hospitalet
- 19 kommuner har styrket kontinuiteten i varetagelse af forløbskoordinatorfunktionen

- 12 kommuner har styrket forløbskoordinationen via deltagelse i "følge hjem"-ordninger
- 10 kommuner har iværksat andre tiltag.

**Figur 2: Antal kommuner, som har iværksat/planlagt iværksat initiativer for styrket kommunal forløbskoordination, særskilt for initiativer**



Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, hhv. marts 2014 og november 2015. N = 27 kommuner

### Vurdering

Medtages de kommuner, som har påbegyndt implementering af styrket forløbskoordinering i målopfølgningen, lever alle kommuner op til indsats 4. Styrket planlægning af udskrivinger i samarbejde med hospitalet og øget deltagelse i udskrivningskonferencer / statusmøder i særligt komplekse forløb er de mest udbredte indsatser.

## Genoptræning

### Indsats 5\*

Kommunerne skal systematisk arbejde med stratificering af genoptræningsplaner og kvalitetsudvikling, herunder tilpasning af organisering af træningsopgaven. Fx via:

- Intern specialisering i teams/enheder
- Tværfaglige indsatser
- Tværkommunale samarbejder

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

I november 2015 svarede 28 kommuner, at de arbejder systematisk med **kvalitetsudvikling** af genoptræningen via mindst en af de indsatser, som fremgår af tabel 5. Således lever 28 kommuner op til indsats 5 ift. ordlyden om kvalitetsudvikling, mens én kommune ikke gør.

I november 2013 svarede alle 29 kommuner, at de arbejder med en eller flere af indsatserne i tabel 5, mens tallet i november 2012 var 22 kommuner<sup>2</sup>. Det vil sige, at der har været en positiv udvikling siden 2012 om end en enkelt kommune ikke længere i 2015 arbejder med systematisk kvalitetsudvikling af genoptræningen.

Ser vi på andelen af kommuner, som arbejder med **stratificering af genoptræningsplaner**, hvilket også er del af indsats 5's ordlyd, er niveauet lidt lavere. I alt var der i november 2015 79 pct. af kommunerne, svarende til 22 kommuner, som enten arbejder med KL's stratificeringsmodel eller med pakkeforløb på baggrund af en stratificering af borgeren. Således lever 22 kommuner op til indsats 5's ordlyd om systematisk at arbejde med stratificering af genoptræningsplaner.

Ses der på udviklingen i andelen af kommuner, der arbejder med de to typer af stratificering, har der været en kontinuert positiv udvikling siden 2013 på begge områder. Der var i november 2015 43 pct. af kommunerne, som gjorde brug af KL's stratificeringsmodel, mens 61 pct. arbejdede med pakkeforløb på baggrund af en stratificering af borgeren, jf. tabel 5.

**Tabel 5: Andelen af kommuner, som arbejder med systematisk kvalitetsudvikling af genoptræningen\* gennem forskellige indsatser, pct.**

	Apr. 2013	Nov. 2013	Nov. 2015
Audits (med sygehusene <sup>1</sup> ) ift. genoptræningsplaner	24 <sup>2</sup>	31	18
Interne audits		34	39
Gør brug af KL's stratificeringsmodel	14	34	43
Pakkeforløb på baggrund af en stratificering af borgeren	31	48	61
Andet	-	-	57
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>28<sup>3</sup></b>

Kilde: April 2013 og november 2013: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, april 2013 og november 2013. November 2015: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

Noter \*Genoptræning efter sundhedslovens §140. 1: I november 2015 er der ikke spurgt til specifikt til audits *med sygehusene* ift. genoptræningsplaner, men blot til audits ift. genoptræningsplaner. 2: Der skelnes ikke mellem interne audits og audits med sygehusene i april 2013. 3: Den kommune, som ikke har besvaret spørgsmålet har meddelt, at den ikke arbejder med systematisk kvalitetsudvikling af genoptræningen, hvorfor spørgsmålet ikke kunne besvares.

<sup>2</sup> Tallene er ikke vist i tabelform

I forhold til målsætningens ordlyd om tilpasning af **organisering af træningsopgaven** er det muligt at følge op på hhv. etablering af tværfaglige teams i forhold til komplekse genoptræningsopgaver og etablering af tværkommunale samarbejder om konkrete genoptræningstilbud.

I tabel 6 ses, at 93 pct. af kommunerne, svarende til 27 kommuner, i november 2015 har etableret **tværfaglige teams** i forhold til komplekse genoptræningsopgaver. Hertil kommer, at to kommuner er i gang. Udviklingen siden 2012 er klart positiv.

**Tabel 6: Andelen af kommuner, som har etableret tværfaglige teams i forhold til komplekse genoptræningsopgaver\*, eksempelvis på børneområdet eller hjerneskadeområdet, pct.**

	Okt. 2012	Apr. 2013	Nov. 2015
Tværfaglige teams er etableret	78	79	93
Tværfaglige teams er planlagt etableret i 2013/Etablering er i gang pr. nov. 2015	-	11	7
Har ikke etableret tværfaglige teams	-	-	0
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Kilde: Oktober 2012: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, oktober 2012. April 2013: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, april 2013. November 2015: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

Note: \*Genoptræning efter sundhedslovens §140.

