

Resultatkontrakt 2012
Mellem
Sundhedsstyrelsen og
Ministeriet for Sundhed
og Forebyggelse

Indledning

Resultatkontrakten er indgået mellem Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed Forebyggelse. Resultatkontraktens udformning tager udgangspunkt i ministerområdets vejledning af 28. september 2012 om mål- og resultatstyring.

Resultatkontrakten er et styringsredskab, der sikrer fælles formulering af mål og prioritering mellem departementet og styrelsen.

Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen er blevet lagt sammen til én styrelse pr. 1. januar 2012. Denne resultatkontrakt for 2012 vedrører opgaverne i de områder, der lå i Sundhedsstyrelsen før sammenlægningen.

1 Sundhedsstyrelsens organisering

Sundhedsstyrelsens organisation tager afsæt i et generelt syn på danskernes sundhed og behandlingsbehov. Det overordnede princip for organisationen er, at enheder for sundhedsfremme og for borgernære sundhedstilbud er målrettet initiativer med involvering af andre sektorer og borgere, mens de, der arbejder med det borgernære sundhedsvæsen og sygehuse, primært er målrettet sundhedsfagligt personale og patienter.

Det er ikke alene det behandlende sundhedsvæsen, men også sundhedsfremme og det borgernære sundhedstilbud, der er i fokus samt behovet for sundhedsdokumentation på alle niveauer. Hertil kommer, at styrelsen har en række opgaver i forhold til tilsyn og autorisation af sundhedspersoner.

Udover den faglige organisering udmønter Sundhedsstyrelsen sin mission og Sundhedslovens målsætninger i forhold til finanslovens hovedområder, som strukturerer målene mere overordnet samt på produktniveau.

De fire faglige hovedområder er Folkesundhed; Kvalitet, monitorering og tilsyn; Sundhedsplanlægning og Sundhedsdokumentation. Dertil kommer Fællesområdet. Resultatkravenes fordeling på finanslovens hovedområder og den samlede bevilling på disse hovedområder fremgår af denne resultatkontrakts afsnit 3. Tabellen i afsnit 3 viser bevillingen fordelt på samtlige af styrelsens opgaver, hvoraf resultatkravene er et uddrag.

2 Mål og resultatkrav

I kontrakten indgår 10 resultatkrav. Resultatkontrakten er lavet ud fra bevillingerne for Sundhedsstyrelsen på finansloven for 2012.

I det følgende gennemgås resultatkravene. Disse er valgt ud fra følgende kriterier:

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

Tabel 1. Resultatkrav 2012 i oversigt fordelt efter strategiske fokusområder

Større sammenhæng på sundhedsområdet	
1.1	Midtvejsevaluering af "den gode psykiatriske afdeling"
1.2	Offentliggørelse af revideret Pandemiplan
Mere forebyggelse med større effekt	
2.1	Kommunale forebyggelsespakker
2.2	Revideret generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom
Styrke kvaliteten gennem mere tilgængelig viden	
3.1	TLD (termoluminicens-Dosimetri) teknologi til overvågning af ioniserende stråling
Effektiv arbejdsdeling og højt kvalificeret arbejdskraft	
4.1	Evaluering af speciallægeuddannelsen
4.2	En vurdering af behovet for specialer og fagområder tandlæger
4.3	EU-formandskab
Borgeren i centrum: Patientsikkerhed og inddragelse	
5.1	Registrering af private behandlingssteder
5.2	Uanmeldt tilsynsbesøg på landets plejehjem

2.1 Resultatkravene specificeret

Efter præsentationen i oversigtsform ovenfor gennemgås resultatkravene i det følgende nærmere. Kravene til målopfyldelsen af de enkelte resultatkrav fremgår af afsnit 2.2.

2.1.1 Større sammenhæng på sundhedsområdet

Resultatkrav 1.1 Midtvejsevaluering af "den gode psykiatriske afdeling"

Sundhedsstyrelsen har inden udgangen af 2012 udarbejdet og offentliggjort en midtvejsevaluering for satspuljeprojektet "Den gode psykiatriske afdeling"

Sundhedsstyrelsen udmøntede med baggrund i satspuljeaftalen for 2010-2013 i oktober 2010 29,5 mio. kr. til forsøg med udvikling af modelafdelinger for gode psykiatriske afdelinger.

