



RESULTATKONTRAKT 2009
mellem Ministeriet for Sundhed og
Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen

Resultatkontrakt 2009, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Copyright: Sundhedsstyrelsen

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-917-8

Format: pdf

Redaktion:
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen

Indhold

1	Indledning	3
1.1	Sundhedsstyrelsens formål, mission, vision, værdier og strategi	3
1.2	De faglige hovedområder, hvor resultaterne skal skabes	4
1.3	Organisation	7
2	Mål og resultatkrav	8
2.1	Resultatkravene i oversigt	8
2.2	Resultatkravene specificeret	10
2.2.1	Hovedområde 1. Folkesundhed	10
2.2.2	Hovedområde 2. Kvalitet, overvågning og tilsyn	11
2.2.3	Hovedområde 3. Sundhedsplanlægning	14
2.2.4	Hovedområde 4. Sundhedsdokumentation	16
2.3	Initiativmål	19
2.4	Klare mål	19
2.5	Målopfyldeelse	21
3	Kontraktperiode, afrapportering og genforhandling	31

1 Indledning

Denne resultatkontrakt er indgået mellem Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Kontrakten er udarbejdet fra november 2008 og frem til april 2009 efter fastlæggelse af styrelsens finansieringsgrundlag med vedtagelsen af finansloven for 2009 i december.

Resultatkontraktens udformning tager udgangspunkt i ministerområdets vejledning i mål- og resultatstyring af 22. september 2008.

Resultatkontrakten er et styringsredskab, der sikrer fælles formulering af mål og prioritering mellem departementet og styrelsen. Resultatkontrakten er samtidig et centralt styringsdokument internt i Sundhedsstyrelsen for ledelsens kommunikation med medarbejderne om mål og prioriteringer, idet dog selvfølgelig også andre opgaver, som følger af lovgivning m.v., skal løses.

1.1 Sundhedsstyrelsens formål, mission, vision, værdier og strategi

Sundhedsstyrelsens opgaver er, jf. Sundhedsloven, navnlig:

- at rådgive ministeren for sundhed og forebyggelse samt andre myndigheder i sundhedsfaglige spørgsmål,
- at vejlede om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver,
- at føre tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet,
- at fastlægge regler for uddannelsen af læger og andet sundhedspersonale,
- at iværksætte evalueringer m.v. med henblik på at fremme kvalitetsudviklingen og en mere effektiv ressourceanvendelse i sundhedssektoren,
- at følge op på registrering af utilsigtede hændelser for derigennem at fremme patientsikkerheden og
- at fastsætte krav til specialfunktioner med henblik på en rationel sundhedsplanlægning.

Endvidere varetager styrelsen administration af en række tilskudskonti, satspuljer og lovbundne puljer.

Sundhedsstyrelsen tæller over 450 medarbejdere, hvoraf omkring 100 er placeret i de fem regionale embedslægeinstitutioner. Bruttodriftsbevillingen i 2009 er på over 400 mio. kr.

Sundhedsstyrelsens **mission** er at fremme sundheden.

Sundhedsstyrelsens **vision** er at skabe kvalitet, effektivitet, sammenhæng, retfærdighed og synergi på sundhedsområdet. Visionen udtrykker den retning, som styrelsen skal udvikle sig i de kommende år, hvilket konkretiseres i bl.a. resultatkontraktens punkter.

Både mission og vision sammenfatter formålsbeskrivelserne i lovgivningen m.v. i sætninger, som lægges til grund for det daglige arbejde med såvel drifts- som udviklingsaktiviteter.

Det daglige arbejde med at fremme sundheden understøttes videre af Sundhedsstyrelsens **værdier**. I en proces i 2006, der omfattede alle medarbejdere, blev det fastlagt forpligtende, at der ved professionalisme i Sundhedsstyrelsen forstås faglighed, ansvarlighed, åbenhed, dynamik og arbejdsglæde. Det forpligtende element ligger i, at hver af disse værdier er konkretiseret ved en række retningsgivende normer (handlinger) for medarbejdere og ledere. Opfølgningen sker bl.a. ved leder-evalueringer og medarbejderudviklingssamtaler. Senest er værdierne bekræftet og aktualiseret på et chefseminar i april 2008.

Selvom det ved indgangen af 2009 er to år siden, at kommunalreformen og Sundhedsloven trådte i kraft, er Sundhedsstyrelsens rolle som national sundhedsfaglig myndighed stadig under udvikling som følge af bl.a. regeringsgrundlag, kvalitetsreform, økonomiaftaler med regioner og kommuner samt udvalgsarbejder om bl.a. almen praksis.

Som national sundhedsfaglig myndighed forventes Sundhedsstyrelsen i stigende omfang at agere som fagligt styrende og normsættende. Samtidig gælder, at styrelsen kun kan fremme sundheden i et samspil med andre aktører: statslige myndigheder, regionerne, kommunerne, videnskabelige selskaber, patientorganisationer osv.

I forlængelse af regeringens afbureaukratiseringsplan skal styrelsen stadig have for øje, at hver gang der af hensyn til forebyggelse, behandlingskvalitet og patientsikkerhed m.v. fastsættes nye normer og stilles krav om indberetninger og anden dokumentation, så skal dette gøres så simpelt og ubureaukratisk som muligt. Medarbejderne i sundhedsvæsenet skal kunne bruge så meget tid som muligt på patienterne i stedet for på systemerne.

Sundhedslovens målsætninger om bl.a. behandling af høj kvalitet, sammenhæng i ydelserne og gennemsigtighed omsættes i bl.a. gennemgang af specialer, udvikling af pakkeforløb på kræft,- hjerte- og kronikerområdet, udvikling af den økonomiske incitamentsstruktur i sundhedsvæsenet og portaler, hvor patienter og pårørende samt andre borgere kan finde oplysninger om behandlingstilbud, ventetider og kvalitet.

Styrelsen har også udviklet samarbejdsrelationerne med Digital Sundhed, der blev oprettet i slutningen af 2006 med henblik på at sikre digitale løsninger på tværs af sundhedsvæsenet i Danmark. Meget af styrelsens arbejde med terminologi, elektroniske patientjournaler og standarder for sundheds-it-løsninger foregår nu i tæt samarbejde med Digital Sundhed

Udfordringerne er store. Men de er også fagligt spændende og afgjort et aktiv for at rekruttere og fastholde de medarbejdere, som skaber resultaterne i styrelsen.

1.2 De faglige hovedområder, hvor resultaterne skal skabes

Sundhedsstyrelsen udmønter sin mission og Sundhedslovens målsætninger om bl.a. kvalitet, sammenhæng og gennemsigtighed inden for følgende fire faglige hoved-

områder: Folkesundhed; Kvalitet, overvågning og tilsyn; Sundhedsplanlægning og Sundhedsdokumentation.

Hovedområde 1. Folkesundhed

Sundhedsstyrelsen skal medvirke til at forbedre den danske befolknings generelle sundhedstilstand, livskvalitet og levekår. Dette sker gennem aktiviteter, der omfatter rådgivning, information, nationale planer for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, røntgen- og radioaktivitetsområdet, nukleare anlæg og radioaktivt affald, standarddosimetri og sundhedsberedskab ifht. større kriser, eksempelvis forårsaget af smitsomme sygdomme.

Det danske sundhedsvæsen har traditionelt haft størst vægt på behandling. Udviklingen i danskernes sundhed og i deres sygdomsmønstre betyder imidlertid, at der må satses mere på forebyggelse og sundhedsfremme. Vores livsstil medfører allerede nu alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser – f.eks. med baggrund i rygning, forkert kost, for lidt motion og for meget alkohol. Disse konsekvenser vil set i et fremtidsperspektiv blive endnu mere alvorlige. Allerede i dag lever fx 1½ mio. danskere med en eller flere kroniske sygdomme, og dette tal kan meget vel forøges dramatisk i fremtiden. Sundhedsloven gav, som en del af kommunalreformen, plads til nye aktører på sundhedsområdet. Kommunerne har altid spillet en rolle, men med den nye lov bliver kommunerne ansvarlige for bl.a. den borgerrettede forebyggelse. Et sundhedsvæsen med mere vægt på forebyggelse vil derfor skulle manøvrere i et nyt farvand med nye aktører.

Sundhedsstyrelsens leverancer vedr. forebyggelse inden for folkesundhed tager form i resultatkrav, der bl.a. vedrører opkvalificering af sundhedspersonalet i almen praksis i forhold til opsporing og behandling af overvægt hos voksne patienter, og et resultatkrav vedrørende rådgivning af kommuner i forbindelse med forebyggelse af de sundhedsmæssige konsekvenser på miljøområdet. Der er et udbredt behov i kommunerne for at kunne vurdere lokale miljømedicinske forebyggelsesinitiativer med henblik på at prioritere den lokale kommunale indsats bedst muligt.

På området er der opstillet 5 resultatkrav, jf. oversigtstabel 1 samt gennemgangen i afsnit 2.

Hovedområde 2. Kvalitet, overvågning og tilsyn

Sundhedsstyrelsen skal medvirke til at skabe sikkerhed og høj kvalitet i sundhedsvæsenets virksomhed. Aktiviteterne omfatter autorisation af sundhedspersoner, tilsyn med samt overvågning og evaluering af sundhedsvæsenet. Dertil kommer opstilling af generelle krav til sikkerhed og kvalitet samt grundlag for frit valg.

Historisk set har det ofte taget lang tid at sprede viden om de bedste metoder inden for sundhedsvæsenet. I mellemtiden har patienter levet med forringet livskvalitet, er blevet genindlagt eller er døde. Kommunalreformen og Sundhedsloven har styrket fundamentet for at udbrede de bedste metoder, fordi der nu er færre sektorbarrierer, og fordi beføjelserne til at sætte nationale normer er forbedret. Endvidere kan den fremadrettede indsats baseres på det omfattende arbejde, der er gjort de sidste år med bl.a. etableringen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase og Den Danske Kvalitetsmodel.

Sundhedsstyrelsens leverancer inden for kvalitet, overvågning og tilsyn vil bl.a. udmønte sig i form af resultatkrav vedrørende udbygning af Dansk Patientsikker-

hedsdatabase (DPSD II), så den udover sygehusvæsenet også omfatter bl.a. praksissektoren og kommunerne. Hertil kommer et resultatkrav vedrørende undersøgelse og faglig vurdering af anvendelsen af tvang i psykiatrien, udbygning af sundhedskvalitet.dk, som formidler oplysninger til borgerne om kvalitet og service i sygehusvæsenet, samt monitorering af det private sygehusvæsen med henblik på at vurdere aktivitet og kvalitet og en løbende monitorering af pakkeforløb på både kræft- og hjerteområdet.