I forhold til indsats 5's ordlyd om etablering af **tværkommunale samarbejder** om konkrete genoptræningstilbud viser tabel 7, at 55 pct. af kommunerne, svarende til 16 kommuner, har fælles drift med andre kommuner om konkrete genoptræningstilbud, hvor der sker udveksling af borgere. Endvidere er der hele 86 pct. af kommunerne, svarende til 25 kommuner, hvis terapeuter indgår i tværkommunale faglige fællesskaber, fx omkring sparring og uddannelse. Endelig har godt halvdelen af kommunerne etableret andre former for tværkommunale samarbejder. Der er kun 3 kommuner, som ikke har eller planlægger fælleskommunalt samarbejde. Ses der på udviklingen, er der en svag positiv udvikling i tværkommunale samarbejder om konkrete genoptræningstilbud.

**Tabel 7: Andelen af kommuner, som har tværkommunale samarbejder om konkrete genoptræningstilbud\*, pct.**

	Okt. 2012	Mar. 2014	Nov. 2015
Tværkommunale samarbejder er etableret	39	-	-
Fælles drift med andre kommuner, hvor der sker udveksling af borgere er etableret	-	46	55
Terapeuter indgår i tværkommunale faglige fællesskaber, fx omkring sparring og uddannelse	-	-	86
Andre former for tværkommunale samarbejder er etableret	-	-	52
Tværkommunalt samarbejde er planlagt i 2014/Et samarbejde er påbegyndt pr. nov. 2015	-	7	3
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>29</b>

Kilde: Oktober 2012: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, oktober 2012. Marts 2014: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, marts 2014. November 2015: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

Noter: \*I oktober 2012 og november 2015 er der spurgt specifikt til genoptræning efter sundhedslovens §140. I marts 2014 er dette ikke udspecificeret.

## Vurdering

28 kommuner lever op til indsats 5's ordlyd om kvalitetsudvikling, mens 22 kommuner systematisk arbejder med stratificering af genoptræningsplaner, som det er aftalt i indsats 5. Således er der fortsat et potentiale for kommunernes implementering af indsats 5, om end udviklingen på området overordnet har været positiv.

Ser vi på de konkrete eksempler på muligheder for tilpasning af genoptræningsopgaven viser opfølgningen, at næsten alle kommuner arbejder med tværfaglige teams i forhold til komplekse genoptræningsopgaver og at 16 kommuner har fælles drift med andre kommuner om konkrete genoptræningstilbud, hvor der sker udveksling af borgere. Kun tre kommuner svarer, at de ikke har nogen former for tværkommunale samarbejder om genoptræningsområdet.

## Forebyggelse af indlæggelser

### Indsats 6\*

Kommunerne skal forebygge indlæggelser gennem indsatser i ældreplejen med påvist effekt (fx tidlig opsporing/monitorering af tidlige tegn på faldende funktionsniveau, medicin håndtering, faldforebyggelse, kompetenceløft, mv.).

Dette skal eksempelvis ske via styrkelse af kompetencer og tidlig opsporing i følgende indsatser:

- Uddannelse af specialiser indenfor fx KOL, diabetes mv.
- Etablering/udbredelse af koordinerede indsatser fx indenfor hjerneskade, demens mv.
- KL's kompetenceprofil projekt inddrages i den fremtidige udvikling og rekruttering
- Styrkelse af medarbejdernes kompetencer i forhold til tidlig opsporing af såvel kronisk sygdom som faldende funktionsniveau
- Implementere de screeningsværktøjer, der forventes udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen (fald, urinvejsinfektioner, ernæring, mv.)
- Samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af truende indlæggelser
- Tværsektoriel forebyggelse af indlæggelser (i samarbejde med hospitaler)

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

I november 2015 havde alle kommuner i hovedstadsregionen iværksat mindst én og ofte flere særlige indsatser med henblik på at forebygge indlæggelser. Kommunerne lever således op til indsats 6.

Særlige indsatser rettet mod sårpleje er mest udbredt og finder sted i 25 kommuner, men de resterende områder ligger også på et højt niveau – dog har kun 62 pct. af kommunerne, svarende til 18 kommuner, iværksat særlige indsatser rettet mod faldforebyggelse. Udviklingen fra 2012 til 2014 er klart positiv på alle områder, mens der fra 2014 til 2015 ses et mindre fald. Hvor 14 kommuner i september 2014 havde iværksat samtlige indsatser nævnt i tabel 8, var dette til faldet til 11 kommuner i november 2015.

**Tabel 8: Andelen af kommuner, som med henblik på at forebygge indlæggelser har iværksat særlige indsatser på følgende områder, pct.**

	Okt. 2012	Apr. 2013	Nov. 2013	Sep. 2014	Nov. 2015
Sårpleje	-	71	86	96	86
Opkvalificering af medarbejdere	79	86	76	89	83
Medicin håndtering	71	68	76	89	83
Tidlig opsporing	68	64	79	86	83
Faldforebyggelse	61	61	62	68	62
Antal kommuner, som har svaret	28	29	29	28	29

Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, hhv. oktober 2012, april 2013, november 2013, september 2014 og november 2015.

