

Monitorering af
nationale indikatorer,
pejlemærker og indsatser
Status 1.halvår 2016

Sundhedsaftalen 2015-2018



Indhold

Monitorering af de nationale indikatorer	3
Indikator 1: Genindlæggelser	4
Indikator 2: Forebyggelige indlæggelser	6
Indikator 3: Akutte medicinske og psykiatriske korttidsindlæggelser	7
Indikator 4: Færdigbehandlede patienter	9
Indikator 5: Ventetid til udredning inden for børne- og ungepsykiatrien	11
Indikator 6: Ventetid til genoptræning	11
Indikator 7: Fordeling mellem almene og specialiserede genoptræningsplaner	12
Indikator 8: Patientoplevelset samarbejde og kommunikation	13
Indikator 10: Implementering af MedComs 7 hospital/kommune standarder	14
Monitorering af sundhedsaftalens 10 pejlemærker	15
Monitorering af indsatser	19

Monitorering af de nationale indikatorer

Indikator
1. Genindlæggelser
2. Forebyggelige indlæggelser
3. Akutte medicinske korttidsindlæggelser
4. Færdigbehandlede patienter
5. Ventetid til udredning inden for børne- og ungepsykiatrien
6. Ventetid til genoptræning
7. Fordeling mellem almene og specialiserede genoptræningsplaner
8. Antal genoptræningsplaner fordelt på diagnose, kommune og hospital
9. Patientoplevelt samarbejde og kommunikation
10. Implementering af MedComs 7 hospital/kommune standarder

De nationale indikatorer er udviklet af Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen til monitorering af sundhedsaftalerne i samarbejde med Danske Regioner/regioner, KL/kommuner, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I tabellerne er benyttet de nyeste data for indikatorerne, der var tilgængelige medio 2016. Så vidt muligt viser tabellerne/graferne data for hver af de 17 kommuner, for Region Sjælland samlet samt for hele landet.

Det skal bemærkes, at nyeste data er fra 2015 og afspejler 1. år med den nye sundhedsaftale. Denne monitorering kan ses 1. års udvikling for det igangværende arbejde under sundhedsaftalen 2015-2018 sammenlignet med baselinemåling for 2014.

I denne monitorering indgår 10 af de 13 nationale indikatorer. Indikator 8 "Antal genoptræningsplaner fordelt på diagnose, kommune og hospital opgøres ikke længere og udgår som aftalt af monitoreringen". Indikator 9 og 10 opgøres heller ikke længere som led i den nationale monitorering. Datakilder fremgår af rapporten ved de enkelte indikatorer.

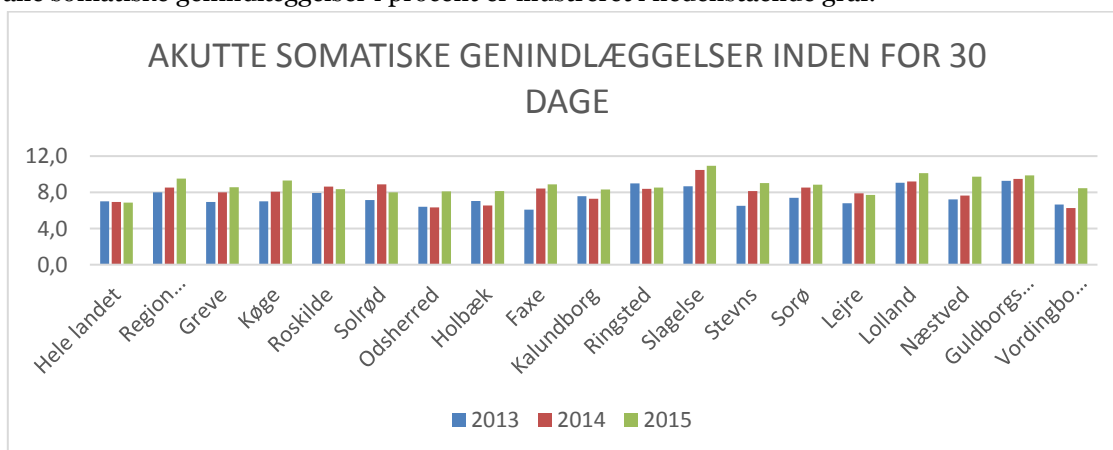
Indikator 1: Genindlæggelser

På eSundhed optræder genindlæggelser som "Akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage" og "Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage".

AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDEN FOR 30 DAGE				
GEOGRAFI	ENHED	2013	2014	2015
Hele landet	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,0	6,9	6,9
Region Sjælland	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,0	8,5	9,5
Greve	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,9	8,0	8,6
Køge	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,0	8,1	9,3
Roskilde	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,9	8,6	8,3
Solrød	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,1	8,9	8,0
Odsherred	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,4	6,3	8,1
Holbæk	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,0	6,5	8,1
Faxe	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,1	8,4	8,9
Kalundborg	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,6	7,3	8,3
Ringsted	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	9,0	8,4	8,5
Slagelse	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,7	10,5	10,9
Stevns	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,5	8,1	9,0
Sorø	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,4	8,5	8,8
Lejre	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,8	7,9	7,7
Lolland	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	9,1	9,2	10,1
Næstved	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,2	7,6	9,7
Guldborgsund	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	9,3	9,5	9,9
Vordingborg	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,6	6,3	8,5

Tabel 1 Akutte somatiske genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskrivning) er opgjort som andel af samlet antal somatiske indlæggelser (ekskl. Ulykker og kræft). Beregningerne er baseret på Landspatientregistret

Andelen af alle somatiske genindlæggelser i procent er illustreret i nedenstående graf.



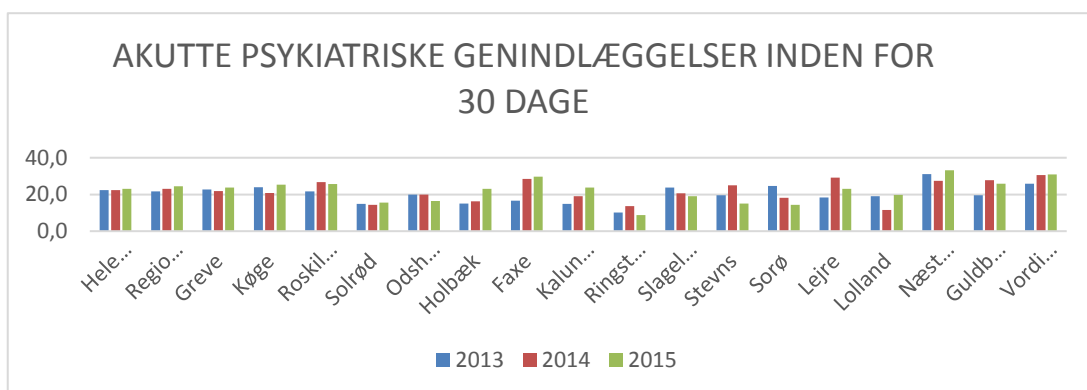
Figur 1 Akutte somatiske genindlæggelser er opgjort som andel af samlet antal somatiske indlæggelser (ekskl. ulykker og kræft).

AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDEN FOR 30 DAGE

GEOGRAFI	ENHED	2013	2014	2015
Hele landet	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	22,3	22,4	23,1
Region Sjælland	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	21,6	23,1	24,5
Greve	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	22,7	21,8	23,7
Køge	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	23,9	20,8	25,4
Roskilde	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	21,6	26,7	25,7
Solrød	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	14,8	14,4	15,5
Odsherred	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	20,0	19,9	16,5
Holbæk	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	15,0	16,2	23,0
Faxe	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	16,6	28,4	29,7
Kalundborg	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	14,8	19,0	23,7
Ringsted	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	10,1	13,7	8,8
Slagelse	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	23,8	20,7	19,0
Stevns	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	19,6	25,0	15,1
Sorø	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	24,6	18,1	14,4
Lejre	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	18,3	29,2	23,1
Lolland	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	19,1	11,5	19,8
Næstved	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	31,0	27,4	33,1
Guldborgsund	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	19,5	27,8	25,9
Vordingborg	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	25,8	30,6	30,9

Tabel 2 Akutte psykiatriske genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskrivning) er opgjort som andel af samlet antal psykiatriske indlæggelser og som antal. Beregningerne er baseret på Landspatientregistret (DRG-grupperet).

Andelen af psykiatriske genindlæggelser i procent er illustreret i efterfølgende graf.



Figur 1 Akutte psykiatriske genindlæggelser er opgjort som andel af samlet antal psykiatriske indlæggelser

Indikator 2: Forebyggelige indlæggelser

På eSundhed optræder forebyggelige indlæggelser som ”Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+)”.

