

# Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse

**Foreløbig afrapportering  
Juni 2012**

KL  
Danske Regioner  
Finansministeriet  
Økonomi- og Indenrigsministeriet  
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

# Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse

## 1. Baggrund

Det blev i Økonomiaftalen for 2012 aftalt at igangsætte et analysearbejde med henblik på at identificere potentialer for forbedret kommunal forebyggelse. Således blev der i efteråret 2011 nedsat et udvalg bestående af repræsentanter fra KL, Danske Regioner, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Udvalget fik til opgave at identificere potentialer for en mere effektiv forebyggelsesindsats på det somatiske område samt pege på, hvorledes grundlaget for at dokumentere, sammenligne og analysere kommunernes indsats og udbrede de gode eksempler mere systematisk kan styrkes. Kommissoriet for udvalget kan ses i bilaget.

Nærværende status for udvalgsarbejdet udgør den foreløbige afrapportering i foråret 2012. Afrapporteringen opsummerer de væsentligste foreløbige konklusioner fra de iværksatte analyser. Der afrapporteres endeligt i efteråret 2012.

## 2. Foreløbige hovedresultater fra analyserne

De foreløbige analyser har primært bestået af en generel kvantitativ analyse af kommunale forskelle i sundhedsforbruget i det regionale sundhedsvæsen, herunder på områder, hvor potentialet for den kommunale forebyggelsesindsats vurderes at være størst. Her har der været et særligt fokus på ældre medicinske patienter og kronikere mens en nærmere analyse af nyfødte området udestår. Analysen har ligeledes haft fokus på de kommunale kontaktflader til borgerne i forhold til sundhedsindsatsen.

Herefter er indsatsen i kommunerne blevet analyseret primært med udgangspunkt i en kvalitativ analyse af indsatserne i 10 udvalgte kommuner. Endelig er mulighederne for, hvorledes kommunernes indsats yderligere kan effektiviseres gennem dokumentation, bedre analysemuligheder i KØS, sammenligning af indsatser og systematisk udbredelse af de gode eksempler blevet vurderet.

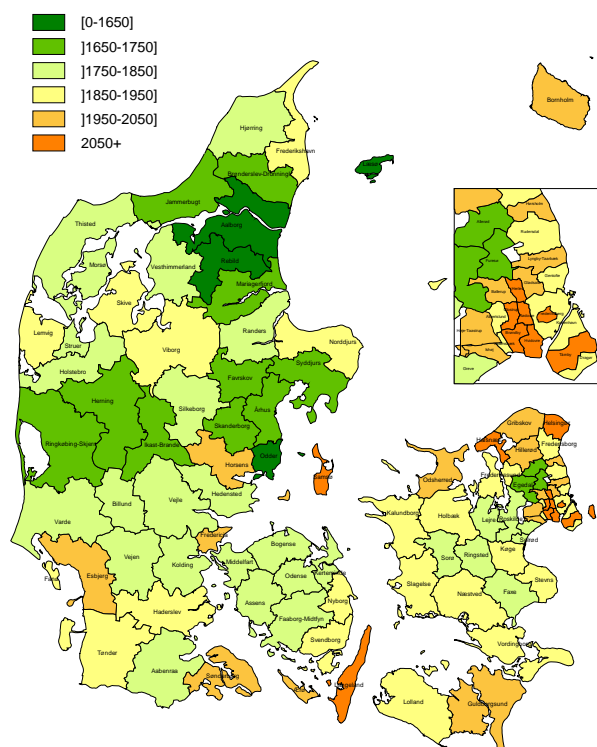
Udvalget har indtil videre ikke forholdt sig til, hvorvidt der er grundlag for at anbefale specifikke indsatser. Der er i forlængelse heraf ikke udarbejdet business cases for specifikke indsatser, dvs. det ikke er afdækket, hvorvidt specifikke indsatser kan anbefales ud fra en bredere økonomisk synsvinkel. Endvidere har udvalget ikke forholdt sig til, hvordan og i hvilket omfang kommunale variationer i det regionale forbrug af sundhedsydelser mest hensigtsmæssigt kan reduceres, herunder hvorvidt dette mest hensigtsmæssigt, ud fra en sundhedsfaglig og økonomisk synsvinkel, sker via indsatser i kommunalt eller regionalt regi. Udvalget har alene analyseret grundlaget for en mere effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne, mens regionernes forebyggelsesindsats på sygehusene og i praksissektoren ikke er belyst.