Indsats 6 er beskrevet med en række eksempler på indsatser. Om disse kan der siges følgende:

- 76 pct. af kommunerne havde i november 2015 etableret **aflastningspladser** for fx færdigbehandlede med et omfattende plejebehov (uden døgndækket sygepleje eller terapeutfaglige kompetencer). 66 pct. af kommunerne havde etableret **akutpladser med**

**døgndækket sygepleje.** 48 pct. af kommunerne havde etableret **midlertidige pladser med terapeutfaglige kompetencer.** Endelig havde 55 pct. af kommunerne etableret **akutteam.** Mens der er sket et fald i midlertidige pladser og aflastningspladser siden 2014 er der sket en stigning i akutpladser og akutteams.

- 76 pct. af kommunerne havde i november 2015 etableret **følge-hjem ordninger/udskrivningskoordinatorer** i samarbejde med sygehuset, og 72 pct. havde indført kommunal **fremskudt visitation** på sygehuset. Der er siden september 2014 sket en stigning fra 59 til 72 pct. på fremskudt visitation.
- 93 pct. af kommunerne havde i november 2015 en **hjerneskadekoordinatorfunktion** mod kun 72 pct. i november 2013 og 21 pct. af kommunerne havde et **formaliseret samarbejde med andre kommuner** om borgere med komplekse hjernesker. Dette er dog langt under niveauet i 2014 på 43 pct., mens det i 2013 var på 28 pct.

### **Vurdering**

Alle kommuner i hovedstadsregionen havde i november 2015 iværksat mindst én og ofte flere særlige indsatser med henblik på at forebygge indlæggelser. 11 kommuner havde iværksat samtlige indsatser nævnt i tabel 8. Kommunerne lever således op til indsats 6. Dog kan det ikke ud fra de foreliggende data vurderes, om det er indsatser med *påvist effekt*, som kommunerne har iværksat. For de enkelte indsatser har der været en klart positiv udvikling i perioden 2012 til 2014, mens der fra 2014 til 2015 ses et mindre fald.

## Fælles medicinkort (FMK)

### Indsats 7\*

Kommunerne skal implementere Fælles Medicinkort (FMK)

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

I november 2015 kunne stort set alle 29 kommuner sige ja til at have implementeret de fire elementer af det Fælles Medicinkort, som fremgår i tabel 9 neden for. Kun én kommune forventede ikke, at alle relevante medicinkort ville være afstemt af en læge pr. 31. december 2015 og denne kommune forventer at være på plads inden udgangen af april 2016. Og én kommuner anvendte medarbejderne endnu ikke oplysninger fra FMK på daglig basis ved dosering og givning af medicin. Kommunerne er således samlet set meget tæt på at have implementeret indsats 7.

**Tabel 9: Andelen af kommuner, som har implementeret følgende elementer af det Fælles Medicinkort (FMK), november 2015, pct.**

Kommunen har undervist relevant personale	100
Ordinationer i FMK overføres til medicinlisten i kommunens omsorgssystem (den tekniske løsning fungerer)	100
Alle relevante medicinkort forventes pr. 31. december 2015 afstemt/ajourført af en læge (jf. Aftale om oprydning i forbindelse med igangsættelse af implementering af FMK i kommunerne)	97
Medarbejdere i kommunen anvender oplysninger fra Fælles Medicinkort ved dosering og givning af medicin på daglig basis	97
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>29</b>

Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

### Vurdering

Kommunerne er samlet set meget tæt på at have implementeret indsats 7. En enkelt kommune forventer først, at alle medicinkort er afstemt ved udgangen af april 2016 og i én kommune anvendte medarbejderne endnu ikke pr. november 2015 oplysninger fra FMK på daglig basis.



**Opfølgning på indsatser**

**Tema: Kronisk sygdom**

## Forløbsprogrammer # 1

### Indsats 8\*

Alle kommuner skal have implementeret forløbsprogrammer for demens og kræft i 2014-2015

\*Skal være implementeret / påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

I november 2015 havde 93 pct. af kommunerne, svarende til 27 kommuner, implementeret **forløbsprogrammet for kræft**, og 7 pct., svarende til 2 kommuner, havde påbegyndt implementering. En af disse kommuner har i april 2016 oplyst, at forløbsprogrammet nu er fuldt implementeret. Fra marts 2014 til november 2015 er der sket en klar positiv udvikling, således at alle kommuner nu er færdige eller i gang med implementeringen, jf. tabel 10. Alle kommuner lever dermed op til ordlyden i indsats 8 vedr. forløbsprogrammet for kræft.