På området er der opstillet 10 resultatkrav, jf. oversigtstabel 1 samt gennemgangen i afsnit 2.

Hovedområde 3. Sundhedsplanlægning

Sundhedsstyrelsen skal medvirke til at sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af det samlede sundhedsvæsen med henblik på at sikre en høj faglig kvalitet og effektivitet. Aktiviteterne omfatter nationale planer for det behandlende sundhedsvæsen, faglig rådgivning og visitation af enkeltsager samt sundhedsberedskab m.v.

En patients vej igennem sundhedsvæsenet går ofte gennem flere forskellige sektorer: fra egen praktiserende læge til et hospital og derefter til genoptræning i kommunalt regi. Dertil kommer, at patienten under hospitalsindlæggelse bevæger sig på tværs af forskellige afdelinger. Arbejdsdelingen afspejler en kompetencemæssig specialisering, som er nødvendig for behandlingskvalitet, men udgør også en risiko for manglende sammenhæng.

Sundhedsplanlægningen sigter i høj grad på at styrke sammenhængen. Sundhedsstyrelsens leverancer udmøntes bl.a. i form af et resultatkrav vedrørende revision af vejledning om sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg, som har til formål at sikre sammenhæng for patientforløb på tværs af region og kommune. Et andet resultatkrav omhandler udarbejdelse af specialevejledninger, hvorigennem placering af specialfunktionerne på sygehuse udmeldes. Hensigten hermed er at medvirke til at forebyggelse, behandling og rehabilitering sker med høj faglig kvalitet og under hensyn til helhed i patientforløb og effektiv ressourceudnyttelse.

Leverancerne inden for sundhedsplanlægning udmøntes endvidere i resultatkrav vedrørende en revision af pakkeforløbene for de tolv kræftsygdomsområder, der blev udarbejdet i 2008, med henblik på at standardisere disse, og et krav om udarbejdelse af nationale anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft.

På området er der opstillet 7 resultatkrav, jf. oversigtstabel 1 samt gennemgangen i afsnit 2.

Hovedområde 4. Sundhedsdokumentation

Sundhedsstyrelsen skal skabe grundlag for sundhedsfaglige og administrative beslutninger i sundhedsvæsenet. Aktiviteterne omfatter strukturering og indsamling af sundhedsdata, fortolkning og lagring af data, analyse af data og formidling af data. Produkterne er i hovedsagen sundhedsinformatik, herunder fastlæggelse af termer og begreber for sundhedsvæsenet, sundhedsstatistik, som besvarer spørgsmål om aktiviteter og trends i sundhedsvæsenet, og sundhedsøkonomi, herunder tilvejebringelse af grundlaget for afregning mellem stat, regioner, sygehuse og kommuner samt private, herunder også gennemgående incitamenter for effektiv opgavevaretagelse.

Udbyttet af de store investeringer i det danske sundhedsvæsen afhænger af mange forskellige faktorer og aktører. Effektiviteten i form af bedst mulig kvalitet for pengene skal ikke kun fremmes i de forskellige sektorer, men også på tværs af sektorer. Prioritering skal ledsages af bl.a. økonomiske incitamentstrukturer og gennemsigtighed i ressourceforbruget, hensigtsmæssige opgaveglidninger og effektivt offentligt-privat samspil. Også afbureaukratisering er afgørende for effektiv ressourceanvendelse i Sundhedsvæsenet. Danmark har opbygget et datagrundlag på sundhedsområdet, som internationalt set er af unik kvalitet i flere henseender, ikke mindst takket være CPR. Men der skal stadig gøres en indsats. Ikke mindst for også datamæssigt at binde sundhedsvæsenet bedre sammen på tværs af sektorer. Samtidig ligger der en forenklingsopgave i at gøre indberetning af data så simpelt som muligt. Endelig forpligter det at sidde inde med en masse data. Data skal bruges aktivt til at identificere de bedste behandlingsmetoder, undgå fejludviklinger og forudse kapacitetspres pga. ændrede sygdomsmønstre m.v.

Sundhedsstyrelsens leverancer inden for sundhedsdokumentation indbefatter bl.a. resultatkrav vedrørende regioners adgang til data fra Landspatientregisteret (LPR) med henblik på at sikre en bedre validering af data samt en bredere anvendelse heraf. En anden leverance omhandler udarbejdelse samt iværksættelse af en plan for offentliggørelse af centrale nøgletal på sundhedsområdet, som har særlig relevans for borgere, sundhedsfagligt og administrativt personale og beslutningstagere. Leverancerne vil endvidere bestå i udarbejdelse af referencetakster til brug for opbygning af afregningssystem for den private sygehussektor, som regionerne kan bruge i forhandlinger med de private sygehusudbydere.

På området er der opstillet 10 resultatkrav, jf. oversigtstabel 1 samt gennemgangen i afsnit 2.

Udover de fire faglige hovedområder kommer fællesområdet med økonomi og regnskab, HR, kommunikation og IT. En tredjedel af IT-ressourcerne anvendes på kontoradministrative systemer, mens to tredjedele anvendes på sundhedsfaglige IT-systemer med dertilhørende infrastruktur. Styrelsen har i foråret 2008 overtaget driften af departementets IT. Karakteren af den eventuelt forestående omstilling til Statens It kan få stor betydning for Sundhedsstyrelsens it-understøttelse af registre, DRG-afregning m.v.

For fællesområdet er der ikke opstillet resultatkrav, da resultatkontraktens fokus er rettet mod den effekt, der skabes udadtil. Men på korteste formål er målene, at Sundhedsstyrelsen skal være en attraktiv arbejdsplads med orden i økonomien og effektiv anvendelse af informationsteknologien.

I tillæg til de oplistede hovedområder og aktivitetsområder er det en central forventning til Sundhedsstyrelsen, at den er i stand til at løse uforudsete, akut opståede opgaver inden for styrelsens virkefelt. Omstillingsevnen og beredskabet skal derfor være højt.

1.3 Organisation

Styrelsens organisation består centralt af 20 enheder inden for de fire faglige hovedområder samt fællesområdet. Dertil kommer Statens Institut for Strålebeskyttelse og de fem embedslægeinstitutioner. I flere enheder med mange medarbejdere og / eller kompleks opgaveportefølje er hhv. vil der blive introduceret souschefer.

Styrelsens centrale enheder er lokaliseret i København, mens styrelsens embedslægeinstitutioner er lokaliseret i Ålborg, Århus, Ribe, Sorø og København. Dertil kommer Statens Institut for Strålebeskyttelse i Herlev.

2 Mål og resultatkrav

I kontrakten indgår **32 resultatkrav**. Resultatkravene repræsenterer alle Sundhedsstyrelsens faglige hovedområder. Herudover er der **to ”initiativmål”**, som gælder på tværs af ministerområdet, såsom udarbejdelse af en sygefraværspolitik. Endelig er der **fem ”klare mål”**, som retter sig mod borgere og virksomheder, der har berøringsflade med Sundhedsstyrelsen.

I det følgende præsenteres resultatkravene indledningsvist i oversigtsform i afsnit 2.1. Herefter følger i afsnit 2.2 gennemgang af de enkelte resultatkrav efterfulgt af afsnit 2.3. Initiativmål, afsnit 2.4 Klare mål og endelig afsnit 2.5 målopfyldelse, hvor det specificeres, hvad der skal til for, at resultatkravene kan anses for opfyldte.

2.1 Resultatkravene i oversigt

Styrelsens resultatkrav for 2009, som knytter sig til fire faglige hovedområder: Folkesundhed; Kvalitet, overvågning og tilsyn; Sundhedsplanlægning og Sundhedsdokumentation oplistes i oversigtsform i tabel 1 på næste side.

Resultatkravene er udvalgt ud fra følgende kriterier:

- at de afspejler styrelsens *kerneopgaver*, jf. også Sundhedsloven
- at de afspejler styrelsens *mission, vision og strategier*, samt
- at de afspejler en *væsentligheds- og risikobetragtning*

I oversigten indgår også de budgetterede omkostninger forbundet med de forskellige faglige hovedområder. Omkostningerne gælder ikke kun selve resultatkravene, men også de øvrige faglige aktiviteter på hovedområderne. Internt i styrelsen er bevillingen på over 400 mio. kr. specificeret budgetmæssigt på 500 aktiviteter, hvilket skaber et mere gennemslagskraftigt grundlag for prioritering.

Som det fremgår af oversigten på næste side, er resultatkravene primært defineret ud fra en række produkter, herunder eksempelvis et behandlingsforløb, en ny funktionalitet inden for takstafregningen eller en publikation. Alle produkter sigter dog på at styrke grundlaget for handling og for ændret adfærd blandt sundhedsprofessionelle, sundhedsadministratorer og borgere for derigennem at fremme sundheden.

Tabel 1. Oversigt over resultatkrav 2009 fordelt på hovedområder

Hovedområde 1. Folkesundhed i alt 83,4 mio. kr., heraf 54,2 mio. kr. løn til ca. 96 årsværk	
1.1	Publikation om miljømedicinsk forebyggelse i kommunerne udarbejdes
1.2	Evaluerings af lov om røgfri miljøer gennemføres