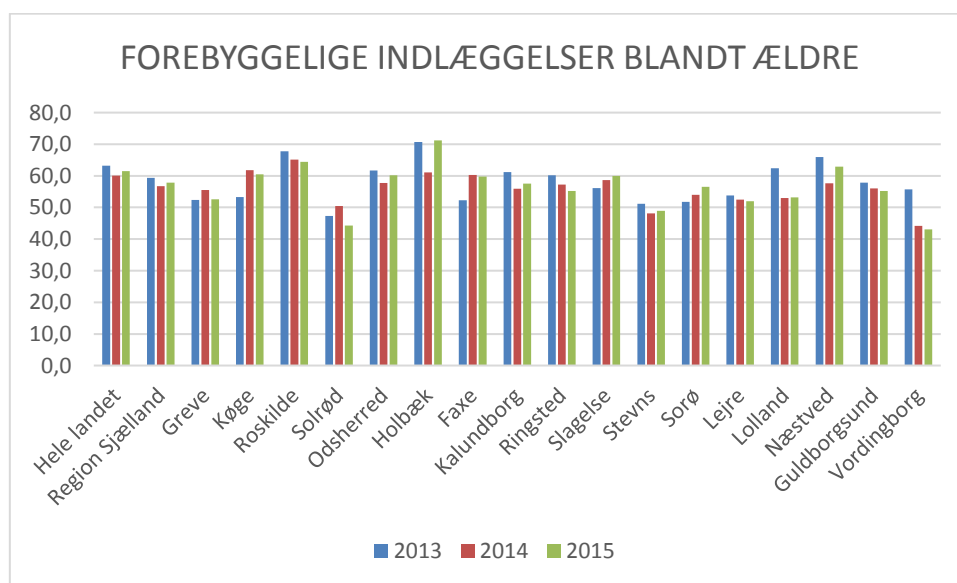
Forebyggelige indlæggelser defineres som indlæggelser, hvor aktionsdiagnosen i første kontakt hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER BLANDT ÆLDRE

GEOGRAFI	ENHED	2013	2014	2015
Hele landet	Antal pr. 1.000 ældre	63,2	60,1	61,5
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 ældre	59,4	56,8	57,8
Greve	Antal pr. 1.000 ældre	52,4	55,5	52,5
Køge	Antal pr. 1.000 ældre	53,2	61,8	60,5
Roskilde	Antal pr. 1.000 ældre	67,8	65,1	64,4
Solrød	Antal pr. 1.000 ældre	47,3	50,5	44,3
Odsherred	Antal pr. 1.000 ældre	61,7	57,7	60,2
Holbæk	Antal pr. 1.000 ældre	70,7	61,1	71,2
Faxe	Antal pr. 1.000 ældre	52,3	60,2	59,8
Kalundborg	Antal pr. 1.000 ældre	61,2	56,0	57,6
Ringsted	Antal pr. 1.000 ældre	60,2	57,3	55,2
Slagelse	Antal pr. 1.000 ældre	56,1	58,7	60,0
Stevns	Antal pr. 1.000 ældre	51,2	48,1	48,9
Sorø	Antal pr. 1.000 ældre	51,7	54,0	56,6
Lejre	Antal pr. 1.000 ældre	53,8	52,5	52,0
Lolland	Antal pr. 1.000 ældre	62,4	53,0	53,1
Næstved	Antal pr. 1.000 ældre	65,9	57,6	62,9
Guldborgsund	Antal pr. 1.000 ældre	57,8	56,0	55,2
Vordingborg	Antal pr. 1.000 ældre	55,7	44,2	43,1

Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ årige) er opgjort som antal pr. 1.000 ældre. Beregningerne er baseret på Landspatientregistret (DRG-grupperet).

For at få et grafisk overblik over tendenserne, er antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre illustreret i grafen på næste side.



Figur 2 Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ årige) er opgjort som antal pr. 1.000 ældre.

Indikator 3: Akutte medicinske og psykiatriske korttidsindlæggelser

Den nationale indikator omtaler kun de somatiske korttidsindlæggelser, men da psykiatrien sidestilles med somatikken i denne sundhedsaftale, vises her både akutte medicinske korttidsindlæggelser og akutte psykiatriske korttidsindlæggelser.

Korttidsindlæggelser defineres som indlæggelser, hvor patienten er udskrevet på indlæggelsesdagen eller den efterfølgende dag.

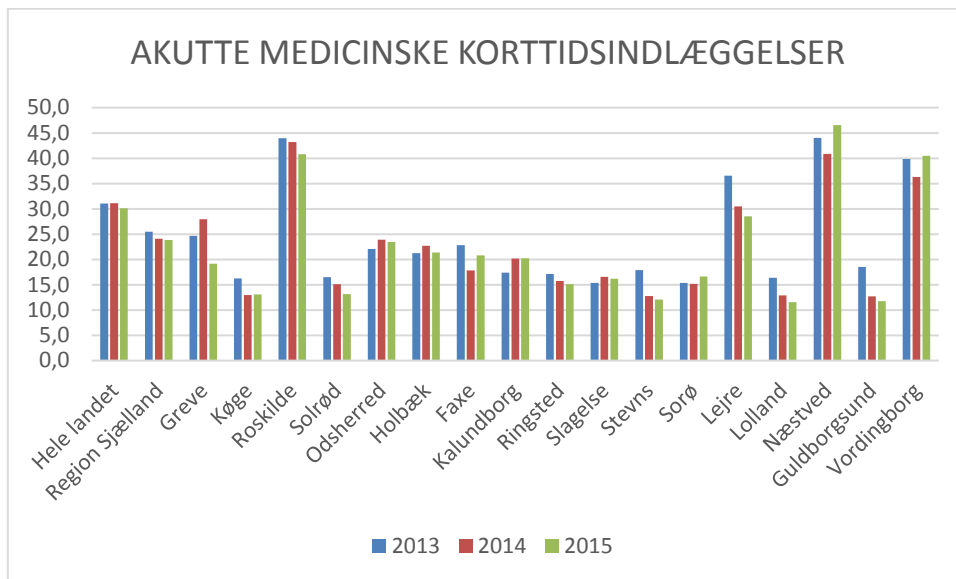
AKUTTE MEDICINSKE KORTTIDSINDLÆGGELSER				
GEOGRAFI	ENHED	2013	2014	2015
Hele landet	Antal pr. 1.000 borgere	31,1	31,1	30,1
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 borgere	25,5	24,1	23,8
Greve	Antal pr. 1.000 borgere	24,7	27,9	19,2
Køge	Antal pr. 1.000 borgere	16,3	13,0	13,1
Roskilde	Antal pr. 1.000 borgere	43,9	43,2	40,8
Solrød	Antal pr. 1.000 borgere	16,5	15,1	13,1
Odsherred	Antal pr. 1.000 borgere	22,0	23,9	23,4
Holbæk	Antal pr. 1.000 borgere	21,2	22,7	21,3
Faxe	Antal pr. 1.000 borgere	22,8	17,8	20,8
Kalundborg	Antal pr. 1.000 borgere	17,4	20,2	20,2
Ringsted	Antal pr. 1.000 borgere	17,1	15,8	15,1
Slagelse	Antal pr. 1.000 borgere	15,4	16,6	16,2
Stevns	Antal pr. 1.000 borgere	17,9	12,8	12,1
Sorø	Antal pr. 1.000 borgere	15,4	15,2	16,6
Lejre	Antal pr. 1.000 borgere	36,6	30,5	28,5
Lolland	Antal pr. 1.000 borgere	16,4	12,9	11,6
Næstved	Antal pr. 1.000 borgere	44,0	40,9	46,6
Guldborgsund	Antal pr. 1.000 borgere	18,5	12,7	11,8
Vordingborg	Antal pr. 1.000 borgere	39,8	36,3	40,5

Figur 3 Akutte medicinske korttidsindlæggelser er opgjort som antal pr. 1.000 borgere. Beregningerne er baseret på Landspatientregistret.

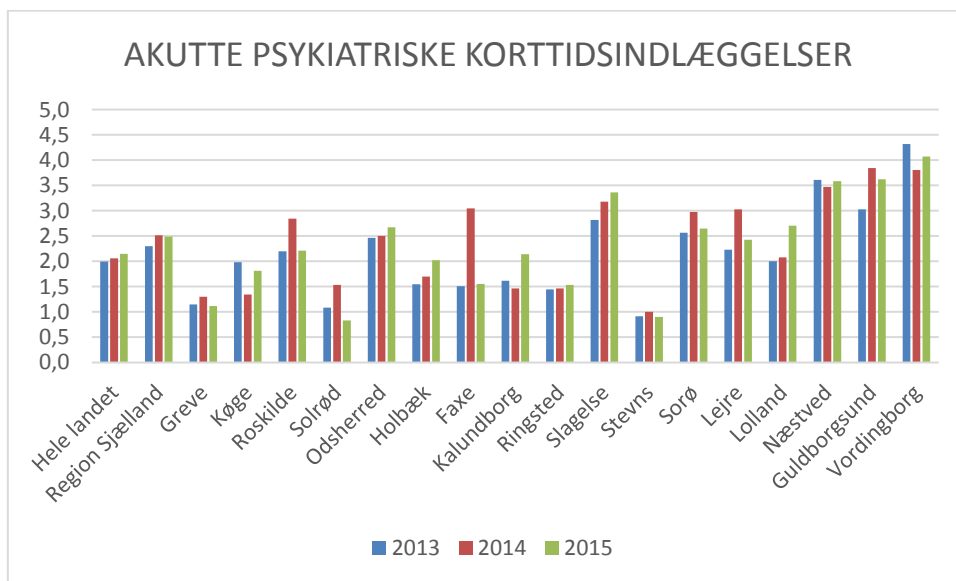
AKUTTE PSYKIATRISKE KORTTIDSINDLÆGGELSER				
GEOGRAFI	ENHED	2013	2014	2015
Hele landet	Antal pr. 1.000 borgere	2,0	2,1	2,1
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 borgere	2,3	2,5	2,5
Greve	Antal pr. 1.000 borgere	1,1	1,3	1,1
Køge	Antal pr. 1.000 borgere	2,0	1,3	1,8
Roskilde	Antal pr. 1.000 borgere	2,2	2,8	2,2
Solrød	Antal pr. 1.000 borgere	1,1	1,5	0,8
Odsherred	Antal pr. 1.000 borgere	2,5	2,5	2,7
Holbæk	Antal pr. 1.000 borgere	1,5	1,7	2,0
Faxe	Antal pr. 1.000 borgere	1,5	3,0	1,6
Kalundborg	Antal pr. 1.000 borgere	1,6	1,5	2,1
Ringsted	Antal pr. 1.000 borgere	1,4	1,5	1,5
Slagelse	Antal pr. 1.000 borgere	2,8	3,2	3,4
Stevns	Antal pr. 1.000 borgere	0,9	1,0	0,9
Sorø	Antal pr. 1.000 borgere	2,6	3,0	2,6
Lejre	Antal pr. 1.000 borgere	2,2	3,0	2,4
Lolland	Antal pr. 1.000 borgere	2,0	2,1	2,7
Næstved	Antal pr. 1.000 borgere	3,6	3,5	3,6
Guldborgsund	Antal pr. 1.000 borgere	3,0	3,8	3,6
Vordingborg	Antal pr. 1.000 borgere	4,3	3,8	4,1

Figur 4 Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser er opgjort som antal pr. 1.000 borgere. Beregningerne er baseret på Landspatientregistret (DRG-grupperet).