Formålet er at styrke kvaliteten af den psykiatriske undersøgelse, behandling og opfølgning via udviklingen af en model for Den gode psykiatriske afdeling (DGPA). Modelafdelingerne skal afprøve flere sammenhængende konkrete aktiviteter, der kan medvirke til at opnå gode og holdbare behandlingsresultater og behandlingsalliancer, organisatorisk kvalitet, bedre kvalificeret personale, godt be-

handlingsmiljø, høj oplevet patient- og pårørendetilfredshed og bedre sammenhæng i patientforløbene.

Projektstart var 1. december 2010, og sluttidspunktet for projekterne er ultimo november 2013. Projekterne evalueres løbende med årlige statusrapporteringer, en midtvejsevaluering samt en afsluttende evaluering foretaget af en ekstern evaluator for Sundhedsstyrelsen. Evalueringen gennemføres i to dele: en midtvejsevaluering, som gennemføres ultimo 2012 med publicering primo 2013 og en slutevaluering, som gennemføres ultimo 2013 med publicering primo 2014. Evalueringsdesignet består i begge devalueringer af en kombination af kvalitative og kvantitative undersøgelsesmetoder. Implement Consulting Group gennemfører således interview med ledere, medarbejdere, patienter og eksterne samarbejdspartnere på satspulje-projektets fem modelafdelinger, ligesom der for hver af afdelingerne indhentes kvantitative data fra henholdsvis Register for tvang i psykiatrien og fra Landspatientregisteret. Evalueringsrapporterne publiceres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Resultatkrav 1.2 Offentliggørelse af revideret Pandemiplan

Sundhedsstyrelsen har bl.a. på baggrund pandemien i 2009 igangsat en revision af pandemiplanen. Første version af den reviderede plan blev sendt i høring i marts 2012. På baggrund af de indkomne høringssvar fra marts 2012 erkendte Sundhedsstyrelsen at det var nødvendigt med en større justering af pandemiplanen. De væsentligste ændringer i planen er opdelingen af planen i to dele, hhv. (1) national strategi og fagligt grundlag og (2) vejledning til regioner og kommuner. Den anden version af den reviderede pandemiplan blev derefter sendt i høring med svarfrist d. 12. oktober 2012, og der er indkommet ganske mange høringssvar. Revisionen har efterfølgende været drøftet med Pandemigruppen. Pandemiplanen forventes færdig inden udgangen af 2012, men da revisionen har været ganske ressourcekrævende, og andre opgaver har været presserende, er dette mål ikke sikkert opnåeligt.

2.1.2 Mere forebyggelse med større effekt

Resultatkrav 2.1 Kommunale forebyggelsespakker

Siden kommunalreformen i 2007 har kommunerne haft ansvar for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud for deres borgere. Det politiske fokus på forebyggelse, KL's udspil "Forebyggelse der rykker" fra 2009 samt ny faglig viden på området er andre væsentlige forudsætninger for at Sundhedsstyrelsen har valgt at udarbejde en serie af forebyggelsespakker til kommunerne. Formålet med pakkerne er at bidrage til at styrke folkesundheden gennem en kommunal forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats af høj faglig kvalitet. Med pakkerne får kommunerne et vidensbaseret værktøj, som kan bruges til prioritering og kvalitetssikring af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde lokalt. Samtidig har pakkerne fokus på indsatser, som kan reducere ulighed i sundhed. I 2012 skal der udvikles forebyggelsespakker på områderne tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mental sundhed og seksuel sundhed. Endvidere skal der inden udgangen af 2012 offentliggøres pakker vedr. solbeskyttelse, indeklima i skoler, hygiejne og mad og måltider.