1.3	Klinisk vejledning vedr. voksnes overvægt offentliggøres
1.4	Evaluering af kampagner om narkotikaforebyggelse på musikfestivaler offentliggøres
1.5	Pilotprojekt vedr. interventionsradiologi gennemføres
Hovedområde 2. Kvalitet, overvågning og tilsyn i alt 54,2 mio. kr., heraf 35,3 mio. kr. løn til ca. 95 årsværk	
2.1	Gennemførelse af et uanmeldt tilsynsbesøg på hvert af landets plejehjem inden årets udgang samt offentliggørelse af årsrapport af forrige års plejehjemsbesøg
2.2	Embedslægernes gennemsnitlige sagsbehandlingstid for klagesager fra Patientklagenævnet overstiger ikke 11 uger
2.3	Udbud vedr. Dansk Patientsikkerhedsdatabase version 2 gennemføres, og kontrakt indgås
2.4	Sundhedskvalitet.dk videreudvikles og udvides
2.5	Undersøgelse og vurdering af tvang i psykiatrien foreligger
2.6	Monitorering af aktivitet på private sygehuse udarbejdes
2.7	Køreplan for monitorering af forløbstid for alle patienter, der udredes for kræft, udarbejdes, og monitorering iværksættes
2.8	Monitorering af pakkeforløb på kræftområdet offentliggøres
2.9	Monitorering af pakkeforløb på hjerteområdet udvikles, og opgørelser over forløbstider gøres tilgængelige
2.10	Pilotprojekt om test af Map of Medicine gennemføres
Hovedområde 3. Sundhedsplanlægning i alt 47,9 mio. kr. heraf 31,2 mio. kr. løn til ca. 64 årsværk	
3.1	Indstilling vedr. screening for tyk- og endetarmskræft udarbejdes
3.2	Revideret vejledning om sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg udarbejdes
3.3	Specialevejledninger om placering af specialfunktioner offentliggøres
3.4	Medicinsk teknologivurdering af patientskoler offentliggøres
3.5	Revision af pakkeforløb på kræftområdet gennemføres
3.6	Model for inddragelse af patienters perspektiv udvikles til brug for på kommende opdateringer af pakkeforløb på kræftområdet
3.7	Anbefalinger vedr. rehabilitering af kræftpatienter udarbejdes
Hovedområde 4. Sundhedsdokumentation i alt 90,7 mio. kr., heraf 59 mio. kr. løn til ca. 93 årsværk	
4.1	Cancerregisteret og Dødsårsagsregisteret opdateres med årgang 2007 og 2008, og dødsattester indberettes elektronisk i 90 pct. af tilfældene
4.2	Plan for offentliggørelse af centrale nøgletal på sundhedsområdet udarbejdes, og centrale nøgletal offentliggøres

4.3	Vejledende DRG-takster for 2010 udmeldes
4.4	Ugentlig opdatering af sygehusenes aktivitet leveres i mindst 49 uger, og data afsendes til den mellemregionale afregning
4.5	Individsspecifikke data formidles til kommunerne
4.6	Referencetakster for alle DRG-områder til brug for privathospitaler udarbejdes
4.7	Validitet i DRG-omkostningsdatabasen øges
4.8	Drift af Landspatientregisteret fremtidssikres gennem implementering af nyt driftssystem
4.9	Regionerne sikres en ugentlig dataleverance fra Landspatientregisteret
4.10	Indberetning af ventetider fremtidssikres gennem udvikling af nyt indberetningssystem

I tillæg til de fire faglige hovedområder er fællesområdet budgetteret til 93 mio. kr., heraf 60 mio. kr. løn til ca. 91 årsværk. Sundhedsfaglige it-årsværk er henregnet til de faglige hovedområder.

2.2 Resultatkravene specificeret

Efter præsentationen i oversigtsform ovenfor gennemgås resultatkravene i det følgende nærmere. Hvor intet andet er anført, er tidsfristen for opfyldelsen af resultatkravene inden udgangen af 2009. Kravene til målopfyldelsen af de enkelte resultatkrav fremgår af afsnit 2.5.

2.2.1 Hovedområde 1. Folkesundhed

Resultatkrav 1.1 Publikation om miljømedicinsk forebyggelse i kommunerne udarbejdes

Kommunerne har et stort ansvar inden for sundhed og miljø samt snitfladen mellem disse to områder. Kommunerne har brug for at kunne vurdere og begrænse lokale bidrag til klimaforandringer samt opgaver med tilpasning til klimaændringerne. Kommunerne har i forskellige sammenhænge efterspurgt viden om miljømedicin og klima ift. sundhed. Der savnes overblik og sundhedskonsekvensberegninger og andre incitamenter til at handle således, at kommunerne kan handle efter lokale behov, lovgrundlag og ud fra velunderbyggede faglige betragtninger/beregninger.

Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med bl.a. KL en publikation, som skal give overblik samt en model til at prioritere forebyggende og behandlingsmæssige tiltag i relation til forskellige lokale miljøfaktorer – f.eks. vandmiljø, klimaforandringer/ekstremt vejr og luftforurening. Publikationen vil videre indeholde baggrundskapitler om udfordringerne på de forskellige miljøområder, lovgrundlag, forpligtelser, anbefalinger og indsatser, samarbejdspartnere samt eventuelle omkostninger ift. effektivitet.

Resultatkrav 1.2 Evaluering af lov om røgfri miljøer gennemføres

Loven om røgfri miljøer trådte i kraft den 15. august 2007. Af lovens § 33 fremgår, at Indenrigs- og sundhedsministeren fremsætter forslag om revision af loven i folketingsåret 2009-10. Revisionen af loven skal baseres på en evaluering af de hidtidige erfaringer. Evalueringen leveres af Sundhedsstyrelsen som sundhedsfaglig projektleder af en gruppe bestående af Sundhedsstyrelsen selv, Arbejdstilsynet og departementet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Resultatkrav 1.3 Klinisk vejledning vedr. voksnes overvægt offentliggøres

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne beskrives i en klinisk vejledning målrettet sundhedspersonalet i almen praksis. Formålet er at opkvalificere praksispersonalet til at håndtere overvægt hos voksne. Publikationen vil omfatte en beskrivelse af diagnostik og give trinvis forslag til vurdering af vægtudvikling, årsag og motivation, interventionsbehov og -form samt behandlingsstrategi. Desuden beskrives arbejdet omkring patienter med anden etnisk herkomst end dansk samt betydningen af tværfagligt samarbejde i og uden for almen praksis. Vejledningen udarbejdes i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin.

Resultatkrav 1.4 Evaluering af kampagner om narkotikaforebyggelse på musikfestivaler offentliggøres

I samarbejde med Roskilde Festival og brancheorganisationen Festival Danmark gennemføres narkotikaforebyggende holdningskampagner på flerdages musikfestivaler landet over i perioden maj-august 2009.

Kampagnerne retter sig især mod unge festivalgæster (18-25 år), som der er mange af på musikfestivalerne. Festivalerne opleves af de unge som et socialt frirum, og dermed øges risikoen for, at unge prøver narkotika første gang, når de er på festival. Festivalarrangørerne og Sundhedsstyrelsen vil med kampagnen imødegå denne risiko. Kampagnen retter sig ikke mod ét enkelt stof, men er især relevant i relation til brugen af stimulerende stoffer, herunder kokain, der aktuelt har en betænkelig stor udbredelse i festmiljøer.

Resultatkrav 1.5 Pilotprojekt vedr. interventionsradiologi gennemføres

Interventionsradiologi er et område i kraftig vækst, og det er samtidig et af de områder inden for medicinsk anvendelse af ioniserende stråling, hvor der er størst risiko for store doser til patienter og personale. Der etableres et pilotprojekt i samarbejde med mindst et sygehus med henblik på vurdering af kravene til en fremtidig mere målrettet supplerende overvågning af doser til patienter og personale inden for interventionsradiologi.

2.2.2 Hovedområde 2. Kvalitet, overvågning og tilsyn

Resultatkrav 2.1 Gennemførelse af et uanmeldt tilsynsbesøg på hvert af landets plejehjem inden årets udgang samt offentliggørelse af årsrapport af forrige års plejehjemsbesøg

Sundhedsstyrelsen gennemfører én gang årligt et uanmeldt tilsynsbesøg vedrørende de sundhedsmæssige forhold m.v. på hvert af landets plejehjem omfattet af lov om social service, i plejeboligbebyggelser omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap og andre tilsvarende boligheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der

modtager kommunale serviceydelser. På baggrund af disse tilsyn udarbejdes en årsrapport for forrige års tilsyn. Rapporten sendes i udkast til Ministeriet for Sundhed- og Forebyggelse senest 1. april og offentliggøres senest 1. maj.

Resultatkrav 2.2 Embedslægernes gennemsnitlige sagsbehandlingstid for klagesager fra Patientklagenævnet overstiger ikke 11 uger

Embedslægerne har bl.a. til opgave at bistå Sundhedsvæsenets Patientklagenævn med at få oplyst sager, der indklages for nævnet. Oplysningen af sagen omfatter bl.a. indhentelse af oplysninger hos de personer, der er omfattet af klagen i form af en udtalelse om det, der er klaget over, journalmateriale, røntgenbeskrivelser o.lign. Når embedslægen vurderer, at klagen er tilstrækkeligt oplyst, udarbejdes en sammenfatning af sagen, som sendes til Patientklagenævnet med henblik på, at den kan indgå i Patientklagenævnets grundlag for at træffe afgørelse i sagen. Embedslægernes sagsbehandling, og herunder sagsbehandlingstiden, er således af væsentlig betydning for det samlede forløb af en klagesag.

Med henblik på at tilstræbe en samlet set tilfredsstillende sagsbehandlingstid skal embedslægernes forundersøgelser i gennemsnit behandles inden for 11 uger i 2009. Sagsbehandlingstiden regnes fra tidspunktet for embedslægernes modtagelse af en klagesag til afsendelse af forundersøgelsen til Patientklagenævnet.

Fra 2009 iværksættes en række tiltag, aftalt med Patientklagenævnet, som samlet skal øge kvaliteten og bidrage til at nå de fastsatte målsætninger for sagsbehandlingstiden af klagesager. Disse indbefatter bl.a. kursusafholdelse, erfaringsudveksling af lean-projekt samt en ændret og mere aktiv rykkerprocedure.

Resultatkrav 2.3 Udbud vedr. Dansk Patientsikkerhedsdatabase version 2 gennemføres, og kontrakt indgås

Dansk Patientsikkerhedsdatabase blev etableret den 1. januar 2005 i en første version. Formålet med databasen er at fremme patientsikkerhed. Databasen rummer rapportering af utilsigtede hændelser fra sygehusvæsenet. Indberetningerne analyseres både lokalt og centralt og anvendes til at forbedre patientsikkerheden både lokalt og centralt. Sundhedsstyrelsens opgave er at vejlede sundhedsvæsenet på baggrund af den viden, der samles centralt i databasen og eksempelvis udgive vejledninger med konkrete tiltag til fremme af patientsikkerheden.

Databasen skal nu udvides, så den udover sygehusvæsenet skal omfatte hele primærsektoren, apotekervæsenet samt patienter og pårørende. Teknologisk skal databasen baseres på relevante anerkendte standarder og systemkrav for arkitektur og sikkerhed m.v. Databasen skal bygge på et bæredygtigt klassifikationssystem, der følger WHO's anbefalinger, og den skal opfylde de centrale og lokale/regionale brugeres krav om fleksibilitet og funktionalitet. Systemet skal endelig indeholde faciliteter til servicering af såvel den lokale som den centrale sagsbehandling.