For at få et grafisk overblik over tendenserne, er antallet af akutte medicinske og psykiatriske korttidsindlæggelser illustreret i de følgende to grafer.



Figur 5 Akutte medicinske korttidsindlæggelser er opgjort som antal pr. 1.000 borgere.



Figur 6 Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser er opgjort som antal pr. 1.000 borgere.

Indikator 4: Færdigbehandlede patienter

Den nationale indikator for færdigbehandlede patienter er opgjort som det antal dage, en patient ligger på et sygehus, efter det er lægeligt vurderet, at den fortsatte behandling ikke kræver sygehusindlæggelse. Tabellerne nedenfor viser denne indikator for både det somatiske og det psykiatriske område.

FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE (SOMATIK)

GEOGRAFI	ENHED	2013	2014	2015
Hele landet	Antal pr. 1.000 borgere	6,9	7,1	6,1
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 borgere	2,8	1,8	2,0
Greve	Antal pr. 1.000 borgere	3,0	2,1	1,9
Køge	Antal pr. 1.000 borgere	2,4	2,4	7,4
Roskilde	Antal pr. 1.000 borgere	0,4	1,7	0,1
Solrød	Antal pr. 1.000 borgere	6,6	6,8	2,5
Odsherred	Antal pr. 1.000 borgere	1,9	2,5	1,7
Holbæk	Antal pr. 1.000 borgere	5,8	2,3	6,3
Faxe	Antal pr. 1.000 borgere	7,9	5,3	0,4
Kalundborg	Antal pr. 1.000 borgere	1,5	2,0	1,0
Ringsted	Antal pr. 1.000 borgere	0,9	1,8	1,2
Slagelse	Antal pr. 1.000 borgere	1,0	0,2	0,5
Stevns	Antal pr. 1.000 borgere	18,8	6,6	1,4
Sorø	Antal pr. 1.000 borgere	1,4	0,3	0,5
Lejre	Antal pr. 1.000 borgere	3,2	1,4	2,5
Lolland	Antal pr. 1.000 borgere	2,5	0,7	1,5
Næstved	Antal pr. 1.000 borgere	0,8	0,7	1,3
Guldborgsund	Antal pr. 1.000 borgere	2,4	0,5	1,1
Vordingborg	Antal pr. 1.000 borgere	1,6	1,4	1,3

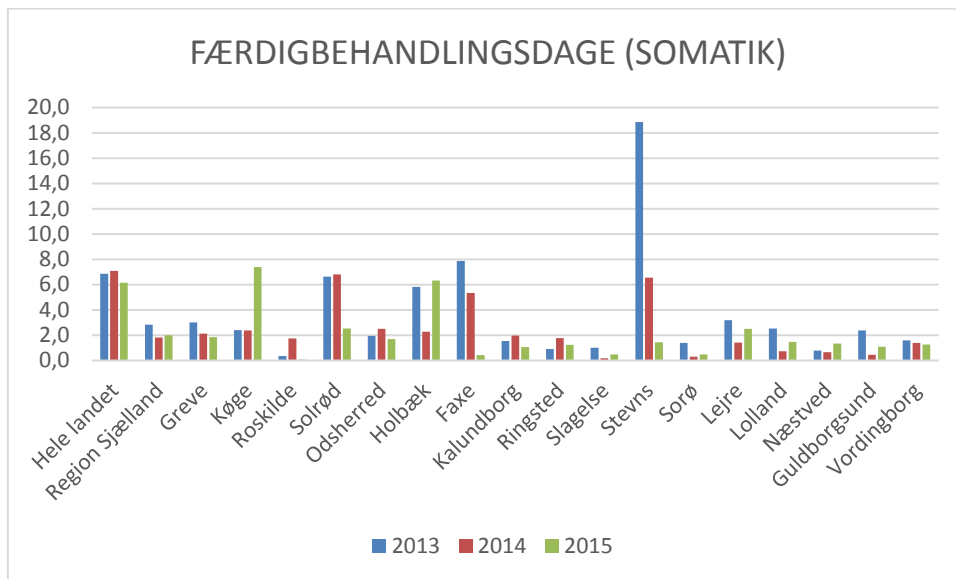
Figur 7 Færdigbehandlingsdage er opgjort som antal dage pr. 1.000 borgere. Opgørelserne er baseret på Landspatientregistret (DRG-grupperet) og svarende til det, der er afregnet i henhold til Sundhedsloven.

FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE (PSYKIATRI)

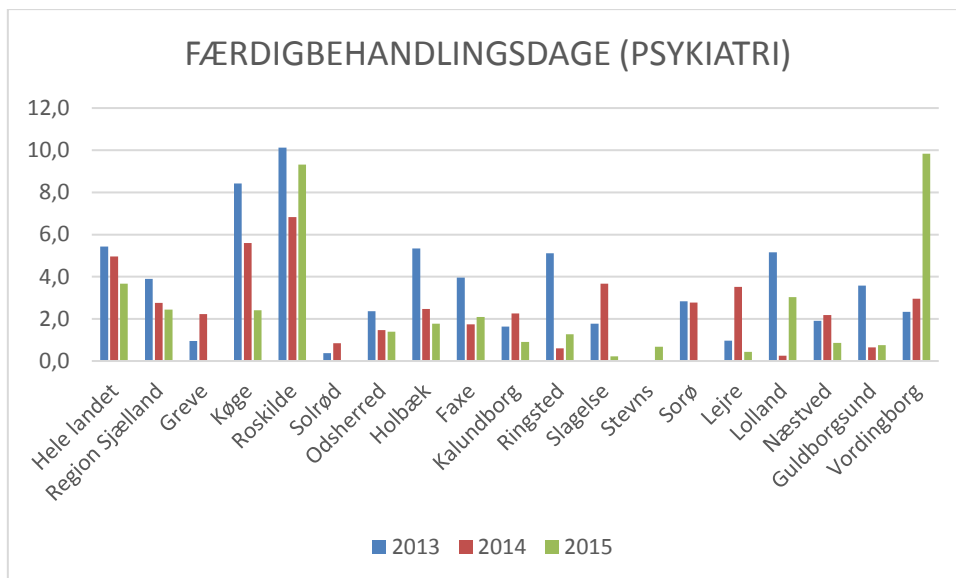
GEOGRAFI	ENHED	2013	2014	2015
Hele landet	Antal pr. 1.000 borgere	5,4	5,0	3,7
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 borgere	3,9	2,8	2,4
Greve	Antal pr. 1.000 borgere	1,0	2,2	0,0
Køge	Antal pr. 1.000 borgere	8,4	5,6	2,4
Roskilde	Antal pr. 1.000 borgere	10,1	6,8	9,3
Solrød	Antal pr. 1.000 borgere	0,4	0,8	0,0
Odsherred	Antal pr. 1.000 borgere	2,4	1,5	1,4
Holbæk	Antal pr. 1.000 borgere	5,3	2,5	1,8
Faxe	Antal pr. 1.000 borgere	4,0	1,7	2,1
Kalundborg	Antal pr. 1.000 borgere	1,6	2,3	0,9
Ringsted	Antal pr. 1.000 borgere	5,1	0,6	1,3
Slagelse	Antal pr. 1.000 borgere	1,8	3,7	0,2
Stevns	Antal pr. 1.000 borgere	0,0	0,0	0,7
Sorø	Antal pr. 1.000 borgere	2,8	2,8	0,0
Lejre	Antal pr. 1.000 borgere	1,0	3,5	0,4
Lolland	Antal pr. 1.000 borgere	5,2	0,3	3,0
Næstved	Antal pr. 1.000 borgere	1,9	2,2	0,9
Guldborgsund	Antal pr. 1.000 borgere	3,6	0,6	0,8
Vordingborg	Antal pr. 1.000 borgere	2,3	2,9	9,8

Figur 8 Færdigbehandlingsdage er opgjort som antal dage pr. 1.000 borgere. Opgørelserne er baseret på Landspatientregistret (DRG-grupperet) og svarende til det, der er afregnet i henhold til Sundhedsloven.

For at få et grafisk overblik over tendenserne, er antallet af færdigbehandlingsdage for hhv. somatik og psykiatri illustreret i de følgende grafer.