**Forløbsprogrammet for demens** var fuldt implementeret i 86 pct. af kommunerne, svarende til 25 kommuner. 10 pct., svarende til 3 kommuner, havde påbegyndt implementering. En af disse kommuner har i april 2016 oplyst, at forløbsprogrammet nu er fuldt implementeret. Fra marts 2014 til november 2015 er der sket en klar positiv udvikling, således at flere kommuner nu har færdiggjort implementering. Dog er der én kommune, som i november 2015 ikke har begyndt implementering af forløbsprogrammet, jf. tabel 10. Kommunen oplyser dog, at den er i planlægningsfasen i samarbejde med en demenskoordinator. Alle kommuner, på nær én, lever dermed op til ordlyden i indsats 8 vedr. forløbsprogrammet for demens.

**Tabel 10: Andelen af kommuner, som har implementeret forløbsprogrammer for hhv. kræft og demens, november 2015, pct.**

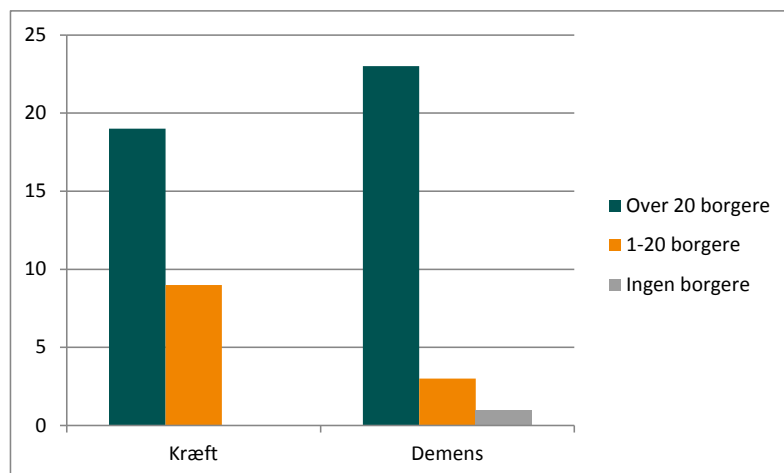
	Kræft		Demens	
	Mar. 2014	Nov. 2015	Mar. 2014	Nov. 2015
Forløbsprogrammet er fuldt implementeret	52	93	76	86
Implementering er påbegyndt	34	7	24	10
Implementering er ikke påbegyndt	14	0	0	3
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, hhv. marts 2014 og november 2015.

For at få et billede af, i hvilket omfang forløbsprogrammerne er i drift, er kommunerne i november 2015 blevet spurgt til, hvor mange af kommunens egne borgere, der i 2015 har påbegyndt et af de to forløbsforløbsprogrammer.

Opgørelsen, som kan ses i figur 3, viser, at der i samtlige kommuner, som har kunnet besvare spørgsmålet, har været borgere i kræftforløbsprogrammet og at der i alle kommuner med undtagelse af én har været borgere i demensforløbsprogrammet. Den ene kommune er den, som ikke har påbegyndt implementering af forløbsprogrammet. Dette understøtter således, at forløbsprogrammerne er i drift eller under implementering i kommunerne.

**Figur 3: Fordeling af antallet af egne borgere, som har påbegyndt forløbsprogram for hhv. kræft og demens i 2015, november 2015, antal kommuner.**



Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

N: Antallet af kommuner som har besvaret spørgsmålet er 28 for kræft og 27 for demens.

### Vurdering

Alle kommuner har implementeret eller er i gang med at implementere forløbsprogrammet for kræft. Det samme gælder for forløbsprogrammet for demens med undtagelse af én kommune.

Denne kommune oplyser dog at være i planlægningsfasen i samarbejde med en demenskoordinator. Kommunerne oplyser generelt, at der er borgere, som har påbegyndt forløbsprogrammerne, hvilket understøtter, at kommunerne reelt har implementeret indsats 8.

## Forløbsprogrammer # 2

### Indsats 9\*

Der udvikles modeller for tværdiagnostiske forløbsprogrammer, der kan rumme flere diagnoser for kronisk sygdom. Udviklingen kan ske tværkommunalt.

\*Skal være implementeret / påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

28 pct. af kommunerne, svarende til 8 kommuner, har i november 2015 udviklet modeller for tværdiagnostiske indsatser, som en del af forløbsprogrammerne. Hertil kommer, at 41 pct., svarende til 12 kommuner, i praksis har fælles træning og/eller undervisning målrettet flere kroniske sygdomme. 2 kommuner indgår dog i begge grupper i denne opgørelse. 38 pct. af kommunerne, svarende til 11 kommuner, havde ikke tværdiagnostiske indsatser, som en del af forløbsprogrammerne, jf. tabel 11. Tre af disse kommuner har dog angivet, at de planlægger tværdiagnostiske indsatser i 2016 eller allerede har indført dem.

Det er typisk borgere fra forløbsprogrammer for type-2-diabetes, hjerte-kar og KOL som er målgruppe for de tværdiagnostiske indsatser. Fælles træning synes at være mest udbredt, men enkelte kommuner har anført, at de har elementer af fælles undervisning på tværs af diagnoser. Der er også kommuner, hvor kræftpatienter indgår i tværdiagnostiske indsatser. 14 kommuner har svaret, at de har haft borgere i de tværdiagnostiske tilbud, mens 2 kommuner har svaret, at der endnu ikke er borgere, som har modtaget tilbuddet.