De foreløbige analyseresultater heraf er gengivet nedenfor:

### a) Kvantitative analyser

- Analyserne viser en betydelig variation i borgernes forbrug af regionale sundhedsydelser mellem kommuner på tværs af landet såvel som inden for samme region, *jf. figur 1*. Forskellen mellem kommunerne med de højeste og laveste medfinansieringsudgifter er således på godt 30 pct., svarende til en forskel på mere end 500 kr. pr. indbygger når der er justeret for forskelle i køns- og alderssammensætningen. En del af denne variation skyldes forskelle i borgernes sundhedstilstand, sociale forhold samt udbudsmæssige faktorer.
- Analyserne viser, at der eksisterer en betydelig uforklaret variation, der i et vist omfang vurderes at skyldes forskelle i kommunernes forebyggelses-, pleje- og sundhedsfremmende indsatser, herunder forskelle i samarbejdet med det regionale sygehusvæsen og almen praksis.
- Forskellen i kommunernes udgifter kan som beregningseksempel illustreres ved, at kommunernes udgifter til medfinansiering isoleret set ville være knap 800 mio. kr. lavere, hvis borgere i alle kommuner med et højere sundhedsforbrug pr. indbygger end kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter – standardiseret for køn og alder – fik nedbragt borgernes sundhedsforbrug (og dermed medfinansieringsudgifter) til dette niveau. En sådan reduktion i det regionale sundhedsforbrug ville alt andet lige beregningsteknisk indebære en reduktion af produktionsværdien i sygehusvæsenet og praksissektoren på samlet set omkring 3,2 mia. kr.
- Variationen opleves i alle typer af forbrug – indlæggelser og ambulante besøg varierer med godt 40 pct. på tværs af kommuner, mens forbruget af ydelser i praksissektoren varierer med omkring 25 pct. For tre udvalgte indikatorer, der vurderes at være særlig relevante for kommunernes forebyggelsesindsats, er forskellen særlig markant: *udvalgte forebyggelige indlæggelser*, *genindlæggelser* og *korttidsindlæggelser*. Hyppigheden af disse tre indlæggelsestyper varierer med i størrelsesordenen 66 til 200 pct.

**Figur 1. Kommunal medfinansiering fordelt på kommuner, kr. pr. indbygger, år 2010.**



- Særligt genindlæggelsesfrekvensen varierer betydeligt mellem kommunerne, ligesom der observeres en særligt høj andel blandt kommunerne på Fyn samt i Hillerød-området, herunder en tydelig overhyppighed af genindlæggelser inden for de første fire dage. For eksempel genindlægges mere end 10 pct. af patienterne i Svendborg og Hillerød kommuner, mens genindlæggelsesfrekvensen er mindre end 5 pct. i Aalborg og Herlev kommuner.
- Analyserne peger endvidere på en række konkrete fokusområder for den kommunale forebyggelse, hvor der vurderes at være et særligt potentiale for en mere effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne. Det handler særligt om de ældre medicinske patienter og visse kronikergrupper (personer med diabetes, hjertekarsygdomme, kroniske lungesygdomme og muskelskeletsygdomme), der samlet set står for en væsentlig del af forbruget i det regionale sundhedsvæsen. Der er ca. 1 mio. borgere med en eller flere af fire kroniske sygdomme svarende til hver fjerde voksne dansker, jf. *tabel 1*. Omkring hver fjerde kroniker har mere end en kronisk sygdom. Omkring 100.000 danskere er ældre medicinske patienter, hvor af hovedparten har en eller flere kroniske sygdomme.