Figur 9 Færdigbehandlingsdage er opgjort som antal dage pr. 1.000 borgere.



Figur 10 Færdigbehandlingsdage er opgjort som antal dage pr. 1.000 borgere.

Indikator 5: Ventetid til udredning inden for børne- og ungepsykiatrien

Indikatoren for ventetid til udredning inden for børne- og ungepsykiatrien findes kun på regionsniveau. Derfor vises tabellen nedenfor kun for Region Sjælland samt for hele landet. Ventetid til 1. psykiatriske sygehuskontakt er ventetiden fra henvisning modtaget til første fremmøde. I ventetiden indgår kun perioder, hvor patienten er reelt ventende (aktiv ventetid).

SYNLIGE RESULTATER				
GEOGRAFI	ENHED	PERIODE		
VENTETID TIL 1. PSYKIATRISKE SYGEHUSBEHANDLING, BØRN OG UNGE		2013	2014	2015
Region Sjælland	Dage	37	35	23
Hele Landet	Dage	45	30	22

Figur 11 Gennemsnitlig ventetid til 1. sygehuskontakt, antal dage. Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

Indikator 6: Ventetid til genoptræning

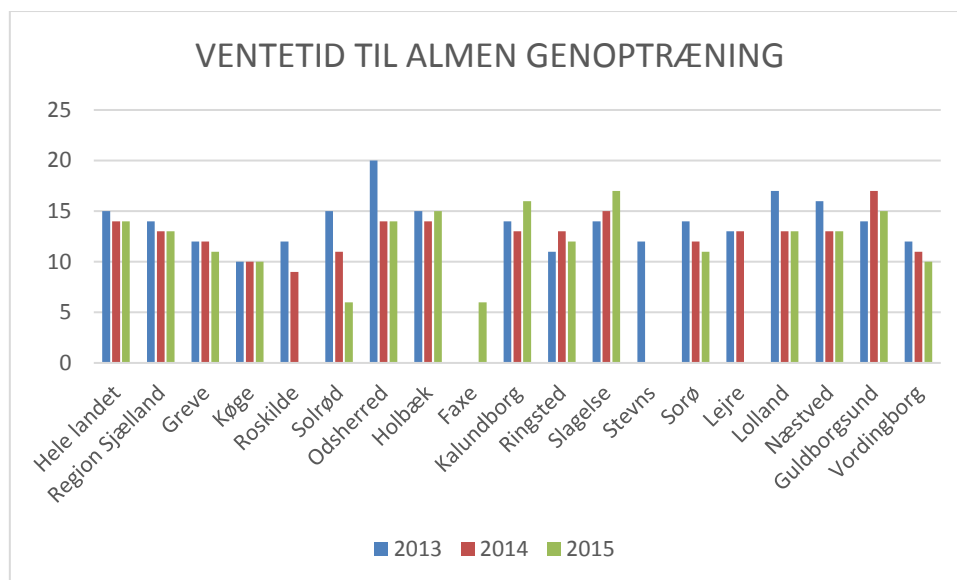
Indikatoren for ventetid til genoptræning findes i eSundhed kun som ventetid til almen genoptræning, og inkluderer derfor ikke evt. regional ventetid til specialiseret genoptræning. Ventetid til kommunal genoptræning angiver perioden mellem registreringen af dato for genoptræningsplan og dato for første genoptræningsydelse ved almindelig genoptræning i kommunerne for borgere, der har fået udarbejdet en genoptræningsplan i sygehusregi.

De nationale data har tidligere været drøftet, og det er kendt, at de ikke giver et retvisende billede af forholdene, idet det ikke er muligt at registrere visse forhold, der har indflydelse på ventetiden. Eksempelvis om borgeren ønske træning udsat eller om der er behandlingsmæssige forhold, der gør, at træning skal vente.

VENTETID TIL ALMEN GENOPTRÆNING				
GEOGRAFI	ENHED	2013	2014	2015
Hele landet	Dage (median)	15	14	14
Region Sjælland	Dage (median)	14	13	13
Greve	Dage (median)	12	12	11
Køge	Dage (median)	10	10	10
Roskilde	Dage (median)	12	9	-
Solrød	Dage (median)	15	11	6
Odsherred	Dage (median)	20	14	14
Holbæk	Dage (median)	15	14	15
Faxe	Dage (median)	-	-	6
Kalundborg	Dage (median)	14	13	16
Ringsted	Dage (median)	11	13	12
Slagelse	Dage (median)	14	15	17
Stevns	Dage (median)	12	-	-
Sorø	Dage (median)	14	12	11
Lejre	Dage (median)	13	13	-
Lolland	Dage (median)	17	13	13
Næstved	Dage (median)	16	13	13
Guldborgsund	Dage (median)	14	17	15
Vordingborg	Dage (median)	12	11	10

Figur 12 Opgørelsen af ventetid vises som medianen og er opgjort som dage. Beregningerne er baseret på Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedslovens §140. Hvis antallet af genoptræningsforløb er <20, vil cellen være markeret med en "-".

For at få et grafisk overblik over tendenserne, er antallet af dage med ventetid til almen genoptræning illustreret i grafen nedenfor.



Figur 13 Opgørelsen af ventetid vises som medianen og er opgjort som dage.

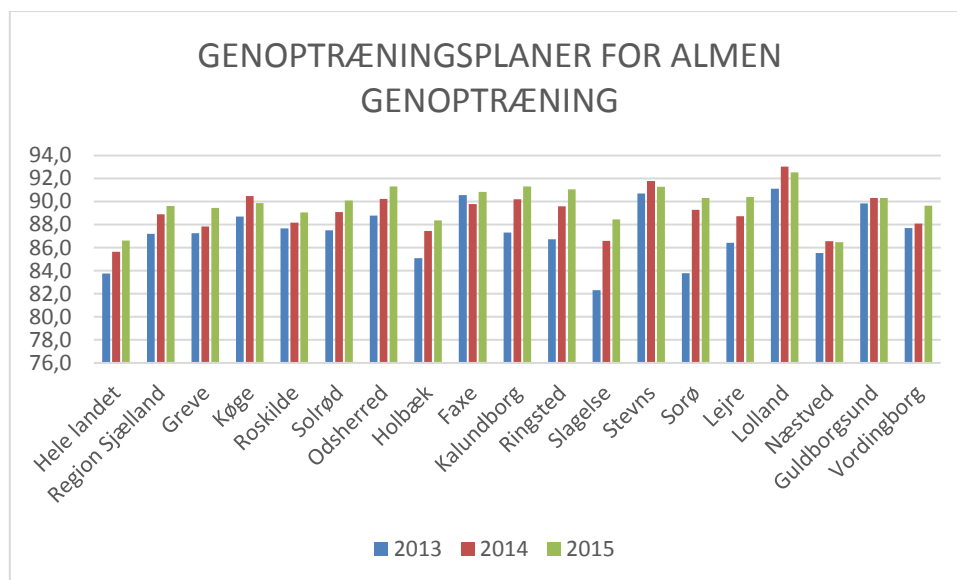
Indikator 7: Fordeling mellem almene og specialiserede genoptræningsplaner

I eSundhed opgøres indikator 7 som andelen af genoptræningsplaner, der gælder almen genoptræning. Dermed er andelen af genoptræningsplaner for specialiseret genoptræning den resterende procentsats ved hver kommune op til de i alt 100%.

GENOPTRÆNINGSPLANER FOR ALMEN GENOPTRÆNING				
GEOGRAFI	ENHED	2013	2014	2015
Hele landet	Andel af alle genoptræningsplaner	83,7	85,7	86,6
Region Sjælland	Andel af alle genoptræningsplaner	87,2	88,9	89,6
Greve	Andel af alle genoptræningsplaner	87,3	87,9	89,4
Køge	Andel af alle genoptræningsplaner	88,7	90,5	89,9
Roskilde	Andel af alle genoptræningsplaner	87,7	88,2	89,1
Solrød	Andel af alle genoptræningsplaner	87,5	89,1	90,1
Odsherred	Andel af alle genoptræningsplaner	88,8	90,2	91,3
Holbæk	Andel af alle genoptræningsplaner	85,1	87,4	88,4
Faxe	Andel af alle genoptræningsplaner	90,6	89,8	90,9
Kalundborg	Andel af alle genoptræningsplaner	87,3	90,2	91,3
Ringsted	Andel af alle genoptræningsplaner	86,7	89,6	91,1
Slagelse	Andel af alle genoptræningsplaner	82,3	86,6	88,5
Stevns	Andel af alle genoptræningsplaner	90,7	91,8	91,3
Sorø	Andel af alle genoptræningsplaner	83,8	89,3	90,3
Lejre	Andel af alle genoptræningsplaner	86,4	88,7	90,4
Lolland	Andel af alle genoptræningsplaner	91,1	93,1	92,5
Næstved	Andel af alle genoptræningsplaner	85,5	86,6	86,5
Guldborgsund	Andel af alle genoptræningsplaner	89,9	90,3	90,3
Vordingborg	Andel af alle genoptræningsplaner	87,7	88,1	89,6

Figur 14 Genoptræningsplaner, der er almene (dvs. ikke specialiserede) genoptræningsplaner, er opgjort som andelen ud af det samlede antal genoptræningsplaner. Beregningerne er baseret på Landspatientregisteret.

For at få et grafisk overblik over tendenserne, er andelen af genoptræningsplaner, der henviser til almen genoptræning, illustreret i grafen nedenfor.