Resultatkrav 2.4 Sundhedskvalitet.dk videreudvikles og udvides

Sundhedskvalitet.dk formidler oplysninger om kvalitet og service i sygehusvæsenet til borgere. Der er fra flere sider fokus på systemet og dets videreudvikling. En ekspertgruppe har i løbet af 2008 udarbejdet en rapport med anbefalinger til videreudvikling af sundhedskvalitet.dk. Rapporten forelå ultimo 2008, og der er afsat midler over Finansloven til videreudviklingen af sundhedskvalitet.dk. Videreudviklingen af sundhedskvalitet.dk starter i 2009 med afslutning i 2010, herunder konso-

lidning af formidling af forventet ventetid. I 2009 indarbejdes dele af ekspertgruppens anbefalinger i den nuværende udgave af sundhedskvalitet.dk, og der sikres i den forbindelse konsistens mellem venteinfo.dk og sundhedskvalitet.dk.

Resultatkrav 2.5 Undersøgelse og vurdering af tvang i psykiatrien foreligger

Sundhedsstyrelsen gennemfører en undersøgelse af de tvangsindgreb, der anvendes i lande, vi normalt sammenligner os med. Samtidig leverer styrelsen en faglig vurdering af tvangsmetoder anvendt i Danmark, herunder tvangsfiksering - dels den tvangsfiksering, der kan anvendes i henhold til psykiatriloven, dels den form for fiksering, der har været anvendt i konkrete tilfælde, hvor ikke sengeliggende patienter har været fikseret med remme.

Resultatkrav 2.6 Monitorering af aktivitet på private sygehuse udarbejdes

Der er igangsat udbygning af monitorering af den private sygehussektor. Hensigten er at udvikle grundlaget for at vurdere aktivitet og kvalitet i det private sygehusvæsen. Det gælder oplysninger, som allerede foreligger for det offentlige sygehusvæsen. I 2009 etableres der rutineopgørelse af statistisk grundlag, der bl.a. kan fungere som basis for orientering af relevante aktører om status for det private sygehusvæsen.

Resultatkrav 2.7 Køreplan for monitorering af forløbstid for alle patienter, der udredes for kræft, udarbejdes, og monitorering iværksættes

Der er i 2008 opbygget monitorering af pakkeforløb for kræftpatienter. Monitoreringen blev fra start afgrænset til at opgøre forløbstider for patienter, som følger et pakkeforløb med opstart hos egen læge. Der udarbejdes en køreplan for monitorering af alle patienter, der udredes for kræft, men ikke indgår i den primære monitoreringsløsning på kræftområdet. Der iværksættes monitorering af forløbstider for alle patienter, der diagnosticeres med kræft, men ikke er henvist fra egen læge. Monitoreringen iværksættes med udgangspunkt i eksisterende registreringer, og vedrører pakkeforløb for bryst-, tarm- og lungekræft.

Resultatkrav 2.8 Monitorering af pakkeforløb på kræftområdet offentliggøres

Der udarbejdes national offentliggørelse af data for pakkeforløb på kræftområdet i overensstemmelse med de vedtagne retningslinjer i Task Force for kræft- og hjertepatienter. Sundhedsstyrelsen skal sikre, at monitoreringen af pakkeforløb gøres bredt tilgængelig på aggregeret niveau, idet den detaljerede formidling til sygehusvæsenet er en regional opgave. Den brede formidling tager udgangspunkt i de foreliggende registreringer samt de indikatorer, som regionerne har implementeret.

Resultatkrav 2.9 Monitorering af pakkeforløb på hjerteområdet udvikles, og opgørelser over forløbstider gøres tilgængelige

Der udarbejdes monitorering af data for pakkeforløb på hjerteområdet i overensstemmelse med de vedtagne retningslinjer i Task Force for kræft- og hjertepatienter. Task Force har truffet beslutning om en monitoreringsmodel med udgangspunkt i de beskrevne pakkeforløb, som lader sig monitorere med udgangspunkt i eksisterende registreringer i Landspatientregisteret. Sundhedsstyrelsen skal sikre, at monitoreringen af pakkeforløb udvikles og gøres tilgængelig. Det vil ske således,

at der dannes et udgangspunkt for at vurdere forløbstider før effekter fra pakkeforløb må forventes at være slået igennem.

Resultatkrav 2.10 Pilotprojekt om test af Map of Medicine gennemføres

Det engelske Map of Medicine (MoM) består af 390 evidensbaserede kliniske retningslinjer/patientforløb formidlet i en webbaseret database, som kan fungere som vidensgrundlag mv. for klinikere. Det forventes, at der inden udgangen af 2009 er foretaget en bred vurdering af Map of Medicine gennem et fælles pilotprojekt (Proof of Concept) mellem Sundhedsstyrelsen og Digital Sundhed. Pilotprojektet skal afdække, om MoM kan danne udgangspunkt for udarbejdelse af danske kliniske retningslinjer samt bidrage til digitaliseringen af det danske sundhedsvæsen. Pilotprojektet består af fem delprojekter inden for følgende områder:

- vurdering af det kliniske indhold,
- oversættelse og lokalisering af tre konkrete forløb i MoM,
- test af MoM i simulationsmiljø og klinisk praksis,
- vurdering af MoM i forhold til eksisterende danske og udenlandske videnssystemer samt
- informationsteknologiske analyser.

Pilotprojektet har to følgegrupper med repræsentation af projektets eksterne interessenter – en følgegruppe i regi af Sundhedsstyrelsen samt bestyrelsen for Digital Sundhed. Følgegrupperne modtager løbende statusrapporter vedr. projektets fremdrift. Projektets delprojekter afrapporteres samtidig med den overordnede evalueringsrapport.

2.2.3 Hovedområde 3. Sundhedsplanlægning

Resultatkrav 3.1 Indstilling vedr. screening for tyk- og endetarmskræft udarbejdes

I regeringsgrundlaget er fastsat som mål, at middellevetiden skal hæves med 3 år over de næste 10 år. Screening for kræftsygdomme er et vigtigt led i tidlig opsporing, som giver bedre behandlingsmuligheder og dermed øget chance for overlevelse. Kræftstyregruppen har anbefalet indførelse af et nationalt program for screening for tyk- og endetarmskræft, og Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde faglige og organisatoriske anbefalinger for programmet. Sideløbende hermed pågår der et europæisk arbejde, som skal munde ud i et sæt europæiske guidelines vedr. screening for tarmkræft. Det endelige danske screeningsprogram vil blive oversendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse senest to måneder efter offentliggørelsen af de europæiske guidelines på området.

Resultatkrav 3.2 Revideret vejledning om sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg udarbejdes

I Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005, er det fastlagt, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet. Det er derudover fastlagt, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet, såkaldte sundhedsaftaler, som skal indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Formålet med det lovpligtige sundhedskoordinationsudvalg og de lovpligtige sundhedsaftaler er at bidrage til at sikre samordning og sammenhæng for de patientforløb, der går på tværs af region og kommune. De skal begge bidrage til at sikre ensartet kvalitet i sundhedsydelserne.

På baggrund af Sundhedsstyrelsens gennemgange af førstegenerationsaftalerne samt den efterfølgende dialog med regioner og kommuner, er styrelsen blevet opmærksom på en række områder, hvor der med fordel kan ske en revision af vejledningens ordlyd og form. Sundhedsstyrelsen har derfor iværksat en revision af vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. De kommunale og regionale parter vil blive inddraget i arbejdet, som forventes færdiggjort inden udgangen af juli måned 2009.

Resultatkrav 3.3 Specialevejledninger om placering af specialfunktioner offentliggøres

Sundhedslovens §§ 207-9 beskriver Sundhedsstyrelsens regulering af specialeplanlægningen. Formålet med specialeplanlægning er at medvirke til, at forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering sker med høj faglig kvalitet, helhed i patientforløbene og under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse. Specialeplanlægningen skal desuden fremme, at der sker den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse mhp. fortsat opretholdelse og udvikling af sundhedsvæsenets ydelser. Endelig skal specialeplanlægningen tilgode, at sundhedsydelser er af høj faglig kvalitet. Specialeplanlægningen skal sikre den nødvendige planlægning, koordination og samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter for at fremme dette formål.

Sundhedsstyrelsen udmeldte i november og december 2008 krav til specialfunktioner på baggrund af gennemgangene af 36 lægelige specialer, hvorefter regioner og private sygehuse inden den 1. juni 2009 kan ansøge om varetagelse af specialfunktionerne i henhold til de udmeldte krav. Herefter foretager Sundhedsstyrelsen en nærmere vurdering af de indkomne ansøgninger med henblik på endelig stillingtagen til placeringen af specialfunktioner på offentlige og private sygehuse. Udmeldingen af specialfunktionernes placering sker i specialevejledninger.

Resultatkrav 3.4 Medicinsk teknologivurdering af patientskoler offentliggøres

Der er igangsat Medicinsk Teknologivurdering (MTV) af patientskoler i oktober 2008 på grundlag af bred enighed om relevansen af dette område i fremtidens sundhedsvæsen. Rapporten afsluttes og udgives i 2009. Formålet med patientskoler er, at patienter gennem uddannelse bliver bedre til selv at håndtere deres sygdom og forebygge konsekvenser af sygdommen, og dermed også reducere forbruget af sundhedsydelser. Patientskoler er i fokus bl.a. grundet det stigende antal personer med kroniske sygdomme, herunder det patientmæssige forbedringspotentiale samt udfordringer i sundhedsvæsenet hvad angår bemanning.

Resultatkrav 3.5 Revision af pakkeforløb på kræftområdet gennemføres

Formålet med pakkeforløb på kræftområdet er, at alle patienter skal opleve et veltilrettelagt, fagligt velfunderet forløb uden unødigt ventetid under udredning og behandling, med det formål at forbedre prognosen og livskvaliteten for patienterne. Der har ikke tidligere været udviklet eller anvendt en model for en så omfattende sammenhængende systematisk beskrivelse af et sygdomsområde. Det har betydet,

at modellen for beskrivelse af pakkeforløb på kræftområdet blev udviklet og forbedret undervejs i arbejdet. Samtidig blev alle pakkeforløbene udarbejdet under et betydeligt tidspres. Tilsammen medfører dette et behov for en systematisering af det indholdsmæssige og en tilretning af forløbstiderne ud fra et fælles grundlag på tværs af alle pakkeforløb.

Resultatkrav 3.6 Model for inddragelse af patienters perspektiv udvikles til brug for på kommende opdateringer af pakkeforløb på kræftområdet

Patienternes erfaringer kan være en vigtig kilde til udviklingen af gode forløb i det danske sundhedsvæsen. Patienters oplevelser af pakkeforløb på kræftområdet indhentes bl.a. i den *Landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser*.