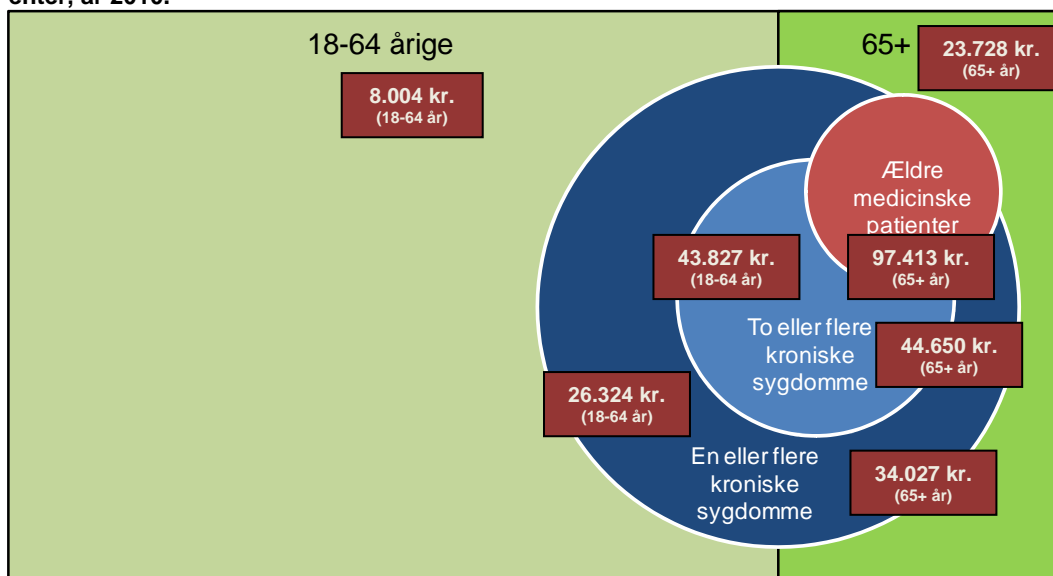
**Tabel 1. Regionale sundhedsudgifter til borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter samt, år 2010.**

	Antal tusinde personer (pct. af indbyggere)	Regionale sundhedsudgifter, mia. kr. (pct. af samlet udgift)	Antal tusinde personer (pct. af aldersgruppens indbyggere)	Regionale sundhedsudgifter, mia. kr. (pct. af aldersgruppens udgifter)
	<i>Personer på 18 år eller derover</i>		<i>Personer på 65 år eller derover</i>	
<b>Personer med kroniske sygdomme</b>	1.029 (23,8)	31,1 (48,8)	524 (57,0)	17,8 (65,6)
- heraf med én kronisk sygdom	757 (17,5)	19,0 (29,9)	340 (37,0)	9,6 (35,3)
- heraf med to eller flere kroniske sygdomme	272 (6,3)	12,1 (18,9)	184 (20,0)	8,2 (30,2)
<b>Ældre medicinske patienter</b>	103 (2,4)	10,0 (15,7)	103 (11,2)	10,0 (36,8)

Anm.: Andele i parentes er beregnet med udgangspunkt i aldersgruppens størrelse hhv. samlede medfinansieringsudgift. De regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk behandling på sygehusene samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.

- Forbruget af sundhedsydelser blandt kronikere og ældre medicinske patienter er højere end for den øvrige befolkning, jf. *figur 2*. De gennemsnitlige sundhedsudgifter til kronikere under 65 år (26.324 kr.) er mere end tre gange højere end for den resterende befolkning under 65 år (8.004 kr.), mens udgifterne til personer under 65 år med mere end en kronisk sygdom er endnu højere (43.827 kr.). For ældre personer (65+ årige) med kronisk sygdom (34.027 kr.) er sundhedsudgifterne godt 1½ gange højere end for ældre personer uden (23.728 kr.), mens sundhedsudgifterne for de godt 100.000 ældre medicinske patienter er næsten 100.000 kr. pr. person.
- Mens de ældre (65+ årige) kronikere kun udgør omkring 10 pct. af befolkningen forekommer omkring 30 pct. af alle *udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser* hos denne patientgruppe.