**Tabel 11: Andelen af kommuner, hvor borgere med forskellige kroniske sygdomme tilbydes træning, undervisning mv. sammen på tværs af diagnoser, som en del af forløbsprogrammerne, november 2015, pct.**

	Nov. 2015
Ja, kommunen har udviklet en eller flere <u>modeller</u> for tværdiagnostiske indsatser, som en del af forløbsprogrammerne (fx med beskrivelse af indsatser, stratificering af målgrupper mv.)	28
Ja, kommunen har i <u>praksis</u> fælles træning og/eller undervisning målrettet flere kroniske sygdomme på én gang, som en del af forløbsprogrammerne	41
Nej, kommunen har ikke tværdiagnostiske indsatser, som en del af forløbsprogrammerne	38
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>29</b>

Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

Note: Procentsatserne summerer ikke til 100, da 2 kommuner har sat kryds i flere af svarmulighederne. Kommunerne er blevet bedt om at sætte kryds i den svarkategori som passer *bedst* på kommunens tværdiagnostiske indsatser.

### Vurdering

Det kan konkluderes, at 8 kommuner lever op til ordlyden i indsats 9, hvis man anlægger en smal fortolkning af indsatsens ordlyd, hvor det tværdiagnostiske tilbud skal være en reel *model*. Hvis man anlægger en lidt bredere fortolkning, hvor det er nok, at man *i praksis* har fælles træning og/eller undervisning lever 18 kommuner lever op til indsatsen. Yderligere har tre kommuner angivet, at de planlægger eller har indført tværdiagnostiske indsatser i 2016. På baggrund af kommunernes svar kan det konstateres, at der fortsat er et udviklingspotentiale i indsatsen.

**Opfølgning på indsatser**

**Tema: Dokumentation**

## Dokumentation og opfølgning #1

### Indsats 10\*

Kommunerne skal aktivt dokumentere og følge op på om indsatserne virker.

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

I opfølgningen på rammepapiret er indsats 12 afgrænset ved, om kommunerne aktivt dokumenterer og følger op på indsatserne i rammepapiret. Kommunerne har kunnet vælge en række svarmuligheder inden for fire områder, som der er særlig fokus på i rammepapiret; akutområdet, ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og andre områder.

De kommunefordelte tal viser, at alle kommuner arbejder med dokumentation og opfølgning på en eller flere af de fire områder. Det samme var gældende ved opfølgningen i marts 2014 og der er ikke sket nogen væsentlig udvikling siden da.

**Tabel 12: Andelen af kommuner, som følger op på om indsatserne i rammepapiret, særligt for områder, pct.**

	Marts 2014	November 2015
Indsatsen for borgere med kroniske sygdomme	97	97
Indsatsen for ældre medicinske patienter	97	93
Akutområdet	72	76
Andre områder	38	48
Antal kommuner, som har svaret	29	29

Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, hhv. marts 2014 og november 2015.

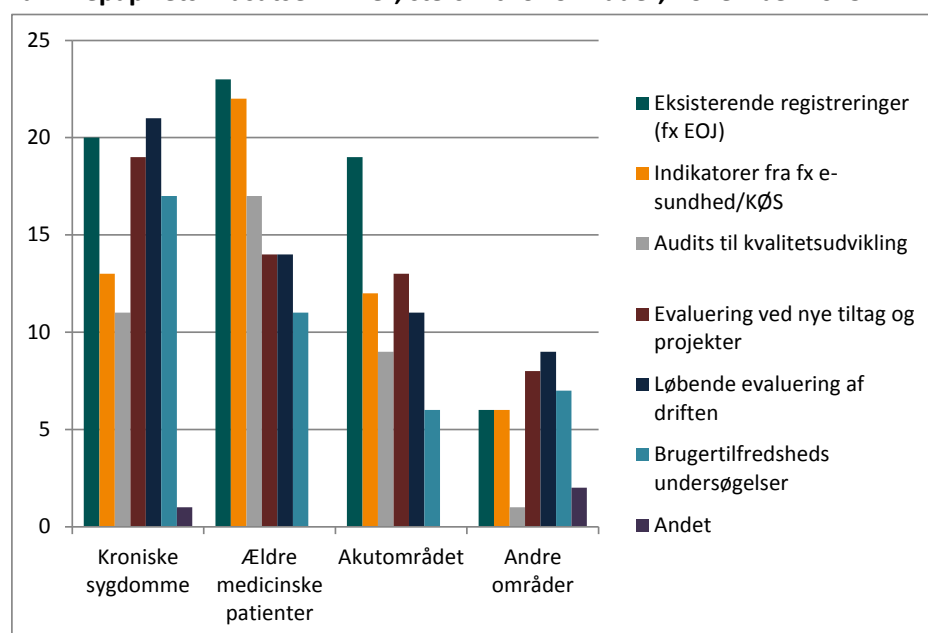
97 pct. af kommunerne, svarende til 28 kommuner, arbejder med dokumentation og opfølgning på indsatserne for **borgere med kroniske sygdomme**, jf. tabel 12 oven for. Heraf arbejder 21 kommuner med løbende evaluering i driften (fx effektmåling, før-efter-måling, anvendelse af spørgeskemaer vedr. selvvurderet helbred, funktionstests mv.), hvilket er den hyppigst forekommende indsats blandt kommunerne. 20 kommuner anvender eksisterende registreringer fx fra Elektronisk Omsorgsjournal (EOJ) til kvalitetsudvikling af driften og 19 kommuner indarbejder evaluering fra starten af nye tiltag og/eller projekter. 17 kommuner gennemfører undersøgelser af brugernes tilfredshed (kvantitativt eller kvalitativt) og 13 kommuner anvender indikatorer fra fx e-sundhed/KØS til at følge udviklingen på området. 11 kommuner anvender audits til kvalitetsudvikling af driften, jf. figur 4 neden for.