Kommende udvikling og opdatering af pakkeforløb på kræftområdet bør aktivt inddrage patienternes perspektiv på tilrettelæggelse af forløbene, på information og kommunikation. Sundhedsstyrelsen vil derfor iværksætte et arbejde med at udvikle en samlet model for patientinddragelse i forbindelse med kommende opdateringer af pakkeforløb på kræftområdet. I dette arbejde vil Sundhedsstyrelsen trække på såvel danske som udenlandske erfaringer med at inddrage patienternes perspektiv ved tilrettelæggelse af patientforløb.

Resultatkrav 3.7 Anbefalinger vedr. rehabilitering af kræftpatienter udarbejdes

For kræftpatienter i pakkeforløb med et muligt behov for rehabilitering skal der udarbejdes anbefalinger vedrørende den organisatoriske tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb. Sundhedsstyrelsen inddrager relevante aktører i en arbejdsgruppe, som ud fra eksisterende rammer og erfaringer med rehabiliteringsindsatsen udarbejder anbefalinger. Anbefalingerne drøftes i Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

2.2.4 Hovedområde 4. Sundhedsdokumentation

Resultatkrav 4.1 Cancerregisteret og Dødsårsagsregisteret opdateres med årgang 2007 og 2008, og dødsattester indberettes elektronisk i 90 pct. af tilfældene

Cancerregisteret og Dødsårsagsregistret er centrale registre i overvågningen, planlægningen og forskningen i forekomsten og behandlingen samt forebyggelsen af cancertilfælde og andre sygdomme. Registrene bør derfor være opdateret så hurtigt som muligt. Registrene bør indeholde en årgang ca. 12 måneder efter årets udløb, dvs. at 2008-årgangen bør være indeholdt i de to registre ultimo 2009. I 2009 skal registrene desuden opdateres med 2007-årgangene.

Fra 1. januar 2007 har det været obligatorisk at indberette dødsattester elektronisk. Ved udgangen af 2008 indberettes ca. 75 pct. af dødsattesterne elektronisk. Målet er, at 90 pct. af dødsattesterne indberettes elektronisk ved udgangen af 2009.

Resultatkrav 4.2 Plan for offentliggørelse af centrale nøgletal på sundhedsområdet udarbejdes, og centrale nøgletal offentliggøres

Sundhedsområdet er et af de bedst dokumenterede velfærdsområder. For sundhedsplanlægning, forebyggelse og forskning m.v. er det afgørende, at sundhedsstatistik er periodisk, rettidig og pålidelig. Sundhedsstyrelsen vil i 1. halvår 2009 udarbejde en plan for løbende offentliggørelse af de centrale nøgletal på sundhedsom-

rådet, dvs. nøgletal med særlig relevans for borgere, sundhedsfagligt personale, beslutningstagere og administratorer af sundhedsvæsenet. Planen skal herefter iværksættes fra 2. halvår 2009.

Planen skal for hvert nøgletal indeholde offentliggørelsestidspunkt for nøgletallene, offentliggørelseshyppighed samt formen for offentliggørelse. Planen skal medtage både eksisterende centrale nøgletal samt centrale nøgletal under udvikling. De fastlagte centrale nøgletal offentliggøres i 2009

De centrale nøgletal fastsættes af departementet i samarbejde med styrelsen. Planen udarbejdes i samarbejde med departementet.

Resultatkrav 4.3 Vejledende DRG-takster for 2010 udmeldes

Sundhedsstyrelsen offentliggør hvert år et takstsystem, som indeholder DRG-takster og DAGS-takster for det følgende år. Takstsystemet danner grundlag for afregning af regionerne. Derfor er det afgørende, at takstsystemet for 2010 udmeldes rettidigt. Der er i forbindelse med takstudmeldinger aftalt en fast dokumentations- og konsekvensberegningsprocedure. Det er aftalt med regionerne, at takstsystemet for 2010 udmeldes foreløbigt den 3. juli 2009 og endeligt den 30. oktober 2009.

Resultatkrav 4.4 Ugentlig opdatering af sygehusenes aktivitet leveres i mindst 49 uger, og data afsendes til den mellemregionale afregning

Den hidtidige målsætning om daglige opdatering af oplysninger om sygehusenes aktivitet med oplysninger til brug for regionernes og sygehusenes drift- og økonomistyring har ikke kunnet realiseres fuldt ud pga. en række driftsforstyrrelser. For at sikre en fast kendt leverance for systemets brugere er det besluttet i stedet at stille oplysningerne om sygehusenes aktivitet til rådighed ugentligt. Dette er aftalt med sygehusejerne. Samtidig har systemet til håndteringen af den mellemregionale afregning ikke fungeret tilfredsstillende. Systemet forudsætter dataformidling mellem en ekstern dataleverandør og Sundhedsstyrelsen. For at sikre stabilitet i disse leverancer er det besluttet, at Sundhedsstyrelsen foretager månedlige leverancer til den eksterne dataleverandør, der varetager den endelige mellemregionale afregning på regionernes vegne.

Resultatkrav 4.5 Individspecifikke data formidles til kommunerne

Finansieringsreformen på sundhedsområdet, der trådte i kraft den 1. januar 2007, medfører en række betalingsstrømme mellem kommuner og regioner mv.. Blandt andet skal kommunerne betale regionerne for genoptræningsydelser, herunder eksempelvis fysioterapi. Endvidere skal kommunerne betale regionerne for de dage, som færdigbehandlede patienter stadig ligger på hospitalet i stedet for at være flyttet til kommunalt regi, herunder i eget hjem med kommunal hjælp eller på plejehjem.

Efter etablering i 2007 af en løsning for afregning mellem parterne på aggregeret niveau, er der behov for, at kommunerne via en automatiseret løsning får adgang til takstafregningsgrundlaget på individniveau inden for genoptræning, færdigbehandlede patienter og vederlagsfri fysioterapi, hvor kommunerne har myndighedsopgaven. Med adgang til disse individspecifikke data vil kommunerne få et bedre grundlag for planlægning og opfølgning.

Den endelige formidling af individualspecifikke data er afhængig af udvikling af et brugerstyringssystem i Sundhedsstyrelsen. Brugerstyringssystemet er udarbejdet i 2008 og forventes implementeret i foråret 2009, hvorefter der bliver mulighed for at foretage den ønskede formidling af data til kommunerne.

Resultatkrav 4.6 Referencetakster for alle DRG-områder til brug for privathospitaler udarbejdes

Til opbygning af nyt afregningssystem for de private sygehuse ved genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg den 1. juli 2009 skal Sundhedsstyrelsen levere referencetakster for alle DRG-områder til brug for regionernes forhandlinger med de private udbydere.

Resultatkrav 4.7 Validitet i DRG-omkostningsdatabasen øges

DRG-taksterne ændrer sig fra år til år. Disse ændringer skyldes primært, at grundlaget for takstberegningerne også ændrer sig. Grundlaget for takstberegningerne dannes hvert år på baggrund af de aktivitets- og regnskabsoplysninger fra regioner og sygehuse, som ligger til grund for dannelsen af Omkostningsdatabasen. I 2008 er der skabt grundlag for at kunne sammenligne flere årgange af Omkostningsdatabasen. Dermed er det muligt at synliggøre kilderne til ændringerne i DRG-taksterne. Denne mulighed vil blive systematiseret i 2009, således at validiteten kan øges via større gennemsnitlighed.

Resultatkrav 4.8 Drift af Landspatientregisteret fremtidssikres gennem implementering af nyt driftssystem

Det centrale register på sundhedsområdet er Landspatientregisteret. Registeret har kørt i det nuværende drifts-setup siden 1996 og er løbende vedligeholdt. Et nyt system skal medvirke til at sikre et mere effektivt drifts-setup og ny funktionalitet, eksempelvis skal indberetningerne foretages til og valideres hos den kommende leverandør, Sundhedsstyrelsen får mere direkte kontrol med reglerne for validering, der indføres historik på indberetningerne, og brugere har flere data fra og om LPR tilgængelig. Driftssystemet har været i udbud i 2008. Det efter udbuddet valgte system skal sættes i drift fra 1. januar 2010.

Resultatkrav 4.9 Regionerne sikres en ugentlig dataleverance fra Landspatientregisteret

Der er enighed mellem regionerne og staten om, at regionerne skal have adgang til egne data i Landspatientregisteret. Dermed sikres en bedre løbende validering og bredere administrativ anvendelse af indholdet i Landspatientregisteret. I 2009 etableres en løsning med ugentlig dataleverance til de fem regioner.

Resultatkrav 4.10 Indberetning af ventetider fremtidssikres gennem udvikling af nyt indberetningssystem

Det nuværende system for hospitalernes indberetning af ventetider kan ikke i tilstrækkeligt omfang udvides med nye typer indberetninger og andre typer behandlinger, og den teknologiske platform skal fornyes. Venteinfo er et væsentligt informationssystem til borgere og patientvejledere til understøttelse af patientens frie valg. Det er derfor nødvendigt, at indberetningssystemet og visningen af informationerne

holdes ajour, så aktualiteten og brugervenligheden er høj. Sundhedsstyrelsen udvikler i 2009 et nyt system til indberetning af fremadrettede ventetider, og i 2010 udvikles en opdateret visning af ventetiderne på sundhedskvalitet.dk.

2.3 Initiativmål

Udover foregående afsnits mål og resultatkrav er der fastsat følgende to initiativmål i 2009.

- a. Institutionerne skal i 2009 ved indkøb omfattet af Finansministeriets forpligtende aftaler have en anvendelsesgrad på minimum 90 pct. for hver aktuel indkøbskategori. Produkter som ikke omfattes af aftalen, men som bogføres på indkøbskategorien, medregnes ikke.
- b. Institutionen har formuleret en sygefraværspolitik eller ajourført en eventuelt allerede eksisterende i overensstemmelse med regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet

2.4 Klare mål

Klart mål 1. Sundhedsstyrelsens sagsbehandlingstid ved udstedelse af autorisation til sundhedspersoner overstiger ikke de anførte maksimale sagsbehandlingstider inden for de nævnte kategorier.

Kategori 1: Udstedelse af autorisation – danske sundhedspersoner

Faggrupper: Bandagister, Bioanalytikere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, fodterapeuter, jordemødre, kiropraktorer, Kliniske tandteknikere, kliniske diætister, læger, optikere, radiografer, sygeplejersker, tandlæger og tandplejere.