**Figur 2. Gennemsnitlige regionale sundhedsudgifter for kronikere og ældre medicinske patienter, år 2010.**



Anm.: Figuren tilstræber at illustrere de udvalgte grupper i det rigtige størrelsesforhold, men ikke fuldstændigt nøjagtigt. De regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk behandling på sygehusene samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.

- Ligesom for befolkningen generelt observeres en væsentlig variation i sundhedsforbruget på tværs af landet for ældre medicinske patienter og kronikere. Kommunerne i mellem varierer de gennemsnitlige sundhedsudgifter med ca. 40 pct. fra knapt 25.000 til 35.000 kr. pr. kroniker. Denne forskel dækker særligt over variationer i andelen af kronikere, der er i kontakt med sygehuset samt antallet af ambulante besøg pr. kroniker.
- På baggrund af analyserne og de observerede variationer fremstår det, at der er et potentiale for kommunerne ift. at nedbringe borgernes forbrug af sygehjulsydelse gennem den kommunale forebyggelses- og plejeindsats. Dette potentiale ses særligt i gruppen af ældre medicinske patienter og hos personer med kronisk sygdom.
- Kommunerne har størst mulighed for at sætte ind de steder, hvor de har en sundhedsrelateret kontaktflade til borgerne. De væsentligste sundhedsrelaterede kontaktflader vurderes at være den kommunale hjemmesygepleje, ældrepleje og -omsorg herunder de kommunale plejecentre samt sociale dag- og døgntilbud handicappede og socialt udsatte.
- Analyser af 10 udvalgte kommuner viser, at borgere på plejecentre samt modtagere af personlig pleje i eget hjem udgør ca. 2,4 pct. af borgerne, jf. tabel 2 (på næste side). Denne borgergruppes træk på det somatiske sundhedsvæsen udgør 11,2 pct. af det samlede træk. Inkluderer hjemmeplejens praktiske bistand, der dog vurderes at have mindre sundhedsfaglig relevans, bliver de tilsvarende tal henholdsvis 4,5 pct. og 18 pct. Omkring 90 pct. af alle borgere har kontakt til almen praksis, mens godt 40 pct. har kontakt til det regionale sygehjulsvesen.
- Grupperne af borgere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem har begge et højere sundhedsforbrug end ældre borgere i almindelighed. Kommunen har via disse indsatser kontakt med omkring 45 pct. af de ældre (65+ årige), der indlægges med en forebyggelig diagnose og mere end 40 pct. af de ældre, der genindlægges. Det vurderes, at der er et særligt potentiale for målrettede kommunale indsatser ift. borgere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem.

- Sundhedsforbruget blandt ældre på plejecentre (30.948 kr.) er væsentligt lavere end borgergruppen, der modtager personlig pleje i eget hjem (61.503 kr.). Det skyldes, at modtagere af personlig pleje indlægges omkring to gange hyppigere og antallet af ambulante besøg er omkring 2½ gange højere end hos borgere på plejecentre. Endeligt er antallet af ambulante besøg for borgere på plejecentrene omkring en tredjedel lavere end for den samlede ældre befolkning. Der er således en betydelig forskel i sundhedsforbrug blandt de to grupper, som ikke umiddelbart kan forklares af gruppernes sygelighed og funktionsniveau. Dette kan indikere, at den tætte pleje og omsorg, der finder sted på plejecentrene, medvirker til at reducere borgernes sundhedsforbrug i det regionale sundhedsvæsen. Udvalget arbejder videre på at analysere dette nærmere. Det skal bemærkes, at analysen ser isoleret på det regionale sundhedsforbrug og ikke tager højde for de samlede samfundsøkonomiske udgifter ved pleje i eget hjem kontra på plejecentre.