Resultatkrav 2.2 Revideret generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom

Som led i kvalitetsreformen blev der afsat 590 mio. kr. til en forstærket indsats for kronisk syge i regi af regioner, kommuner og stat i perioden 2010-2012. Midlerne skal anvendes til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer samt til patientundervisning og programmer for egenbehandling for kronisk syge patienter i årene 2010-2012 efterfulgt af en slutevaluering cirka et halvt år inde i 2013. Sundhedsstyrelsen fik i den forbindelse en række opgaver. Herunder bl.a. at revidere og videreudvikle ”Den generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom” på udvalgte punkter, ud fra de erfaringer, der er opsamlet siden første version i 2008. Videreudviklingen skal ske sideløbende med den lokale implementering af forløbsprogrammer, og arbejdet blev opstartet i 2010. Der planlægges høring i sensommeren 2012 og endelig version foreligger ultimo 2012. Den reviderede generiske model skal derefter anvendes af regioner, kommuner og almen praksis i den konkrete udarbejdelse af forløbsprogrammer for specifikke kroniske sygdomme.

2.1.3 Styrket kvalitet gennem mere tilgængelig viden

Resultatkrav 3.1 Implementering af TLD

Stråleudsatte arbejdstagere i Danmark skal være dosisovervågede. Indførelsen af ny teknologi, baseret på Termoluminiscens (TLD), betyder, at de hidtil anvendte fotografiske film udfases, og at SIS kan levere nødvendigt, fremtidssikret og vel-dokumenteret dosisovervågning. Senest ved udgangen af 2012 skal ny teknologi til dosisovervågning baseret på TLD være fuldt implementeret.

2.1.4 Effektiv arbejdsdeling og højt kvalificeret arbejdskraft

Resultatkrav 4.1 Evaluering af speciallægeuddannelsen

I maj 2000 udkom Speciallægekommissionens betænkning nr. 1384. Betænkningen beskrev bl.a. struktur og indhold for den kommende speciallægeuddannelse, 2003-uddannelsesordningen. Den nye 2003-ordning afløste 1996-uddannelsesordningen, og blev implementeret januar 2004. Sundhedsstyrelsen udfærdigede i forbindelse hermed bekendtgørelse nr. 660 af 10. juli 2003 om uddannelse af speciallæger, som blev ændret ved bekendtgørelse nr. 155 af 7. marts 2006 og senest revideret i 2007, hvor bekendtgørelse nr. 1257 af 25. oktober om uddannelse af speciallæger fortsat er gældende.

Der er nu gået mere end 10 år siden Speciallægekommissionens betænkning udkom, og de første hold af speciallæger efter 2003-uddannelsesordningen er færdig-uddannede. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse ønsker derfor dels en status, hvor det belyses, om og hvordan speciallægekommissionens anbefalinger er blevet implementeret, og hvorvidt målene i betænkningen er nået. Dels ønskes en perspektivering, hvor det belyses, om den nye speciallægeuddannelse fungerer i forhold til den ændrede struktur og organisering i sundhedsvæsnet.

Resultatkrav 4.2 En vurdering af behovet for specialer og fagområder tandlæger
Sundhedsstyrelsen har det overordnede faglige ansvar for uddannelsen af specialtandlæger i Danmark, og styrelsen har derfor også til opgave at sikre, at der er de nødvendige odontologiske specialer. Dansk Pæodontisk Selskab har i den forbindelse ansøgt om oprettelse af et speciale i pæodonti. Ansøgningen blev i 2008 drøftet i Specialtandlægenævnet (det nuværende Nationale Råd for Tandlægers Videreuddannelse), som umiddelbart vurderede, at et pæodontisk speciale var relevant.

På baggrund af ansøgningen og de seneste års udvikling inden for de odontologiske behandlingsmuligheder, ændringerne i befolkningens sygdomsprofil/ behandlingsbehov og i prioriteringen inden for tandplejen fandt Sundhedsstyrelsen i 2010, på anbefaling fra Det Nationale Råd for Tandlægers Videreuddannelse, at der var behov for at få gennemført et analysearbejde, der skal beskrive det fremtidige behov for odontologiske fagområder og specialer.

Resultatkrav 4.3 EU-formandskab

I første halvår af 2012 varetager Danmark formandskabet for EU. I den forbindelse har Sundhedsstyrelsen en række obligatoriske opgaver, som bl.a. omfatter afholdelse af tre møder på sundhedsområdet. Herudover bidrager styrelsen til en række aktiviteter, som andre myndigheder og organisationer er hovedansvarlige for. Det drejer sig bl.a. om: Åbningskonference af det europæiske år for aktiv aldring og solidaritet mellem generationerne, EU formandskabskonference om antibiotikaresistens: "Combating Antimicrobial Resistance – Time for Joint Action" og konference om "Patient Empowerment".