Autorisation udstedes senest 10 arbejdsdage efter, at Sundhedsstyrelsen har modtaget dokumentation for bestået eksamen samt betaling.

Kategori 2: Tilladelse til selvstændigt virke – autorisation dansk uddannede

Faggrupper: kiropraktorer, tandlæger og læger.

Tilladelse til selvstændigt virke udstedes senest 10 arbejdsdage efter, at Sundhedsstyrelsen har modtaget dokumentation for godkendt supplerende uddannelse/ klinisk basisuddannelse / turnus samt betaling

Kategori 3: Speciallægeanerkendelse til læger med dansk autorisation

Faggrupper: Læger

Sundhedsstyrelsen svarer senest 30 arbejdsdage efter modtagelsen af ansøgningsskema.

(Der måles i ovenstående ikke på, om selve udstedelsen af speciallægebeviset sker inden for 30 arbejdsdage fra modtagelse af ansøgningsskema, men på hvor lang tid der går fra Sundhedsstyrelsen får ansøgningsskema til ansøger får svar på, at ansøgningsskema er modtaget, og at dokumentation for kompetencer er i orden eller ej. Skemaet kan indsendes op til 6 måneder før den kommende speciallæge er tidsmæssigt færdig med uddannelsen, men først, når alle faglige kompetencer er opnået og dokumenteret. Det eneste, der må mangle på ansøgningstidspunktet, er dokumentation for tidsmæssig gennemførelse af uddannelsen. Når den sidste doku-

mentation for gennemført tid foreligger, sender ansøger denne til Sundhedsstyrelsen, der samme dag eller dagen derpå udsteder speciallægeanerkendelsen til speciallægen).

Kategori 4:

- Læger, tandlæger, sygeplejersker og jordemødre uddannet i EU-lande
- Alle sundhedspersoner uddannet i Norden, **undtagen** bandagister, kliniske diætister og kliniske tandteknikere.

Sundhedsstyrelsen sender en afgørelse senest 20 arbejdsdage efter modtagelsen af den nødvendige dokumentation.

Hvis sagen er i partshøring, tæller dette ikke med i Sundhedsstyrelsens sagsbehandlingstid.

Kategori 5:

- Alle ansøgninger fra sundhedspersoner uddannet uden for EU eller Norden.
- Bioanalytikere, ergoterapeuter, fodterapeuter, fysioterapeuter, kiropraktorer, radiografer, optikere/kontaktlinseoptikere, tandplejere uddannet i EU.
- Bandagister, kliniske diætister og kliniske tandteknikere uddannet i Norden eller EU-lande.

Sundhedsstyrelsen sender en afgørelse senest 35 arbejdsdage efter modtagelsen af den nødvendige dokumentation.

Hvis sagen er i partshøring, tæller dette ikke med i Sundhedsstyrelsens sagsbehandlingstid.

Generelt

I 2008 blev sagsbehandlingstiderne for alle grupper skærpet, da Sundhedsstyrelsen overgik fra gennemsnitlige sagsbehandlingstider til maksimale sagsbehandlingstider. Yderligere foretog Sundhedsstyrelsen i kategori 4 og 5 en differentiering mellem læger og de andre faggrupper. I år er der foretaget en skærpelse, i det der ikke længere differentieres i sagsbehandlingstiden mellem faggrupper inden for den samme kategori. Dette betyder, at for kategori 4 er tiden for andre faggrupper end læger blevet ændret fra maksimalt 25 arbejdsdage til 20 arbejdsdage. For kategori 5 er sagsbehandlingstiden for andre faggrupper end læger blevet ændret fra maksimalt 60 arbejdsdage til 35 arbejdsdage.

Klart mål 2. Sundhedsstyrelsen registrerer autoriserede sundhedspersoner, der udbyder kosmetisk behandling inden for en sagsbehandlingstid på seks uger ved ukomplicerede ansøgninger og inden for en sagsbehandlingstid på fire måneder ved komplicerede ansøgninger

For at forbedre patientsikkerheden inden for det hastigt voksende marked for kosmetisk behandling, herunder bl.a. kirurgi, registrerer Sundhedsstyrelsen autoriserede sundhedspersoner, der udbyder sådanne behandlinger inden for en sagsbehandlingstid på seks uger, når ansøgningerne er ukomplicerede og fra start komplette med relevant dokumentation vedhæftet samt ledsaget af betaling for registreringsgebyr.

Ved ukomplicerede ansøgninger forstås ansøgninger, der ikke skal behandles i et møde af det rådgivende udvalg for kosmetisk behandling. Ved komplette ansøgninger forstås, at ansøgeren har betalt for ansøgningen, jf. bekendtgørelse nr. 1245

af 24. oktober 2007 om kosmetisk behandling § 16, og at ansøgeren har indsendt dokumentation, jf. bekendtgørelsens § 15, stk. 2.

Ved komplicerede ansøgninger registrerer Sundhedsstyrelsen autoriserede sundhedspersoner inden for en sagsbehandlingstid på fire måneder. Ved komplicerede ansøgninger forstås ansøgninger, der skal behandles på et eller flere møder af det rådgivende udvalg for kosmetisk behandling.

Klart mål 3. Ventetid på dataudtræk fra de sundhedsstatistiske registre overstiger ikke 45 kalenderdage

Sundhedsstyrelsen leverer op mod 400 udtræk til forskningsprojekter årligt. Forskere, der rekvirerer dataudtræk fra de sundhedsstatistiske registre, kan forvente at modtage data inden for højst 45 kalenderdage. Eventuel sagsbehandlingstid i Data-tilsynet er ikke indregnet i de 45 dage.

Klart mål 4. Sagsbehandlingstid for ekspertpanelet vedr. eksperimentel behandling overstiger ikke 21 kalenderdage

Sundhedsstyrelsen anvender et ekspertpanel, der rådgiver om eksperimentel behandling i Danmark eller i udlandet, når andre behandlingsmuligheder er udtømte. Ordningen kaldes også Second Opinion. Tidsfaktoren er ofte af stor betydning for patienter med en livstruende kræftsygdom eller anden livstruende sygdom. Ordningen vedr. eksperimentel behandling har eksisteret siden 2003.

Sagsbehandlingen tager normalt 1-2 uger. Men sagsbehandlingen af de mere komplekse sager kræver undertiden indhentning af oplysninger hos specialister i ind- såvel som udland, hvilket som regel er med til at forlænge sagsbehandlingstiden. I enkelte tilfælde kan det forekomme, at der i Ekspertpanelets svar til den henvisende/behandlende afdeling redegøres for, at sagen vil blive genoptaget, såfremt der fremkommer yderligere information. Dette kan eksempelvis være i sager, hvor der afventes svar fra eksperter i udlandet.

Klart mål 5. For indberetninger fra sygehusene - om enkeltpatienter med livstruende sygdomme, der ikke kan behandles inden for den fastsatte maksimale ventetid - arbejdes der effektivt med sagens indhold fra senest arbejdsdagen efter modtagelse

Sundhedsstyrelsen behandler indberetninger fra sygehuse om patienter med livstruende kræftsygdomme mv., som sygehuset ikke har kunnet finde et behandlingstilbud til i Danmark eller udlandet inden for den fastsatte maksimale ventetid, jf. også Bkg. 1749. Sundhedsstyrelsens behandling fokuserer på sikring af en effektiv og forvaltningsmæssig korrekt varetagelse af sagsbehandlingen, hvor der hurtigst muligt afsøges de relevante muligheder for behandling og gives besked til patienten herom. Sagsbehandlingstiden vil afhænge af tilbagemeldinger fra de adspurgte sygehuse og klinikker herhjemme og i udlandet.

2.5 Målopfyldelse

For hvert enkelt resultatkrav er der angivet klare kriterier for opgørelse af målopfyldelsen ved anvendelse af skalaen "Opfyldt" (100 pct.), "Delvist opfyldt" (50 pct.) og "Ikke opfyldt" (0 pct.). For visse resultatkrav er der kun angivet kriterier på

skalaen "Opfyldt" og "Ikke opfyldt" svarende til en simpel målopførelse (enten / eller).

I resultatkravene er angivet tidsfrister for opfyldelsen af kravene. Hvor ikke andet er anført, er tidsfristen for opfyldelsen af resultatkravene inden udgangen af 2009.

Såfremt opfyldelsen af et resultatkrav ligger uden for Sundhedsstyrelsens påvirkningsmuligheder, reduceres kriterierne for målopfyldelse. Tilsvarende anses et resultatkrav for opfyldt, såfremt at der er tale om en forsinkelse af ubetydelig grad.

Den samlede målopfyldelsesgrad beregnes på baggrund af de 32 resultatkrav samt de to initiativmål. Af tabellens kolonne længst til højre fremgår vægtningen af resultatkravene ud fra to kategorier: kategori 1 og kategori 2. De højt prioriterede resultatkrav er kategori 1, mens de resterende prioriterede resultatkrav er kategori 2. 20 ud af i alt 32 resultatkrav er blevet tildelt kategorien 1, og 12 resultatkrav er blevet tildelt kategorien 2. Herudover er de to initiativmål tildelt kategorien 2. Den samlede vægt af gruppen højt prioriterede resultatkrav udgør 70 pct. af den samlede målopfyldelse, og den samlede vægt af gruppen af resterende prioriterede resultatkrav samt de to initiativmål udgør 30 pct. af den samlede målopfyldelse.