93 pct. af kommunerne, svarende til 27 kommuner, arbejder med dokumentation og opfølgning på indsatserne for **ældre medicinske patienter**, jf. tabel 12. Heraf anvender 23 kommuner eksisterende registreringer fx fra Elektronisk Omsorgsjournal (EOJ) til kvalitetsudvikling af driften og 22 kommuner anvender indikatorer fra fx e-Sundhed og KØS. Disse to indsats er de hyppigst forekommende på området for ældre medicinske patienter. 17 kommuner anvender audits og 14 kommuner arbejder med evaluering i hhv. driften og projekter. 11 kommuner gennemfører brugertilfredshedsundersøgelser, jf. figur 4 neden for.

76 pct. af kommunerne, svarede til 22 kommuner, arbejder med dokumentation og opfølgning på **akutområdet**, jf. tabel 12. Heraf anvender 19 kommuner eksisterende registreringer fx fra Elektronisk Omsorgsjournal (EOJ) til kvalitetsudvikling af driften, hvilket er den hyppigst forekommende indsats. 13 kommuner arbejder med evaluering fra starten af nye projekter og 12 kommuner anvender indikatorer fra fx e-Sundhed eller KØS. 11 kommuner arbejder i driften løbende med evaluering og 6 kommuner gennemfører undersøgelser af brugernes tilfredshed, jf. figur 4.

48 pct. af kommunerne, svarende til 14 kommuner, har svaret, at de arbejder med dokumentation og opfølgning på **"andre områder"**, jf. tabel 12. Her nævner kommunerne genoptræningsområdet, hverdagsrehabilitering, forebyggelse, sundhedspleje og sygepleje.

**Figur 4: Antal kommuner, som anvender de specifikke indsatser til at følge op på, om rammepapirets indsatser virker, særskilt for områder, november 2015**



Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen", november 2015.  
N: Antallet af kommuner som har besvaret spørgsmålet er 29.

### Vurdering

Alle kommuner arbejder med dokumentation og opfølgning på et eller flere af de fire områder. Målopfyldelsen er således i udgangspunktet 100 pct. Der er dog stor variation i, hvilke dokumentations- og opfølgningsindsatser der iværksættes og på hvilke områder kommunerne dokumenterer og følger op. Næsten alle kommuner dokumenterer og følger op på rammepapirets indsatser for borgere med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter.

## Ledelsesinformation

### Indsats 11\*

Alle kommuner skal arbejde systematisk med ledelsesinformation på sundhedsområdet og bringe informationen til anvendelse både politisk og administrativt.

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Målopfyldelse

Målopfyldelsen for indsats 13 er opdelt i tre beskrivelser som belyser, hvorvidt kommunerne systematisk udarbejder ledelsesinformation til henholdsvis politikere, direktør- og faglederniveau.

### Ledelsesinformation til politikere

I november 2015 svarede 48 pct. af kommunerne, svarende til 14 kommuner, at de systematisk udarbejder ledelsesinformation til politikerne. Derimod svarede 52 pct. af kommunerne, svarende til 15 kommuner, at de ikke gjorde det. Blandt de kommuner, som udarbejder systematisk ledelsesinformation, har det i 71 pct. af kommunerne givet anledning til justeringer. Det tyder således på, at de fleste af de kommuner, som *udarbejder* ledelsesinformation også bringer det *i anvendelse*, som det er aftalt i indsats 11.

Ser vi på udviklingen over tid, er andelen af kommuner, som svarer ja til, at de udarbejder systematisk ledelsesinformation til politikerne, faldet støt, og vi er nu nede på omkring halvdelen af kommunerne, jf. tabel 13.

Der skal dog tages højde for, at data ikke er fuldt sammenlignelige over tid. I november 2015 havde KL ændret spørgsmålsformuleringen markant i forhold til tidligere år, således at kommunerne kun kan svare "ja" og "nej" til, om de udarbejder ledelsesinformation. Tidligere har kommunerne kunnet svare ja til flere muligheder inden for på hvilke områder man udarbejder ledelsesinformation, ligesom det siden november 2013 har været muligt at svare, at kommunen arbejder på at udforme ledelsesinformation og anvende det til næste år.