Figur 15 Genoptræningsplaner, der er almene (dvs. ikke specialiserede) genoptræningsplaner, er opgjort som andelen ud af det samlede antal genoptræningsplaner. Beregningerne er baseret på Landspatientregisteret.

Indikator 8: Patientoplevelt samarbejde og kommunikation

For at få belyst det samarbejde og kommunikation mellem sektorer, som patienten oplever, ses på to spørgsmål i LUP undersøgelsen (Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser), der gennemføres hvert år på alle sygehuse i landet.

De to spørgsmål, der belyses i monitoreringen af sundhedsaftalen, er følgende:

1: Blev du informeret om den videre plan for dit forløb, eksempelvis i forhold til opfølgning og genoptræning?

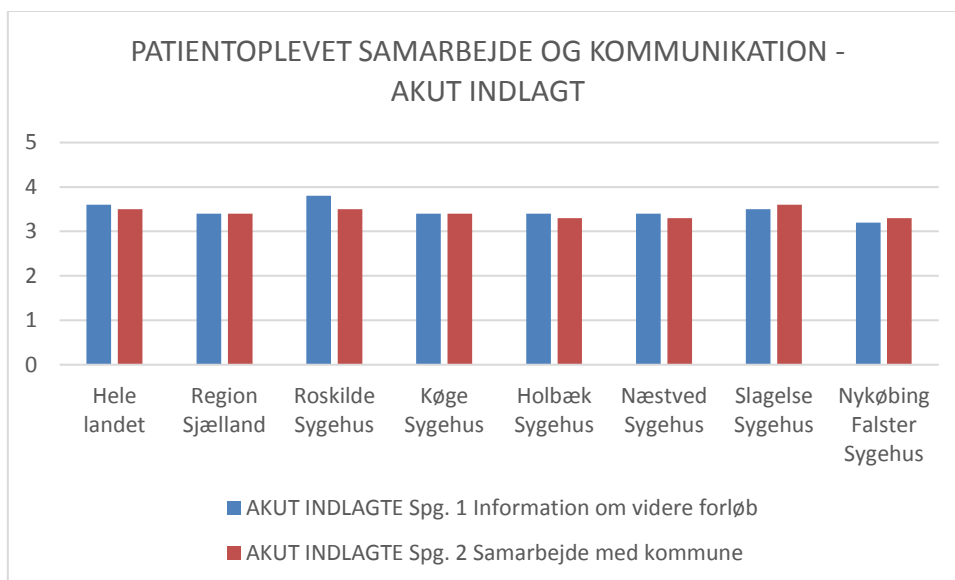
2: Oplevede du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/sundhedsplejerske samarbejdede om din udskrivelse?

Patienterne kan svare på en skala fra 1-5, hvor fem er det bedste. Jo højere gennemsnitstal et sygehus har, des bedre. I tabellen nedenfor ses gennemsnittet på besvarelsene af de to spørgsmål for hhv. akutte indlagte og planlagte indlagte patienter.

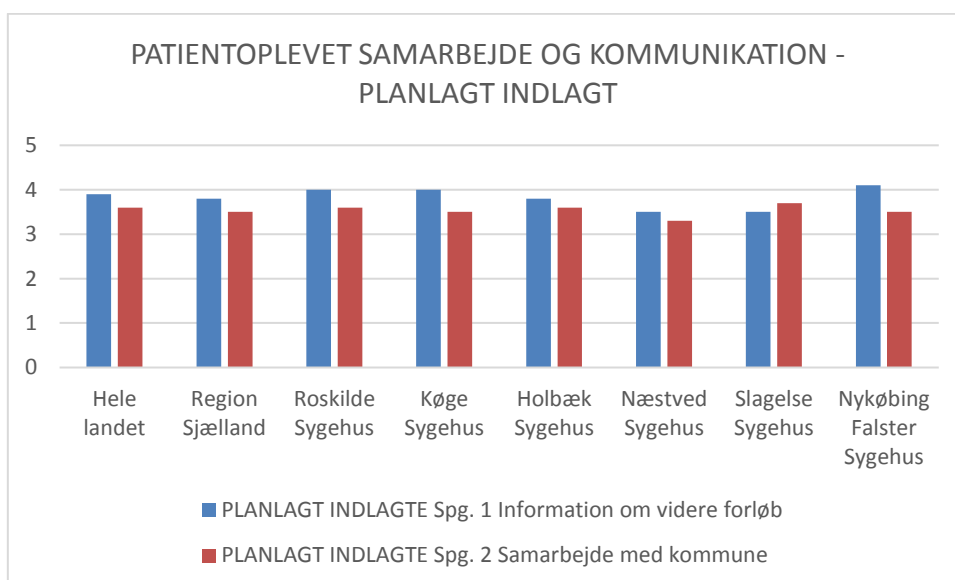
PATIENTOPLEVET SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION				
GEOGRAFI	AKUT INDLAGTE		PLANLAGT INDLAGTE	
	Spg. 1	Spg. 2	Spg. 1	Spg. 2
	Information om videre forløb	Samarbejde med kommune	Information om videre forløb	Samarbejde med kommune
Hele landet	3,6	3,5	3,9	3,6
Region Sjælland	3,4	3,4	3,8	3,5
Roskilde Sygehus	3,8	3,5	4	3,6
Køge Sygehus	3,4	3,4	4	3,5
Holbæk Sygehus	3,4	3,3	3,8	3,6
Næstved Sygehus	3,4	3,3	3,5	3,3
Slagelse Sygehus	3,5	3,6	3,5	3,7
Nykøbing Falster Sygehus	3,2	3,3	4,1	3,5

Figur 16 Patientoplevelt samarbejde og kommunikation, Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2015

For at få et grafisk overblik over tendenserne, er gennemsnitstallene på de to spørgsmål illustreret i de følgende to grafer.



Figur 17 Gennemsnitlig score for akut indlagte patienter på spørgsmålene 1. Information om videre forløb og 2. Samarbejde med kommunerne



Figur 18 Gennemsnitlig score for akut indlagte patienter på spørgsmålene 1. Information om videre forløb og 2. Samarbejde med kommunerne

Indikator 10: Implementering af MedComs 7 hospital/kommune standarder
 Se under pejlemærke 3 næste side.

Monitorering af sundhedsaftalens 10 pejlemærker

De 10 pejlemærker følges i aftaleperioden med henblik på at sikre fremdrift mod vision og målsætning. Plan for monitorering samt valgte metoder er beskrevet i oversigten nedenfor.

Pejlemærke	Monitorerings-interval	Monitorerings-metode	Status efterår 2015
1. Forløbsbeskrivelserne har styrket oplevelsen af det fleksible samarbejde.	1. gang februar 2015 Gentages årligt	Spørgeskemaundersøgelse hos personalet	Undersøgelsen er gennemført februar 2015. Besvarelserne relaterer sig overvejende til samarbejdet før implementering og danner baseline for ny undersøgelse, der gennemføres efteråret 2016.
2. Udviklingen af kvalitet i samarbejdet er baseret på konkret viden med udgangspunkt i den nationale indsats om den ældre medicinske patient (DÆMP).	Baseline DÆMP-rapport marts 2015. Gentages sept. 2016	Journalaudit Opfølgning på anbefalede indsatser i DÆMP-samarbejdet	Audit er gennemført på patienter, udskrevet fra medicinske afdelinger. Rapporten ses her Rapportens anbefalinger anvendes i KSS-samarbejdet. Audit på patienter, udskrevet fra kirurgiske afdelinger er gennemført. Rapporten kan ses her De samlede resultater anvendes i de lokale samarbejdsfora og i den fælles udviklingsgruppe (BOP) som afsæt for konkrete initiativer målrettet problemområder. Undersøgelse af DÆMP-patienter, indlagt i akutafdelinger og som ikke er kendt af kommunerne ved indlæggelsen, er sat i bero.
3. Vores kommunikation foregår elektronisk, relevant og rettidigt.	1. Årligt 2. Baseline DÆMP-rapport marts 2015. Gentages sept. 2016	1. National monitorering af omfang af elektronisk kommunikation 2. Fælles værktøj til vurdering af relevant og rettidigt anvendes. Indgår i DÆMP-journalaudit.	1. Teknisk er sygehus-hjemmeplejeløsningerne og Sygehuspraksispakke fuldt implementere i alle kommuner og på alle sygehuse. Psykiatrien er ikke påbegyndt elektronisk kommunikation Ny elektronisk genoptræningsplan, der understøtter gældende lovgivning er under implementering. 2. DÆMP medicin og DÆMP kirurgi er gennemført. Der arbejdes med anbefalingerne fra de to undersøgelser i alle tværsektorielle samarbejdsfora. DÆMP medicin gentages ultimo 2016 med henblik på at følge udviklingen på området.
4. Antallet af borgere, der oplever at blive inddraget i eget forløb stiger i aftaleperioden.	Årligt	LUP somatik og Psykiatri	Resultater fra 2015 for Region Sjælland. LUP psykiatri indlagte pt.: Spørgsmål 9, "indflydelse på egen

behandling": "Passende inddraget"
opgjort i %

	2013	2014	2015
Landet	78	80	75
Region Sj.	80	78	76

LUP **psykiatri ambulante** pt.:
spørgsmål 8, "indflydelse på egen
behandling": "Passende inddraget"
opgjort i %

	2013	2014	2015
Landet	89	87	88
Region Sj.	89	87	89

LUP somatik: Patienterne kan svare på en skala fra 1-5, hvor fem er det bedste. Spørgsmålet: "Patienterne har mulighed for deltagelse i beslutninger om behandling" gn.snit.