2.1.5 Borgeren i centrum: patientsikkerhed og inddragelse

Resultatkrav 5.1 Registrering af private behandlingssteder

Jf. bek. nr. 913 af 13. juli 2010 forpligtes alle private behandlingssteder til at registrere sig i Sundhedsstyrelsen pr. 1. januar 2012 som betingelse for udførelse af lægelig patientbehandling. Sundhedsstyrelsen skal gennemføre regelmæssigt, tilbagevendende tilsyn på de registrerede behandlingssteder hvert tredje år.

Projektet omfatter i 2012 udvikling af et registreringssystem samt udvikling af målepunkter og retningslinjer for det lægefaglige tilsyn. Tilsynet, der udføres af embedslægeinstitutionerne, indledes i 2012.

Resultatkrav 5.2 Gennemførelse af et uanmeldt tilsynsbesøg på hvert af landets plejehjem inden årets udgang

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 boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

2.2 Målopfyldelse og strategisk vægtning af resultatkrav

I kontrakten er angivet 10 resultatkrav, herunder et personalepolitisk kvalitetsmål.

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 målopgørelse (enten / eller). I resultatkravene er angivet tidsfrister for opfyldelsen af kravene.

Såfremt opfyldelsen af et resultatkrav ligger uden for Sundhedsstyrelsens påvirkningsmuligheder, kan en justering af kriterierne for målopfyldelse aftales mellem styrelse og departement. Tilsvarende anses et resultatkrav for opfyldt, såfremt der er tale om en forsinkelse af ubetydelig grad.

Den samlede målopfyldelsesgrad beregnes i 2012 på baggrund af de 10 resultatkrav. 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. 5 krav ud af de 10 resultatkrav blevet tildelt kategorien 1, mens de resterende resultatkrav er blevet delt 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 udgør 30 pct.

Tabel 2. Målopfyldelse 2012

Overskrift	Målopfyldelse 2012			Vægt 1= højest (70 pct.) 2= 30 pct.
	100 pct. (Forslag til tekst angives)	50 pct. (Forslag til tekst angives)	0 pct. (Forslag til tekst angives)	
Større sammenhæng på sundhedsområdet				
1.1 Midtvejsevaluering af "den gode psykiatriske afdeling"	Sundhedsstyrelsen har inden udgangen af 2012 udarbejdet og offentliggjort en midtvejsevaluering for satspuljeprojektet "Den gode psykiatriske afdeling"		Sundhedsstyrelsen har inden udgangen af 2012 <u>ikke</u> udarbejdet og offentliggjort en midtvejsevaluering for satspuljeprojektet "Den gode psykiatriske afdeling"	2
1.2 Offentliggørelse af revideret Pandemiplan	Sundhedsstyrelsen offentliggør inden udgangen af 2012 den reviderede pandemiplan		Sundhedsstyrelsen har ikke inden udgangen af 2012 offentliggjort den reviderede pandemiplan	1
Mere forebyggelse med større effekt				
2.1 Kommunale forbyggelsespakker	Koncept er udviklet og ni pakker er færdigarbejdet og udsendt til kommuner m.fl, nationalt møde er afholdt	Koncept er udviklet og seks pakker er udsendt til kommunerne	Koncept er ikke udviklet, pakker ikke udsendt og møde ikke afholdt	1