Denne ændring kan have påvirket kommunernes svar på den måde, at flere er blevet tilskyndet til at svare "nej". Det er dog ikke muligt at sige noget om, hvor stor en betydning det har, for kommunernes måde at svare på.

**Tabel 13: Andelen af kommuner, som systematisk udarbejder ledelsesinformation til politikerne (fx kvartalsvist, halvårligt), pct.**

	Apr. 2013	Nov. 2013	Sep. 2014	Nov. 2015
Ja, vi udarbejder systematisk ledelsesinformation <sup>1</sup>	76	55	57	48
Vi arbejder på at udforme ledelsesinformation og anvende dette næste år	-	24	29	-
Nej, vi udarbejder ikke systematisk ledelsesinformation	28	21	14	52
Antal kommuner, som har svaret	29	29	28 <sup>2</sup>	29

Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, hhv. april 2013, november 2013, september 2014 og november 2015.

Noter: 1. I april 2013, november 2013 og september 2014 er denne kategori regnet sammen af fire underkategorier, som redegør for, på hvilke områder der udarbejdes ledelsesinformation på. Dette kan svække sammenligneligheden over tid. 2. Intet svar fra Herlev i september 2014.



### Ledelsesinformation til direktørniveau

I november 2015 svarede 55 pct. af kommunerne, svarende til 16 kommuner, at de systematisk udarbejder ledelsesinformation til direktørniveauet. Derimod svarede 45 pct. af kommunerne, svarende til 13 kommuner, at de ikke gjorde det. Blandt de kommuner, som udarbejder systematisk ledelsesinformation, har det i 69 pct. af kommunerne givet anledning til justeringer. Det tyder således på, at de fleste af de kommuner, som *udarbejder* ledelsesinformation også bringer det *i anvendelse*, som det er aftalt i indsats 11.

Ser vi på udviklingen over tid, er andelen af kommuner, som svarer ja til, at de udarbejder systematisk ledelsesinformation til direktørniveauet, faldet støt, og vi er nu nede på lidt over halvdelen af kommunerne, jf. tabel 14.

Der gælder dog de samme forbehold, som er nævnt ovenfor vedr. ændringer i spørgsmålsformuleringen fra 2014 til 2015. På direktørniveauet er det dog ikke her, at den væsentligste udvikling er sket.

**Tabel 14: Andelen af kommuner, som systematisk udarbejder ledelsesinformation til direktørniveauet, pct.**

	Apr. 2013	Nov. 2013	Sep. 2014	Nov. 2015
Ja, vi udarbejder systematisk ledelsesinformation <sup>1</sup>	76	76	59	55
Vi arbejder på at udforme ledelsesinformation og anvende dette næste år	-	14	21	-
Nej, vi udarbejder ikke systematisk ledelsesinformation	24	10	21	45
Antal kommuner, som har svaret	29	29	29	29

Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, hhv. april 2013, november 2013, september 2014 og november 2015.

Noter: 1. I april 2013, november 2013 og september 2014 er denne kategori regnet sammen af fire underkategorier, som redegør for, på hvilke områder der udarbejdes ledelsesinformation på. Dette kan svække sammenligneligheden over tid.

### Ledelsesinformation til fagledere

I november 2015 svarede 66 pct. af kommunerne, svarende til 19 kommuner, at de systematisk udarbejder ledelsesinformation til fagledere i hjemmeplejen, sygeplejen, plejehjem/plejeboliger. Derimod svarede 34 pct. af kommunerne, svarende til 10 kommuner, at de ikke gjorde det. Blandt de kommuner, som udarbejder systematisk ledelsesinformation, har det i 79 pct. af kommunerne givet anledning til justeringer. Det tyder således på, at de fleste af de kommuner, som *udarbejder* ledelsesinformation også bringer det *i anvendelse*, som det er aftalt i indsats 11.

Ser vi på udviklingen over tid, er andelen af kommuner, som svarer ja til, at de udarbejder systematisk ledelsesinformation til fagledere, faldet støt, og vi er nu nede på to tredjedele, jf. tabel 15.

Der gælder dog de samme forbehold, som er nævnt ovenfor vedr. ændringer i spørgsmålsformuleringen fra 2014 til 2015. Udviklingen på faglederniveauet har dog været jævn gennem hele perioden.

**Tabel 15: Andelen af kommuner, som systematisk udarbejder ledelsesinformation til fagledere i hjemmeplejen, sygeplejen, plejehjem/plejeboliger, pct.**

	Apr. 2013	Nov. 2013	Sep. 2014	Nov. 2015
Ja, vi udarbejder systematisk ledelsesinformation <sup>1</sup>	83	79	69	66
Vi arbejder på at udforme ledelsesinformation og anvende dette i næste år	-	14	21	-
Nej, vi udarbejder ikke systematisk ledelsesinformation	17	7	10	34
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, hhv. april 2013, november 2013, september 2014 og november 2015.