	Målopfyldelse			
Resultatkrav i kort form	Opfyldt (100 pct.)	Delvist opfyldt (50 pct.)	Ikke opfyldt (0 pct.)	Vægt (Kategori)
Hovedområde 1: Folkesundhed				
1.1 Miljømedicinsk forebyggelse i kommunerne	Arbejdsgruppen med eksterne repræsentanter godkender publikationen til trykning inden udgangen af 2009	Arbejdsgruppen med eksterne repræsentanter godkender modellen for prioritering af miljøindsatsen, men baggrundskapitlerne er endnu ikke godkendt inden udgangen af 2009	Arbejdsgruppen med eksterne repræsentanter er nedsat og godkender kommissorium samt synopsis inden udgangen af 3. kvartal	2
1.2 Evaluering af røglov	Evalueringen er afleveret til sundhedsministeren senest 1. juli	Evalueringen er afleveret til sundhedsministeren senest 1. august	Evalueringen er afleveret i udkast med mindst halvdelen af delundersøgelserne og analyserne i færdig version til sundhedsministeren senest 1. august	1
1.3 Voksnes overvægt	Vejledningen er offentliggjort ved udgangen af november	Manuskriptet er accepteret af redaktions- og arbejdsgruppen ved udgangen af november	Redaktions- og arbejdsgruppe er etableret og synopsis foreligger ved udgangen af august	1

1.4 Narkotikaforebyggelse på musikfestivaler	Evaluerings af kampagnerne gennemført på festivaler i maj – august er offentliggjort på sst.dk inden 1. november	Evaluerings af kampagnerne gennemført på festivaler i maj – august er offentliggjort på sst.dk inden udgangen af 2009	Evaluerings af kampagnerne gennemført på festivaler i maj – august er <i>ikke</i> offentliggjort på sst.dk inden udgangen af 2009	2
1.5 Interventionsradiologi	Pilotprojekt er gennemført, og der er udarbejdet en rapport med anvisninger til, hvorledes en fremtidig dosisovervågning kunne fungere inden for interventionsradiologi	Pilotprojekt er gennemført uden rapportering	Pilotprojekt er ikke gennemført	2
Hovedområde 2: Kvalitet, overvågning og tilsyn				
2.1. Plejehjemstilsyn	Alle tilsyn er gået inden årets udgang, udkast til årsrapporten for 2008 sendt til departementet senest 1. april og årsrapport offentliggjort inden 1. maj	Alle tilsyn er gået inden årets udgang. Udkast til årsrapport for 2008 er sendt til departementet senest 1. april med henblik på offentliggørelse inden 1. maj	Alle tilsyn er ikke gået inden årets udgang	1
2.2 ELI klagesager	Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ¹ for embedslægenes forundersøgelse af klagesager er i gennemsnit højst 11 uger	Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for embedslægenes forundersøgelse af klagesager er i gennemsnit højst 15 uger	Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for embedslægenes forundersøgelse af klagesager overstiger i gennemsnit 15 uger	1
2.3 DPSD II	Udbudsforretningen er gennemført, og kontrakt om udvikling er indgået senest 1. oktober	Kontraktindgåelse senere end 1. oktober, men før 1. november	Kontraktindgåelse senere end 1. november	1

¹ Sagsbehandlingstiden regnes som tidspunktet fra embedslægenes modtagelse af en klagesag til afsendelse af forundersøgelsen til Patientklagenævnet. I opgørelsen af den gennemsnitlige sagsbehandlingstid indgår kun afsluttede forundersøgelser, som er sendt til Patientklagenævnet i 2009.

2.4 Sundhedskvalitet.dk	Kravspecifikation til videreudvikling af sundhedskvalitet.dk foreligger, og systemudvikling er opstartet. Sundhedskvalitet.dk udvides med 35 nye sygdomme. Sundhedskvalitet.dk udvides med to nye kliniske kvalitetsdatabaser	Kravspecifikation til videreudvikling af sundhedskvalitet.dk foreligger. Sundhedskvalitet.dk udvides med 35 nye sygdomme. Sundhedskvalitet.dk udvides med to nye kliniske kvalitetsdatabaser	Kravspecifikation til videreudvikling af sundhedskvalitet.dk foreligger	2
2.5 Tvang i psykiatrien	Undersøgelse og vurdering foreligger 1. september	Undersøgelse og vurdering foreligger 1. oktober	Undersøgelsen foreligger senere end 1. oktober	1
2.6 Monitoring private sygehuse	Rutinemæssig opgørelse af aktivitet på private sygehuse etableret og udarbejdet 3 gange (kvartaler). Metodeudvikling af kvalitetsindikatorer afsluttet	Rutinemæssig opgørelse af aktivitet på private sygehuse etableret og udarbejdet 2 gange (kvartaler). Metodeudvikling af kvalitetsindikatorer afsluttet	Rutinemæssig opgørelse af aktivitet på private sygehuse etableret og udarbejdet 1 gang (kvartal). Metodeudvikling af kvalitetsindikatorer afsluttet	1
2.7 Monitoring af forløbstid for kræftpatienter	Køreplan for monitoring af alle kræftpatienter udarbejdet 1. september. Monitorering af forløbstider for bryst-, tarm- og lungekræftpatienter iværksat inden udgangen af 2009	Køreplan for monitoring af alle kræftpatienter udarbejdet inden udgangen af 2009.	Ikke relevant	1
2.8 Monitoring af pakkeforløb, kræftområdet	Monitorering af pakkeforløb offentliggjort 3 gange i 2009 (kvartaler)	Monitorering af pakkeforløb offentliggjort 2 gange i 2009 (kvartaler)	Monitorering af pakkeforløb offentliggjort mindre end 2 gange i 2009 (kvartal)	1
2.9 Monitoring hjerteområdet	Monitorering af pakkeforløb udviklet og opgørelse af forløbstider tilgængelige inden udgangen af 2009	Monitorering af pakkeforløb udviklet inden udgangen af 2009	Monitorering af pakkeforløb ikke udviklet inden udgangen af 2009	1

2.10 Map of Medicine	Inden udgangen af 4. kvartal 2009 er pilotprojektet afsluttet, og der er afleveret en evalueringsrapport til projektets to følgegrupper	Inden udgangen af 4. kvartal 2009 er følgende delprojekter afsluttet: - vurdering af det kliniske indhold, - oversættelse og lokalisering af tre forløb i MoM, - vurdering af MoM i forhold til eksisterende danske og udenlandske videnssystemer. Delprojekterne vedr. informationsteknologiske analyser samt test af MoM i simulationsmiljø og klinisk praksis er ikke afsluttet inden udgangen af 4. kvartal 2009, og der foreligger ikke en samlet evalueringsrapport fra pilotprojektet	Inden udgangen af 4. kvartal 2009 er et eller flere af følgende delprojekter <i>ikke</i> afsluttet: - vurdering af det kliniske indhold, - oversættelse og lokalisering af tre forløb i MoM, - vurdering af MoM i forhold til eksisterende danske og udenlandske videnssystemer	2
Hovedområde 3: Sundhedsplanlægning				
3.1 Screening, tyk- og endetarmskræft	Det endelige screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft er sendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse senest to måneder efter offentliggørelsen af de europæiske guidelines	Det endelige screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft er sendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse senest fire måneder efter offentliggørelsen af de europæiske guidelines	Det endelige screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft er <i>ikke</i> sendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse senest fire måneder efter offentliggørelsen af de europæiske guidelines	1
3.2 Reviderede sundhedsaftaler	Den reviderede vejledning er oversendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse inden udgangen af juli	Den reviderede vejledning er oversendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse inden udgangen af august	Den reviderede vejledning er <i>ikke</i> oversendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse inden udgangen af august	2
3.3 Specialvejledninger	Specialevejledningerne er offentliggjort inden udgangen af oktober	Specialevejledningerne er offentliggjort inden udgangen af. 2009	Specialevejledningerne er ikke offentliggjort inden udgangen af 2009	1
3.4 MTV patientskoler	Rapporten offentliggjort inden udgangen af 2009	Rapporten sendt i peer review inden udgangen af 2009	Rapporten ikke sendt i peer review inden udgangen af 2009	2

3.5 Revision af pakkeforløb kræftområdet	Inden udgangen af året er beskrivelserne af pakkeforløb for alle 12 kræftområder revideret i overensstemmelse med en fælles skabelon for indhold og forløbstider for pakkeforløb	Inden udgangen af året er beskrivelserne af pakkeforløb for 9 ud af 12 kræftområder revideret i overensstemmelse med en fælles skabelon for indhold og forløbstider for pakkeforløb	Inden udgangen af året er beskrivelserne af pakkeforløb for færre end 9 ud af 12 kræftområder revideret i overensstemmelse med en fælles skabelon for indhold og forløbstider for pakkeforløb	1
3.6. Model for patientinddragelse	Inden udgangen af året er der udviklet en model, der beskriver, hvorledes patienter kan inddrages i kommende opdateringer af pakkeforløb på kræftområdet	Inden udgangen af året er der igangsat udvikling af en model, der beskriver, hvorledes patienter kan inddrages i kommende opdateringer af pakkeforløb på kræftområdet	Inden udgangen af året er der hverken igangsat eller færdig udviklet en model, der beskriver, hvorledes patienter kan inddrages i kommende opdateringer af pakkeforløb på kræftområdet	2
3.7 Rehabilitering kræftpatienter	Anbefalinger vedr. den organisatoriske tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb for kræftpatienter udarbejdet ved udgangen af 2009	--	Anbefalinger vedr. den organisatoriske tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb for kræftpatienter er <i>ikke</i> udarbejdet ved udgangen af 2009	1
Hovedområde 4: Sundhedsdokumentation				
4.1 Cancerregisteret, Dødsårsagsregisteret, og dødsattester	Cancerregisteret og Dødsårsagsregisteret er offentliggjort for 2007 og 2008 inden udgangen af 2009. Metodebeskrivelse for det moderniserede Cancerregister er offentliggjort. 90 pct. af de løbende indberetninger til Dødsårsagsregisteret indberettes via den elektroniske dødsattest.	Cancerregisteret og Dødsårsagsregisteret er offentliggjort for 2007 og 2008 inden udgangen af 2009. 80 pct. af de løbende indberetninger til Dødsårsagsregisteret indberettes via den elektroniske dødsattest.	Cancerregisteret er offentliggjort for 2007 inden udgangen af 2009. Dødsårsagsregisteret er opdateret med udgangen af 2009 for årgangene 2007 og 2008. 70 pct. af de løbende indberetninger til Dødsårsagsregisteret indberettes via den elektroniske dødsattest.	1
4.2 Centrale nøgletal	Plan for løbende offentliggørelse af centrale nøgletal på sundhedsområdet er udarbejdet, og de centrale nøgletal er offentliggjort i 2009	Plan for løbende offentliggørelse af centrale nøgletal på sundhedsområdet er udarbejdet, men ikke iværksat	Plan for løbende offentliggørelse af centrale nøgletal på sundhedsområdet er ikke udarbejdet	2