Målopfyldelse 2012				
Overskrift	100 pct. (Forslag til tekst angives)	50 pct. (Forslag til tekst angives)	0 pct. (Forslag til tekst angives)	Vægt 1= højest (70 pct.) 2= 30 pct.
Mere forebyggelse med større effekt				
2.2 Revideret generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom	Den generiske model for forløbsprogrammer er udarbejdet og publiceret	Der foreligger et høringsudkast af den generiske model for forløbsprogrammer	Den generiske model er ikke sendt i høring	2
S styrket kvalitet gennem mere tilgængelig viden				
3.1 TLD (termoluminicens-Dosimetri) teknologi til overvågning af ioniserende stråling	Teknologien er fuldt implementeret		Teknologien er ikke implementeret	2
Effektiv arbejdsdeling og højt kvalificeret arbejdskraft				
4.1 Status og perspektivering af speciallægeuddannelsen	Rapport offentliggjort inden årets udgang	Rapport sendt i høring inden årets udgang	Rapport ikke sendt i høring	2
4.2 En vurdering af behovet for specialer og fagområder tandlæger	Rapport sendt til det nationale råd for tandlægers videreuddannelse inden årets udgang	Rapport sendt til kommentering i arbejdsgruppen inden årets udgang	Rapport ikke sendt til kommentering	2
4.3 EU-formandskab	Minimum 3 af de formandskabsrelaterede møder på sundhedsområdet er blevet afholdt.	Minimum 2 af de formandskabsrelaterede møder på sundhedsområdet er blevet afholdt.	Færre end 2 af de formandskabsrelaterede møder på sundhedsområdet er blevet afholdt.	1
Borgeren i centrum: Patientsikkerhed og inddragelse				
5.1 Registrering af private behandlingssteder	Alle klinikker, der har anmodet om registrering, er registrerede. Der er udviklet retningslinjer for tilsynet, og der er udviklet målepunkter, som gør det muligt at føre tilsyn med mindst fem specialer.	Alle klinikker, der har anmodet om registrering, er registrerede. Der er udviklet retningslinjer for tilsynet, og der er udviklet målepunkter, som gør det muligt at føre tilsyn inden for mindst to specialer.	Ingen klinikker er registrerede, og der er hverken udviklet retningslinjer eller målepunkter for tilsynet.	1
5.2 Uanmeldt tilsynsbesøg på landets plejehjem	Alle tilsyn er gået	3/4 af alle tilsyn er gået	Mindre end 3/4 af alle tilsyn er gået	1

3 Budget- og bevillingsforhold

3.1 Fordeling af omkostninger på produkter

Fordelingen af Sundhedsstyrelsens samlede omkostninger på målene angivet ovenfor er opgjort ud fra de fire faglige hovedområder i Finansloven 2012.

Tabel 3. Omkostninger fordelt på faglige hovedområder

Hovedområde	Produkt	2012	
		Resultatkrav	Omk. (mio. kr.)
Folkesundhed	101 - Rådgivning		
	102 - Informationsformidling		
	103 - Udarbejdelse- sundhedsstrategi,		
	104 - Nationale programmer og planer		
	105 - Røntgen- og radioaktivitetsområdet,		
	106 - Nucleare anlæg og radioaktivt affald		
	107 - Standarddosemetri		
	108 - Beredskab	2.1, 2.2, 3.1,	90,7
Kvalitet, monitorering og tilsyn	201 - Autorisation,		
	202 - Overvågning,		
	203 - Kvalitetskrav,	4.1, 4.2,	65,6
	204 - Frit valg + B 83	5.1, 5.2	
Sundhedsplanlægning	301 - Effektivitets- og kvalitetsplan,		
	302 - Faglig rådgivning,		
	303 - Visitation		
	304 - Sundhedsberedskab	1.1,	45,5
Sundhedsdokumentation	401 - Formidling - opdateret faglig viden,		
	402 - Udvikling af komm. og dokumentation,		
	403 - Udvikle vedligeh.afregningssystem,		
	404 - Overvågning af sundhedstilstand		
Fællesområdet	501 - Økonomistyring,		61,0
	502 - Motivation-kompetence/medarbej,		
	503 - Digitalisering,		
	504 - Drift af ejendom/intern service,		
	505 - Kommunikation,		
	506 - Intern kvalitets- og processstyring	4.3, 6.1	88,7
I alt			351,4

4 Kontraktperiode og afrapportering

I årsrapporten foretages afrapportering på samtlige mål og resultatkrav for det pågældende regnskabsår. Afrapporteringen omfatter en vurdering af målopfyldelsen af resultatkravene opgjort i oversigtsform og målopfyldelse opgjort i procent evt. suppleret med uddybende bemærkninger.

København, den 11/12-2012

For Sundhedsstyrelsen

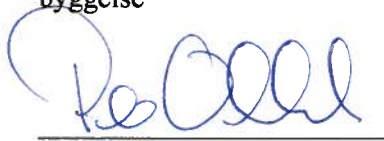


Else Smith,

Administrerende direktør

København, den 18/12-2012

For Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse



Per Okkels,

Departementschef