LUP somatik akut indlagt

	2014	2015
Landet	3,0	3,17
Region Sj.	2,96	3,0

LUP somatik planlagt indlagt

	2014	2015
Landet	3,54	3,69
Region Sj.	3,26	3,47

LUP somatik ambulant pt.:

	2014	2015
Landet	3,8	3,92
Region Sj.	3,74	3,87

Undersøgelse af andel af 5-årige i 2014, der har deltaget i

5. Flere børn deltager i de forebyggende

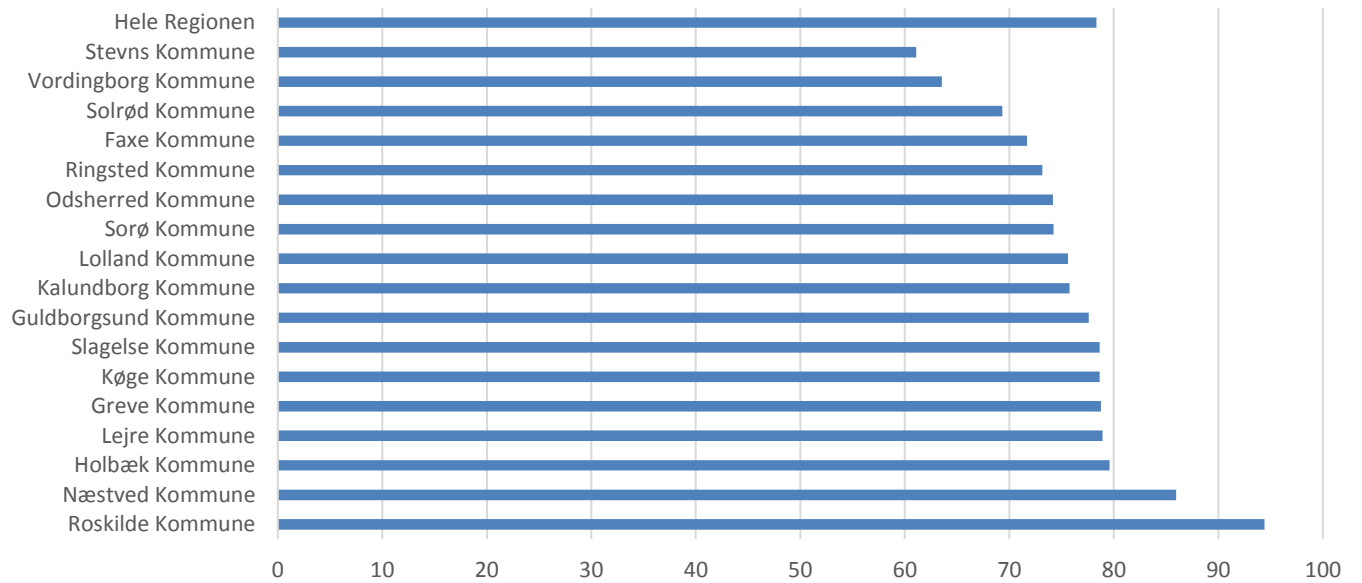
Baseline medio 2015

Træk på børneundersøgelser

helbredsundersøgelser for førskolebørn – særlig blandt børn med mødre uden erhvervsuddannelse.	Gentages ultimo 2016	foretaget af praktiserende læger sammenkobles med oplysninger fra Danmarks Statistik vedrørende moderens uddannelsesniveau.	helbredsundersøgelser for førskolebørn varierer i kommunerne fra 61-94%. Se oversigt side 18. Det har ikke været muligt at sammenholde kvinders uddannelsesniveau og ”mor”-status på eksisterende data. Nu status ved midtvejsevalueringen
6. Læring fra arbejdet med utilsigtede hændelser er omsat til konkrete indsatser med henblik på at udvikle evidens og udbrede best practice.	Årligt	Implementering af anbefalinger i UTH-rapport følges. Metode udvikles.	Afventer årsrapport 2016 De lokale samarbejdsfora melder tilbage, hvordan der er arbejdet med anbefalingerne. Opfølgning på UTH'er tilknyttet psykiatriske bosteder sker i regi af KSP'erne.
7. Tilbud om patientuddannelse og psyko- edukation er udviklet og koordinerede, så tilbuddene supplerer hinanden.	Årligt – start ultimo 2015	Status på arbejde med revision af forløbsprogrammer og arbejdet i koordinerende enhed for patient-uddannelser	Revision af forløbsprogrammerne er afsluttet primo 2016. Model for evaluering af patientuddannelserne er besluttet. Iværksættelse afventer endelig finansiering. Nye tiltag baseres på evaluering.
8. Mennesker med psykiske sygdomme og/eller misbrug er også velbehandlede for deres somatiske sygdomme – såvel på sygehuse som i almen praksis.	Baseline ultimo 2015 Gentages ultimo 2017	Journalaudit på: - Et antal borgere fra botilbud - Et antal indlagte patienter i Psykiatrien	Plan for arbejdet med medicinområdet i kommunale sociale botilbud er lagt frem til beslutning. Afventer bl.a. finansiering. I 2016 implementeres ”Sikker Psykiatri” i Psykiatrien. Et element omfatter somatisk undersøgelse af indlagte patienter. Tallene her fra vil udgøre monitoreringen i Psykiatrien.
9. Forskningsinitiativer understøtter kvalitetsudviklingen af det tværsektorielle samarbejde.	Løbende	Vurdering og prioritering af forskningsinitiativer	Der er aktuelt 4 forskningsprojekter i gang omhandlende det tværsektorielle samarbejde. Se projekterne her
10. Prioriteringsmodeller i forløbsprogrammerne er fulgt, så princippet om ressourcebevidsthed understøttes.	Ultimo 2016	Opfølgning på implementering af forløbsprogrammer	Afventer implementering i 2016/2017. Udrulningsplan er vedtaget i det tværsektorielle samarbejdsforum for somatik.

Andel af børn, der har fået 5 års undersøgelser

Sygesikringsdata, Danmarks Statistik



Monitorering af indsatser

Implementeringsplanen omfatter de indsatser, der er beskrevet i sundhedsaftalen som ”vi vil”. Indsatser, der samlet set, bevæger os frem mod de fælles mål og visionen.

Monitoreringen tager afsæt i implementeringsplanen, og indledes dermed med den grafiske oversigt over indsatsernes fordeling hen over aftaleperioden. Indsatserne er grupperet i indsatsområder.

Efterfølgende findes en uddybende tidsplan for de konkrete indsatser.

På både den grafiske oversigt samt den uddybende tidsplan er der benyttet farverne **rød/gul/grøn**, for at indikere om tidsplanen holder.

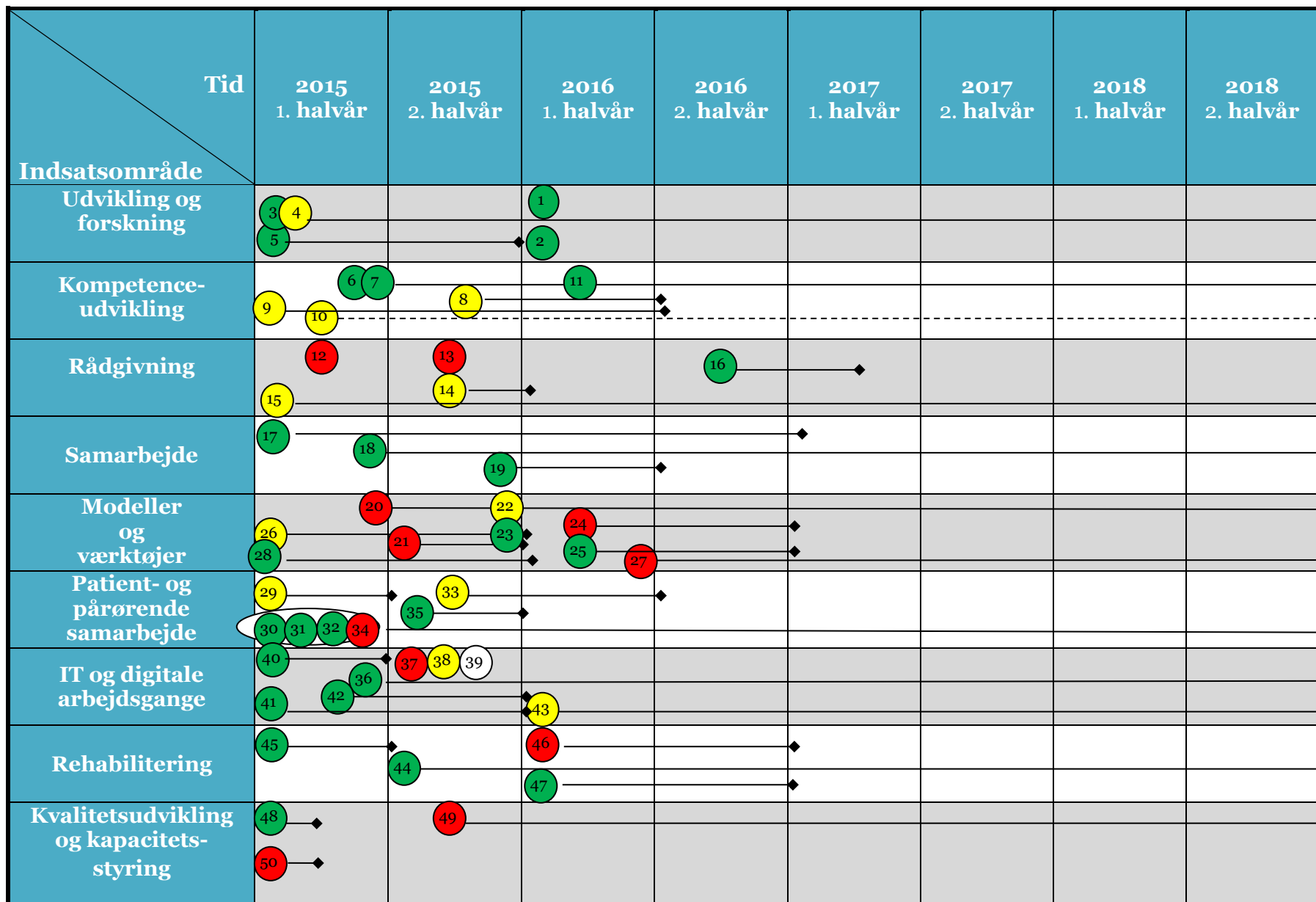
Ved farven grøn indikeres der, at den konkrete indsats overholder tidsplanen.