**Tabel 2. Regionalt sundhedsforbrug blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser – 10 udvalgte kommuner**

	Gruppens størrelse, som pct. af den samlede befolkning	Gruppens sundhedsudgifter som pct. af de samlede sundhedsudgifter	Regionale sundhedsudgifter pr. person	Antal indlæggelser pr. 1000 personer	Antal ambulante besøg pr. 1000 personer
<i>Reference</i>					
Hele befolkningen	100,0	100,0	11.724	194	1.148
Indbyggere på 65 år eller derover	16,8	35,7	24.917	377	2.258
<i>Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser</i>					
Borgere på plejecentre	0,6	1,5	30.948	605	1.558
Modtagere af personlig pleje (og evt. praktisk hjælp) i eget hjem	1,8	9,7	61.503	1.072	3.975
Modtagere af praktisk hjælp i eget hjem (men ingen personlig pleje)	2,1	6,6	37.420	592	3.341

Anm.: De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg kommuner. Ydelserne er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem. De regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk behandling på sygehusene samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.

## **b) Analyse af indsatser (kvalitativ analyse)**

- Analysen viser, at alle kommuner arbejder med at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. De konkrete indsatser og intensiteten heraf varierer på tværs af kommunerne.
- Analysen viser grundlæggende, at der mangler evidensbaserede evalueringer af, hvad der virker og hvad der virker godt, og dermed hvilke typer indsatser kommunerne skal fokusere på for at opnå den største effekt.
- De områder, hvor der eksisterer evidens for effekt peger på indsatser som opfølgende hjemmebesøg, følge-hjem-ordninger og visse telemedicinske tiltag, der typisk gennemføres i samarbejde med regionerne.
- COWI har baseret på interviews med kommuner, sygehuse og regioner gennemført en kvalitativ analyse af forebyggelsesindsatsen i 10 udvalgte kommuner (Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg kommuner). COWI's analyse peger på en række indsatser, der kan have potentiale i forhold til at reducere borgernes sundhedsforbrug i det regionale sundhedsvæsen. I COWI's analyse peges på, at der er

dokumentation for effekten af opfølgende hjemmebesøg og følge-hjem-ordninger. Herudover vurderer COWI på baggrund af deres kvalitative analyse, at følgende kommunale indsatser har "størst potentiale" for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter: dialog og samarbejde mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, kompetenceudvikling af frontpersonale, akutindsatser og opfølgende hjemmebesøg. Hertil kommer følgende tiltag, som efter COWI's vurdering har et "mellemstort potentiale": faldforebyggelse, indsatser vedr. medicin håndtering, telemedicinske initiativer, diagnoserettede tilbud, genoptræning og vedligeholdende træning samt udskrivningskoordinatorer og fremskudt visitation. Der er ikke foretaget en ekstern sundhedsfaglig eller evidensbaseret vurdering heraf.

- Det har ikke været muligt at afdække en klar sammenhæng mellem de kvantitative resultater og de kvalitative resultater. Det observeres dog, at flere kommuner, som ifølge COWI, har en høj indsatsintensitet i forhold til kronikere og ældre medicinske patienter tilsvarende har relativt lave sundhedsudgifter hertil ligesom flere kommuner med en lav indsatsintensitet har relativt høje sundhedsudgifter til kronikere.