4.3 Vejledende DRG-takster	Takstsystemet for 2010 udmeldes foreløbigt den 3. juli og offentliggøres endeligt den 30. oktober med fuldstændig dokumentationsmateriale.	Takstsystemet for 2010 udmeldes foreløbigt den 3. juli og offentliggøres endeligt den 30. oktober	Takstsystemet for 2010 udmeldes ikke foreløbigt den 3. juli eller endeligt den 30. oktober	1
4.4 Sikker drift	Den ugentlige opdatering af sygehusenes aktivitet leveres i mindst 49 uger, og data er afsendt til mellemregional afregning alle 12 måneder	Den ugentlige opdatering af sygehusenes aktivitet leveres i mindst 25 uger, og data er afsendt til mellemregional afregning i mindst 6 måneder	Den ugentlige opdatering af sygehusenes aktivitet leveres i færre end 25 uger, og data er afsendt til mellemregional afregning i færre end 6 måneder	1
4.5 Individ-specifikke data til kommunerne	Genoptræning, færdigbehandlede patienter og vederlagsfri fysioterapi formidles som planlagt inden udgang af 2009	Genoptræning <i>eller</i> færdigbehandlede patienter formidles som planlagt inden udgang af 2009	Ingen af områderne formidles ved udgangen af 2009	1
4.6 Privat DRG	Metoden til fastlæggelse af referencetakster er fastlagt, og beregningerne for alle DRG-områder for 2009 er leveret inden udgangen af februar	Metoden til fastlæggelse af referencetakster er fastlagt inden udgangen af februar	Hverken metode eller beregninger foreligger ved udgangen af februar	1
4.7 Validitet omkostnings-databasen	Kilderne til takstændringerne fra takstsystem 2009 til 2010 er synliggjort ved udmeldingen af foreløbige takster primo juli.	Kilderne til takstændringerne fra takstsystem 2009 til 2010 er synliggjort ved udmeldingen af endelige takster primo november	Kilderne til takstændringerne fra takstsystem 2009 til 2010 bliver ikke synliggjort	2
4.8 Fremtids-sikring LPR	Tidsplanen for implementering af det efter udbuddet valgte system er opfyldt, og systemet tages i brug 1. januar 2010	Tidsplanen for implementering af det efter udbuddet valgte system er opfyldt for basiselementerne, og systemet forventes taget brug 1. januar 2010	Tidsplanen for implementering af det efter udbuddet valgte system er forsinket, og der er gennemført overtagelsesprøve for basiselementer 1. januar 2010	2

4.9. regioners adgang til LPR	Regionerne får inden udgangen af 1. kvartal ugentlige dataleverancer fra SST med deres egne rå LPR-data. Regionerne har inden udgangen af 2009 adgang til egne data i LPR med tilhørende funktioner (brugerstyring, udtræksmuligheder)	Regionerne får inden udgangen af 1. kvartal ugentlige dataleverancer fra SST med deres egne rå LPR-data. Regionerne har ikke inden udgangen af 2009 adgang til egne data i, men løsning er skitseret	Regionerne får inden udgangen af 1. kvartal ugentlige dataleverancer fra SST med deres egne rå LPR-data. Regionerne har ikke inden udgangen af 2009 adgang til egne data i LPR	1
4.10 Fremtidssikring af indberetning af ventetider	Nyt indberetningssystem for ventetidsinformation er færdigudviklet og klar til ibrugtagning 1. januar 2010. Systemet er udviklet til at modtage informationer fra kommuner	Test af nyt indberetningssystem for ventetidsinformation er gennemført med succes mht. varslingsfunktionalitet og at nye behandlingstyper og indberettere kan oprettes	Test af nyt indberetningssystem for ventetidsinformation er ikke gennemført med succes varslingsfunktionalitet og at nye behandlingstyper og indberettere kan oprettes	2

Initiativmål	Opfyldt (100 pct.)	Ikke opfyldt (0 pct.)	Vægt
a. Indkøbspolitik	Institutionen har i 2009 ved indkøb omfattet af Finansministeriets forpligtende aftaler en anvendelsesgrad på minimum 90 pct. for hver aktuel indkøbskategori. Produkter som ikke omfattes af aftalen, men som bogføres på indkøbskategorien, medregnes ikke	Institutionen har i 2009 ved indkøb omfattet af Finansministeriets forpligtende aftaler en anvendelsesgrad på mindre end 90 pct. for hver aktuel indkøbskategori. Produkter som ikke omfattes af aftalen, men som bogføres på indkøbskategorien, medregnes ikke	2
b. Sygefraværspolitik	Institutionen har formuleret en sygefraværspolitik eller ajourført en eventuelt allerede eksisterende i overensstemmelse med regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet	Institutionen har ikke formuleret en sygefraværspolitik eller ajourført en eventuelt allerede eksisterende i overensstemmelse med regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet	2

Klare Mål	Opfyldt (100 pct.)	Delvist opfyldt (50 pct.)	Ikke opfyldt (0 pct.)
Klart mål 1. Autorisationer <u>Kategori 1:</u> Udstedelse af autorisation – danske sundhedspersoner <u>Kategori 2:</u> Tilladelse til selvstændigt virke – autorisation dansk uddannede <u>Kategori 3:</u> Speciallægeanerkendelse til læger med dansk autorisation <u>Kategori 4:</u> - Læger, tandlæger, sygeplejersker og jordemødre uddannet i EU-lande. - Alle sundhedspersoner uddannet i Norden, undtagen bandagister, kliniske diætister og kliniske tandteknikere <u>Kategori 5:</u> - Alle ansøgninger fra sundhedspersoner uddannet uden for EU eller Norden. - Bioanalytikere, ergoterapeuter, fodterapeuter, fysioterapeuter, kiropraktorer, radiografer, optikere/kontaktlinseoptikere, tandplejere uddannet i EU. - Bandagister, kliniske diætister og kliniske tandteknikere uddannet i Norden eller EU-lande.	Kategori 1: Målet nået for 80 pct. af sagerne Kategori 2: Målet nået for 80 pct. af sagerne Kategori 3: Målet nået for 80 pct. af sagerne Kategori 4: Målet nået for 80 pct. af sagerne Kategori 5: Målet nået for 80 pct. af sagerne	Kategori 1: Målet nået for 65 pct. af sagerne Kategori 2: Målet nået for 65 pct. af sagerne Kategori 3: Målet nået for 65 pct. af sagerne Kategori 4: Målet nået for 65 pct. af sagerne Kategori 5: Målet nået for 65 pct. af sagerne	Kategori 1: Målet nået for mindre end 65 pct. af sagerne Kategori 2: Målet nået for mindre end 65 pct. af sagerne Kategori 3: Målet nået for mindre end 65 pct. af sagerne Kategori 4: Målet nået for mindre end 65 pct. af sagerne Kategori 5: Målet nået for mindre end 65 pct. af sagerne
Klart mål 2 A. Kosmetisk kirurgi. <i>Ukomplerede ansøgninger</i>	A. Sagsbehandlingstiden for mindst 95 pct. af de komplette og ukomplicerede ansøgninger er maksimalt 6 uger	A. Sagsbehandlingstiden for mindst 85 pct. af de komplette og ukomplicerede ansøgninger er maksimalt 6 uger	A. Sagsbehandlingstiden for mindre end 85 pct. af de komplette og ukomplicerede ansøgninger er maksimalt 6 uger

Klart mål 2 B. Kosmetisk kirurgi. <i>Komplicerede ansøgninger</i>	B. Sagsbehandlingstiden for mindst 95 pct. af de komplicerede ansøgninger er maksimalt 4 måneder	B. Sagsbehandlingstiden for mindst 85 pct. af de komplicerede ansøgninger er maksimalt 4 måneder	B. Sagsbehandlingstiden for mindre end 85 pct. af de komplicerede ansøgninger er maksimalt 4 måneder
Klart mål 3. Forskerservice	Målet nået for mindst 90 pct. af forespørgslerne	Målet nået for mindst 65 pct. af forespørgslerne	Målet nået for mindre end 65 pct. af forespørgslerne
Klart mål 4. Sagsbehandling, Ekspertpanelet	Minimum 90 pct. af alle ekspertpanelets patientsager har haft en sagsbehandlingstid på 21 eller færre kalenderdage. Endvidere skal der i de patientsager, som behandles i mere end 21 dage, være afsendt et (evt. foreløbigt) svar til den henvisende/behandlende afdeling senest 28 kalenderdage efter Sundhedsstyrelsens modtagelse af anmodningen	Minimum 80 pct. af alle ekspertpanelets patientsager har haft en sagsbehandlingstid på 21 eller færre kalenderdage. Endvidere skal der i de patientsager, som behandles i mere end 21 dage, være afsendt et (evt. foreløbigt) svar til den henvisende/behandlende afdeling senest 28 kalenderdage efter Sundhedsstyrelsens modtagelse af anmodningen	Færre end 80 pct. af alle ekspertpanelets patientsager har haft en sagsbehandlingstid på 21 eller færre kalenderdage. Endvidere er kravet ikke opfyldt, hvis Sundhedsstyrelsens ekspertpanel i de patientsager, som behandles i mere end 21 dage, ikke har afsendt (evt. foreløbigt) svar til den henvisende/behandlende afdeling senest 28 kalenderdage efter Sundhedsstyrelsens modtagelse af anmodningen
Klart mål 5. Sagsbehandling, livstruende sygdomme	I mindst 95 pct. af sagerne arbejdes der med sagens indhold fra senest arbejdsdagen efter modtagelse af en indberetning. Sagsbehandlingen af evt. resterende sager er påbegyndt senest tredje arbejdsdag efter modtagelsesdagen	I mindst 75 pct. af sagerne arbejdes der med sagens indhold fra senest arbejdsdagen efter modtagelse af en indberetning. Sagsbehandlingen af evt. resterende sager er påbegyndt senest tredje arbejdsdag efter modtagelsesdagen	I mindre end 75 pct. af sagerne arbejdes der med sagens indhold fra senest arbejdsdagen efter modtagelse af en indberetning

3 Kontraktperiode, afrapportering og genforhandling

Afrapporteringen af resultatkravene for 2009 finder sted to gange i løbet af 2009 og endeligt i årsrapporten for 2009 i april 2010. Afrapporteringen omfatter en vurdering af målopfyldelsen af resultatkravene opgjort i oversigtsform i eksempelvis opfyldt / ikke opfyldt, eventuelt suppleret med uddybende bemærkninger. I årsrapporten foretages afrapportering på samtlige mål / resultatkrav samt initiativområder. Den løbende målopfølgning og -rapportering understøttes af styrelsens aktivitets- og ressourcestyringssystem (ARS).

Genforhandling eller justering af kontrakten kan finde sted, såfremt der sker væsentlige ændringer i grundlaget for kontrakten, eller hvis de forudsætninger, der ligger til grund for institutionens opfyldelse af de opstillede mål, ændres. Genforhandling eller justering kan finde sted, når parterne er enige herom.

København, den

For Sundhedsstyrelsen



Jesper Fisker,

Administrerende direktør

København den

For Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse



Kristian Wendelboe,

Departementschef