Ved farven gul indikeres der, at tidsplanen er i fare for at skride.

Ved farven rød indikeres der, at tidsplanen er skredet.

Der er endvidere mulighed for at skrive en kort bemærkning om, hvorfor en tidsplan evt. er skredet.

Farven hvid i statusfeltet betyder, at planlagt opstartstidspunktet for indsatsen endnu ikke er nået.



Overordnede mål				
Flere gode og sunde leveår til borgerne i Region Sjælland		Borgerne oplever sammenhæng og kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet		Mere sundhed for de samme penge
Indsatsområde	Status	Bemærkninger	Konkrete indsatser	Tidsplan
Udvikling og forskning		<p>Region Sjællands nye forskningspolitik betoner vigtigheden af at styrke forskningen i folkesygdomme, inden for akutområdet og i tværsektorielle forløb. Desuden fremhæves det, at samarbejdet med den primære sektor rummer et særligt aktiv for regionen og vil blive styrket. Dermed forbedres adgangen til regionale forskningsmidler på disse områder i de kommende år.</p> <p>Aktuelle projekter:</p> <p>PH-d projekt: Det er ikke min patient. I projektet følges 10-12 ældre medicinske patienter, gennem sygehuset, hjem, til praktiserende læge, osv.</p> <p>PH-d projekt om kommunikation i forbindelse med udskrivning af sårbare ældre patienter.</p> <p>PH-d projekt om effekterne af opfølgende hjemmebesøg for ældre medicinske patienter.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forskningsprojekter med fokus på: <ol style="list-style-type: none"> a. at øge sundheden hos særlige målgrupper b. at udvikle evidens om gode tværsektorielle forløb 	Løbende

Kompetence-udvikling		Ingen aktuelle	2. Etablering af ph.d. forløb med fokus på tværsektoriel rehabilitering	Løbende
		Der arbejdes på at udvikle nye og tættere samarbejdsformer. Værktøj udviklet, der understøtter forløb på tværs af sektorer og myndigheder for borgere med dobbeltdiagnose. Værktøjet afprøves også som led i forløb om særligt sårbare patienter i somatikken.	3. Udvikle erfaringerne med samarbejdet på tværs af forvaltningsområder og sektorer i relation til reformerne på beskæftigelsesområdet.	Start 2. kvartal 2015 (halvårlig opfølgning)
		Et eksempel er indsatsen for sammenhængende genoptræning, hvor Nykøbing Falster Sygehus samarbejder med omkringliggende kommuner. Erfaringer fra diverse indsatser udveksles løbende.	4. Udbrede principper og erfaringer fra samarbejdet til andre områder i det tværsektorielle samarbejde	Start 2. kvartal 2015 (halvårlig opfølgning)
		Fælles strategi for det palliative område er besluttet. I strategien indgår plan for videre udrulning af telefonvagt	5. Videreudvikle telefonvagt for palliative patienter, henblik på udrulning i hele regionen	2. kvartal 2015
		Palliationsgruppen har udarbejdet et forslag til kompetenceudviklingsforløb. Der ansøges om midler i den tværsektorielle pulje for 2016.	6. Udvikle fleksible læringsformer til anvendelse i tværsektoriel kompetenceudvikling eks. e-learning og brug af videokonferencefaciliteter	Start 2015 Løbende opfølgning
		Værktøj, der understøtter forløb på tværs af sektorer og myndigheder for borgere med dobbeltdiagnose er udviklet. Værktøjet afprøves også som led i forløb om særligt sårbare patienter i somatikken. Konkret er aftalt, at værktøjet testes i forløb for borgere	7. Læring på tværs - Videndeling og udbredelse af velfungerende løsninger fra psykiatri til somatik og vice versa	Løbende

		<p>med senhjerneskade og behov for koordineret forløb.</p> <p>Sundhedsaftalens præciserede arbejdsdeling i forhold til patientuddannelser er et fokusområde i revisionen af forløbsprogrammerne. Den koordinerende enhed for patientuddannelse er i gang med en kortlægning af patientuddannelser på det somatiske område. Resultatet af kortlægningen lægges på Regionens hjemmeside i 2016. Der er endvidere i gangsat et projekt omkring koordinering og samarbejde om psykoedukation under Det tværgående samarbejdsforum for psykiatri. Projektets resultater fremlægges i 2. kvartal 2016.</p>		
		<p>Palliationsgruppen har kortlagt de palliative tilbud i hele regionen. Arbejdet indgår i Palliationsgruppens forslag til kompetenceudviklingsforløb (nr. 6)</p>	8. Kompetenceudvikling af personale på basisniveau inden for palliation	Start 2015 (status 1.kvartal 2015)
		<p>Processen er i gang i takt med implementeringen</p>	9. Uddanne alt relevant personale i anvendelse af FMK	1.halvår 2015
		<p>Videre udbredelse er pt. sat på stand by, da der ikke er afsat midler til dette.</p> <p>Udbydes fortsat til nøglepersoner efter behov.</p>	10. Udbrede fælles sundhedspædagogisk tilgang til frontpersonale	2 gange årligt (el. efter behov)
		<p>Indsatsen indgår i Den koordinerende enhed for patientuddannelsers arbejde for 2016.</p>	11. Sikre et kompetent og synligt korps af undervisere på patientuddannelserne i alle dele af regionen	1.kvartal 2016

Rådgivning		Arbejdet gennemføres i løbet af 2016 Afventer igangsætning.	12. Etablere og synliggøre kanaler for faglig sparring mellem praktiserende læger, kommunale medarbejdere og sygehuspersonale	1.halvår 2015
		Arbejdet gennemføres i løbet af 2016 Afventer igangsætning.	13. Indgå aftaler om, hvordan faglig sparring foregår	2.halvår 2015
		Indgår bl.a. i arbejdet med forløbsprogrammerne, der netop er revideret. Afsluttes 2016 Spørgsmål vedr. rådgivning i forhold til infektionshygiejne afklares ultimo 2016	14. Etablere en ensartet praksis for Regionens rådgivningsydelse på tværs af hele den regionale virksomhed	2.halvår 2015
		Model for videreudvikling til beslutning sept. 2016. Afventer igangsætning.	15. Udvikle hygiejneområdet med udgangspunkt i den etablerede MRSA-enhed i takt med viden og erfaringer på området tilegnes	Løbende
		Forberedelsen er i gang.	16. Gennemføre sundhedsprofiler hvert 4. år med henblik på at skabe et fælles grundlag for opfølgning på udviklingen i borgernes sundhedstilstand	Start 4.kvartal 2016
Samarbejde		Indgår som led i implementeringen af sundhedsaftalen. Der følges op via spørgeskema i 2016	17. Implementere forløbsbeskrivelser i takt med udvikling	Start 1.februar 2015
		Indgår som led i implementeringen af sundhedsaftalen.	18. Samarbejde med udgangspunkt i forløbsbeskrivelser	1.kvartal 2015
		Arbejdsgruppe under Udviklingsgruppen for Behandling, Pleje, Træning og Rehabilitering har udarbejdet udkast til forløbsbeskrivelse, der behandles i udviklingsgruppen ultimo 2016, før beslutning i styregruppen for sundhedssamarbejdet.	19. Udarbejde forløbsbeskrivelse for rehabilitering med henblik på at styrke samarbejdet om fælles målsætninger på tværs af sektorer og forvaltningsområder	3. kvartal 2015- 1.kvartal 2016

Modeller og værktøjer		Ikke påbegyndt	20. Udvikle og afprøve modeller for systematiske, samtidige tværsektorielle udredningsforløb	Start 2.kvartal 2015 (løbende)
		Ikke påbegyndt	21. Undersøge mulighed for et udviklingsprojekt om tidlig udredning i almen praksis, herunder blodprøvetagning og andre undersøgelser	Start 3.kvartal 2015
		Udvikles bl.a. med afsæt i reviderede forløbsprogrammer 2016. Projekt tidlig opsporing er startet april 2016.	22. Udvikle og implementere fælles metoder til tidlig opsporing	Start 3.kvartal 2015
		Arbejdet er et fokusområde i de reviderede forløbsprogrammer. Implementering sker 2016-2017.	23. Udvikle og implementere fælles modeller for stratificering af borgerne og sikre rette tilbud til rette borger	Start 3.kvartal 2015
		Ikke påbegyndt	24. Udvikle og anvende fælles værktøj til identifikation af behov for vurdering af borgernes funktionsniveau med udgangspunkt i nødvendighed	1.halvår 2016
		Arbejdet med screeningsværktøj afventer. Nye samarbejdsmodeller afprøves med afsæt i erfaringerne fra følgeordningerne. Indgår i ansøgning til regeringens pøjle til udvikling og afprøvning af mdeler, der sikrer bedre sammenhæng i forløb for den ældre svækkede patient Ordnningen opfølgende hjemmebesøg er justeret juni 2016 på baggrund af evaluering og fortsætter.	25. Udvikle og anvende et fælles screeningsværktøj til identificering af borgere i risiko for genindlæggelser samt fortsætte implementeringen af de igangsatte følgeordninger i hele regionen	Udvikling start 2016 (løbende opfølgning)