### **c) Dokumentation af kommunale indsatser**

- Dokumentationen af kommunale indsatser er kommet i større fokus i takt med, at kommunerne har fået flere opgaver på sundhedsområdet. Der er behov for at kommunerne arbejder mere systematisk med at dokumentere og evaluere de kommunale indsatser.
- Dokumentation af aktiviteten i det regionale sundhedsvæsen og tilgængelighed af informationer er et væsentligt grundlag for planlægning og styring af kommunale sundhedsindsatser. Ligeledes er informationer om kommunale indsatser relevante for regionerne i forhold til blandt andet at sikre en højere kvalitet i regionernes forebyggelse og behandling.
- Det vurderes, at et stort potentiale for bedre viden om indsatser og systematisk udbredelse af de gode eksempler kan indfries gennem øget gennemsigtighed og formidling af relevant viden via en central platform, der er tilgængelig for alle relevante aktører på sundhedsområdet
- For at sikre fremtidig mulighed for at kunne belyse sammenhæng, patientforløb og kvalitet på tværs af regionale og kommunale tilbud, skal der arbejdes for større deling af relevant dokumentation om de forskellige indsatser mellem de relevante aktører. Relevant information bør samles nationalt og systematisk videreformidles til relevante parter.
- eSundhed/KØS udgør i dag den centrale platform for videreformidling af sundhedsinformation. Der er dog en række udfordringer for kommunerne i forhold til at benytte denne platform som et grundlag for ledelsesinformation. I forhold til at styrke denne platform er der behov for fremadrettet at arbejde videre med:
  - o at udbygge brugervenligheden og funktionaliteten i systemet således at de rette informationer er mere tilgængelige, herunder bl.a. etablering af en række relevante standard-rapporter på forskellige områder
  - o at sikre at potentialet i eSundhed/KØS udnyttes bedre ved at inddrage oplysninger, der understøtter en styrket sammenhæng mellem sundhedsindsatsen i kommunerne og de øvrige kommunale indsatser, herunder at der forsat arbejdes for tilføjelse af nye datakil-

der såsom beskæftigelsesdata (DREAM), kommunale plejedata (EOJ) samt markører for borgere der bor på plejecentre og personer med kronisk sygdom.

### 3. Det videre arbejde

Udvalget arbejder videre med analyserne og vil herudover fokusere på følgende to områder, jf. kommissoriet.

- I. *"Der overvejes snitfladeproblematikker i tilfælde, hvor patienter krydser sektor- og myndighedsgrænser, med afsæt i resultaterne af den kvantitative og kvalitative analyse. I den forbindelse skal der generelt være fokus på sundhedsaftalernes funktion"*
- II. *"Belyse mulighederne for modeller, herunder økonomiske, der inden for sundhedslovens rammer kan styrke og effektivisere samarbejdet mellem kommuner og regioner. Afsættet herfor er, at der ikke etableres parallelle behandlingssystemer, samt at pleje og behandling på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON) sikres"*

Resultaterne af udvalgets endelige afrapportering i efteråret 2012 vil pege på de områder, hvor der er størst potentiale for en forbedret kommunal forebyggelse. Dermed kan resultaterne være med til at pege på, hvorledes sundheds- og plejeindsatser fremadrettet kan tilrettelægges og prioriteres for at opnå de bedste resultater.



# BILAG

## Kommissorium for udvalg vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse

Den økonomiske situation sætter snævre grænser for væksten i de offentlige udgifter. Der skal derfor overalt i den offentlige sektor ske en løbende nytænkning og effektivisering, der kan frigøre ressourcer og sikre et højt serviceniveau og en bedre kvalitet i den offentlige velfærd.

På sygehusområdet pågår et arbejde med at samle den specialiserede behandling på færre sygehuse. Samtidig udvikler sygehusene en række tilbud i form af udgående teams, regionale akut- og sundhedshuse, informations-, uddannelses- og rådgivningsmuligheder til patienter og primærsektoren, telemedicinske løsninger mv.

I den videre udvikling af sundhedsvæsenet er det vigtigt, at kommunernes forebyggelses<sup>1</sup>- og plejeindsats fungerer i samspil med regionernes indsats og bl.a. skal ses i lyset af sygehusvæsenets tilbud, udviklingen i demografi og sygdomsmønster med flere kronikere og flere ældre medicinske patienter, ny og mere skånsom behandlingsteknologi, kortere indlæggelser/accelererede patientforløb og øget ambulant behandling.