Noter: 1. I april 2013, november 2013 og september 2014 er denne kategori regnet sammen af fire underkategorier, som redegør for, på hvilke områder der udarbejdes ledelsesinformation på. Dette kan svække sammenligneligheden over tid.

### Vurdering

Opsummerende kan det siges, at i november 2015 udarbejdede 48 pct. af kommunerne systematisk ledelsesinformation til politisk niveau, 55 pct. udarbejdede systematisk ledelsesinformation til direktørniveau og 66 pct. gjorde det til faglederniveauet. I de fleste kommuner, som udarbejdede ledelsesinformation, har det givet anledning til justeringer i kommunens indsatser. Således tyder det på, at de fleste af de kommuner, som *udarbejder* ledelsesinformation også bringer det *i anvendelse*, som det er aftalt i indsats 11.

Udviklingen over tid har på alle tre niveauer overordnet vist et fald i antallet af kommuner, som arbejder med ledelsesinformation. Der er således et betydeligt potentiale for at kommunerne arbejder mere systematisk med ledelsesinformation til politisk niveau samt direktør- og faglederniveau.

## Dokumentation og opfølgning # 2

### Indsats 12\*

Der udvælges 3-6 centrale indikatorer til opfølgning, som kommunerne forpligter sig til at benytte fremover med henblik på opfølgning i egen kommune og sammenligning af indsatser på tværs af kommuner.

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Indsats 13\*

Udviklingen af ledelsesinformationsgrundlaget skal ske i samarbejde med KL.

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

### Indsats 14\*

Kommunerne i Region Hovedstaden forudsætter at der på længere sigt nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning

\*Skal være påbegyndt implementeret i løbet af 2014-2015

## Målopfyldelse

Indsats 12, 13 og 14 er indsatser, som skal løftes i fællesskab mellem kommunerne og/eller i samarbejde med eksterne parter, herunder KL. Indsatserne vedrører ikke de enkelte kommuners indsatser og kan ikke løftes af enkeltkommuner alene.

Indsats 12 og 13 omhandler udvælgelse af **centrale indikatorer** til opfølgning i både egen kommune og på tværs af kommuner samt udvikling af **ledelsesinformationsgrundlag**. De to indsatser skal i høj grad ses i sammenhæng med sundhedsaftalen for 2015-2018, hvor der til Sundhedskoordinationsudvalget skal rapporteres på udvalgte indikatorer årligt. Regionen udsender fortsat LIS-data på regelmæssig basis og der er under sundhedsaftalen desuden nedsat en permanent arbejdsgruppe for Data om økonomi og aktivitet. Arbejdsgruppen har i 2015 udarbejdet en rapport om gennemsigtighed i den kommunale medfinansiering. En anbefaling i rapporten er at der i fællesskab mellem kommuner og region udvikles en egentlig screeningsmodel, der kan bidrage til at identificere områder, hvor der fra det ene år til det andet sker en stor stigning i den enkelte kommunes medfinansiering. Det forventes, at modellen udvikles i 2016.

Endvidere kan det nævnes, at arbejdet med Fælles Sprog III i regi af KL nærmer sig et stadie, hvor kommunerne skal til at forberede implementeringen. I 2016 forventes Fælles Sprog III at skulle pilottestes i et antal kommuner og det er aftalt i økonomiaftalen for 2014, at kommunerne skal implementere Fælles Sprog III inden udgangen af 2017. Den første version af FSIII vil dække dokumentation af borgeren ved udredning og levering af ydelser i forbindelse med hjemmepleje, træning og rehabilitering under serviceloven samt hjemmesygepleje under sundhedsloven. På længere sigt baner FSIII vejen for, at der kan ske udveksling af data, ikke kun mellem kommunerne, men også mellem andre aktører på socialområdet og sundhedsområdet.

Indsats 14 omhandler **fælles nationale værktøjer** til dokumentation og effektmåling. På dette område er der ligeledes sket en klar udvikling i rammepapirets tid, hvor kommunerne har fået bedre muligheder for selv at få adgang til data. Statens Seruminstitut har i 2015 lanceret en ny brugergrænseflade til kommunaløkonomisk sundhedsinformationsgrundlag (KØS), som gør værktøjet lettere og mere fleksibelt at arbejde med. Den nye brugergrænseflade til KØS gør det let at trække data om kommunens borgeres forbrug af sygehusydelse (både somatik og psykiatri) og kontakter i almen praksis – også på mindre geografiske områder og særskilt for kommunens modtagere af personlig eller praktisk hjælp. Endvidere er det nu muligt at kommunen kan følge udvalgte borgeres sygehusforbrug fx borgere bosat på kommunens plejecentre eller borgere, som er med i et bestemt projekt. Dette kræver, at kommunen indlæser det relevante sæt af cpr-numre i KØS.

### **Vurdering**

For både indsats 12, 13 og 14 er der sket en klar positiv udvikling, hvor kommunernes ledelsesinformationsgrundlag og mulighederne for dokumentation og effektmåling er blevet styrket. Desuden er der et arbejde i gang som forventes at styrke gennemsigtigheden i den kommunale medfinansiering.