Det fremgår bl.a. af Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS), at der er forskelle i kommunernes medfinansieringsudgifter pr. indbygger. Der er et potentiale for at effektivisere indsatsen i kommunerne og dermed bl.a. nedbringe antallet af sygehusbehandlinger.

Blandt andet med henblik på at identificere potentialer for en mere effektiv forebyggelsesindsats på det somatiske område og styrke grundlaget for at dokumentere, sammenligne og analysere kommunernes indsats og udbredelse af de gode eksempler mere systematisk nedsættes et udvalg bestående af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand), Finansministeriet samt Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Udvalget får til opgave:

- a) At redegøre for regelgrundlag mv. for opgaver i den kommunale og regionale forebyggelses- og plejeaktivitet.
- b) At foretage en generel kvantitativ analyse af kommunale forskelle i sundhedsforbruget i det regionale sundhedsvæsen (produktionsværdi, kommunal medfinansiering, udskrivninger og ambulante besøg mv.). Der gennemføres analyser af kommunale forskelle i sundhedsforbruget på udvalgte patientgrupper bl.a. antallet af indlæggelser og genindlæggelser for fx ældre medicinske patienter, kronikere og nyfødte.

---

<sup>1</sup> Både den borgerrettede forebyggelse, som skal medvirke til at forhindre, at sygdom opstår, og den patientrettede forebyggelse, der skal medvirke til at borgere, som har fået konstateret en kronisk sygdom eller en anden sygdom, bliver i stand til at håndtere og leve med deres sygdom, herunder undgå eller begrænse følgerne og komplikationerne af sygdommen.

- c) På baggrund af analyseresultaterne i (b) analyseres indsatsen i et antal kommuner med henblik på at belyse forskelle i indsatsen, arbejdstilrettelæggelsen, opgavefordeling og samarbejde mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis, mv. som forklaringsfaktorer for forskelle i forbruget af regionale sundhedsydelse. Analysen skal bl.a. fokusere på relevante indsatser vedr. eksempelvis patientuddannelse og rehabiliteringsforløb, døgndækkende tilbud på sygeplejeområdet, borgerrettede forebyggelsesindsatser osv. Denne delopgave udføres med eksternt bidrag.
- d) Belyse mulighederne for hvorledes resultaterne af det samlede arbejde fremadrettet kan anvendes til at dokumentere og sammenligne kommunernes indsats på sundhedsområdet med henblik på at effektivisere kommunernes indsats yderligere samt udbrede de gode eksempler systematisk. Det kan bl.a. ske via videreudviklingen af KØS.
- e) Overveje snitfladeproblematikker i tilfælde, hvor patienter krydser sektor- og myndighedsgrænser, med afsæt i resultaterne af den kvantitative og kvalitative analyse. I den forbindelse skal der generelt være fokus på sundhedsaftalernes funktion.
- f) Belyse mulighederne for modeller, herunder økonomiske, der inden for sundhedslovens rammer kan styrke og effektivisere samarbejdet mellem kommuner og regioner. Afsættet herfor er, at der ikke etableres parallelle behandlingssystemer, samt at pleje og behandling på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON) sikres.

Udvalgets forslag må ikke indebære offentlige merudgifter.

Sekretariatet for udvalgsarbejdet varetages af Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Ekstern bistand vil kunne benyttes til løsning af dele af udvalgets opgave.

Udvalget afrapporterer i foråret 2012 vedrørende punkterne (a-d), mens punktet (e-f) afrapporteres i efteråret 2012. Udvalgets arbejde skal ses i lyset af evalueringen af kommunalreformen og den centrale målsætning om et omkostningseffektivt sundhedsvæsen med sammenhængende patientforløb og effektiv forebyggelse. Udvalgets analyser og overvejelser vil derfor også have karakter af indspil til arbejdet i udvalget vedr. evaluering af kommunalreformen.