Patient- og pårørende samarbejde		Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum: Et udbredelsesprogram for 2016 – 2018 er under udarbejdelse. ”Udbredelse af kendskab til TOP foregår løbende via Psykinfo. I efteråret 2016 afholdes tværsektoriel TOP-konference.”	26. Udbrede kendskabet til tilbuddet Tidlig Opsporing af Psykose og udrulle Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum i hele regionen	Start 1.kvartal 2015
		Ingen nye initiativer	27. Udvikle samarbejde om selvmordsforebyggelse blandt børn og unge	Start 1.kvartal 2016
		Forløbsprogrammerne for Demens, KOL, Type 2 Diabetes og Rygproblemer er vedtaget i Sundhedskoordinationsudvalget juni 2016. Hvorvidt forløbsprogrammet for skizofreni skal revideres ellers nedlægges, afventer beslutning fra Den tværgående samarbejdsforum for Psykiatri. En eventuel revision skal finde sted i 2016. Udvikling af forløbsprogram for borger med psykiatrisk diagnose og misbrug er under udvikling.	28. Udvikle og revidere forløbsprogrammerne	Start 1.halvår 2015
		Afdækning af hvad der allerede findes og tilbydes af forløb for pårørende startende med forældre til børn med medfødte misdannelser.	29. Udvikle og udbrede forløb for pårørende til patientgrupper fx forældre til børn med medfødte misdannelser, alvorligt sindslidende og alvorligt syge	Start 1.halvår 2015
		Patientuddannelser inkl. psykoedukation udbydes løbende	30. Tilbyde borgere og pårørende undervisning, der giver redskaber, som øger mulighederne for at skabe et selvstændigt og meningsfyldt liv og	Løbende

			medvirker til at forebygge tilbagefald (psykoedukation)	
		<p>Sundhedsaftalens præciserede arbejdsdeling i forhold til patientuddannelser indgår i forløbsprogrammerne.</p> <p>Den koordinerende enhed for patientuddannelse er i gang med en kortlægning af patientuddannelser på det somatiske område. Resultatet af kortlægningen lægges på Regionens hjemmeside i 2016.</p> <p>Der søges midler til monitorering og evaluering af patientuddannelser herunder etablering af fælles database i 2016-2017.</p> <p>Der pågår også et arbejde under Det tværgående samarbejdsforum for psykiatri om udvikling af psykoedukation. Resultater af arbejdet fremlægges i 2016.</p>	31. Udvikle og implementere fælles patientuddannelser på alle større folkesygdomme	Løbende
		<p>Helbredsprofilen lancerede i 2015 2 nye emner: Livstruende sygdom(palliation) og slidgigt(artrose) i hofte og knæ. I 2016 udvikles videre på slidgigt med emnet rygsmærter, skulder og håndproblemer og at hjertesvigt suppleres med iskæmisk hjertesygdom.</p> <p>I 2016 fokus på implementering og der arbejdes målrettet med at øge antallet af brugere på Helbredsprofilen.dk</p>	32. Udbygge Helbredsprofilen til flere grupper af patienter med kronisk sygdom	Løbende

IT og digitale arbejdsgange		Der er ikke udviklet generelle modeller for involvering. Borgere involveres løbende i udvikling og evaluering af nye tiltag.	33. Designe formidlingsveje og måder at inddrage borgerne i udvikling af sundhedsvæsenets tilbud	2.halvår 2015
		Der er ikke iværksat nye tværsektorielle initiativer	34. Samarbejde med borgerne om at kvalificere og udvikle informationsmateriale, der skal understøtte borgerens beslutningsmuligheder	Løbende
		Der er udviklet app og pjece, der kan understøtte borgerens overblik.	35. Udvikle et værktøj til borgerens eget overblik over forløb og aktører. Værktøjet indeholder fælles mål og aftaler, og er Borgerens plan	2.halvår 2015
		IT Handleplan rummer en lang række initiativer, hvoraf nogen er tidsfaste, andre gennemføres løbende og nogen kræver beslutningsgrundlag for at kunne igangsættes. Telemedicinsk Sårvurdering er gennemført og ibrugtaget. Analyseprojekt for Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er besluttet. Initiativet, der er iværksat i forlængelse af ØA16, erstatter tidligere initiativ på Handleplan. FMK: Se 42.	36. Udmønte Handleplan for sundheds-it og digitale arbejdsgange	Løbende

Rehabilitering		MedCom: Se 38 og 41,		
		Arbejdet afventer	37. Udvikle fælles prioriteringsværktøj til vurdering af nødvendig kommunikation mellem aktørerne	2.halvår 2015
		Arbejdet indgår i udvikling af forløbsbeskrivelser. Centrale beslutninger på området afventes fortsat	38. Udarbejde aftaler for den fælles digitale kommunikation på rehabiliteringsområdet via MedCom	3.kvartal 2015
		Sat på stand by	39. Afprøve et fælles, webbaseret screeningsværktøj til systematisk behovsvurdering ved alle sektorovergange	2.kvartal 2015
		Arbejdet er afsluttet ultimo 2015	40. Evaluere og udvikle grundlaget for Den gode henvisning og Den gode epikrise som basis for kommunikation mellem sygehuslæge og praktiserende læge	1.halvår 2015
		Elektroniske henvisninger er taget i brug februar 2016	41. Implementere MedCom standarden for henvisninger fra almen praksis og sygehuse til kommunernes tilbud efter Sundhedslovens § 119 og standarden for epikriser til statusmelding fra kommune til almen praksis	1.halvår 2015
		Alle kommunerne har taget FMK i brug primo 2016. Tværsektoriel FMK-samarbejde er etableret.	42. Udrulle FMK i alle sektorer	1.halvår 2015
		Led i implementering af FMK	43. Benytte FMK som værktøj i dialogen med borgeren om egen medicin	Start 2.halvår 2015
		Arbejdet indgår som en del af revisionen af forløbsprogrammerne. Endvidere er det et hovedformål for arbejdet under Den koordinerende	44. Etablere ensartede patientuddannelser baseret på	Løbende

		<p>enhed for patientuddannelser. Enheden har udarbejdet forslag til model for monitorering og evaluering af patientuddannelser i Region Sjælland. Modellen skal danne udgangspunkt for den videndeling, der kan sikre det fælles grundlag for at etablere ensartede patientuddannelser. Se nr. 31</p>	<p>evidens og best practice i alle kommuner i regionen</p>	
		<p>Model for monitorering og evaluering af patientuddannelser i Region Sjælland er besluttet ultimo 2015. Modellen skal danne udgangspunkt for den videndeling, der kan sikre et fælles grundlag for at etablere ensartede patientuddannelser. I modellen indgår en fælles database. Det konkrete monitoreringsarbejde forventes igangsat med udgangen af 2016 efter en pilottest i 2. og 3. kvartal af 2016. se 44 og 31.</p>	<p>45. Etablere en fælles database til samling af viden om kvalitet og effekt af de tilbudte patientuddannelser</p>	<p>Start 1.halvår 2015</p>
		<p>Monitorering afventer centralt besluttede IT-værktøjer.</p>	<p>46. Udvikle samarbejdet omkring fælles monitorering af rehabiliteringsområdet, herunder monitorering af kvalitet i indsatsen med udgangspunkt i den borgeroplevede kvalitet og, hvor det er muligt, sundhedseffekter</p>	<p>Start 2016</p>
		<p>Der er nedsat en arbejdsgruppe under Udviklingsgruppen for behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering. Arbejdet indgår i forløbsprogrammerne besluttet juni 2016</p>	<p>47. Udvikle fælles metoder for stratificering til rehabiliteringsindsatser</p>	<p>Start 2016</p>
		<p>Gennemføres i regi af DÆMP-projektet</p>	<p>48. Udarbejde en handleplan for fælles og systematisk kvalitetsudvikling, herunder fælles begrebsarbejde, dokumentation og metoder, bl.a. tværsektorielle audits</p>	<p>1.kvartal 2015 (Løbende opfølgning, status)</p>

Kvalitets- udvikling og kapacitets- styring				medio 2015)
		Ikke iværksat	49. Udvikle værktøj til at standardisere, og sikre klarhed og jura om udveksling af data på tværs af sektorer, bl.a. til kvalitetsudvikling i tværsektorielle projekter	2.halvår 2015
		Der er så vidt vides ikke udviklet en model, der kan anvende LEON-princippet efter finansieringsforholdene i det danske sundhedsvæsen. Udviklingsarbejdet er derfor tænkt som en del af et samarbejde med Syddansk Universitet. Igangsættelse af arbejdet afventer indgåelse af en egentlig samarbejdsaftale.	50. Udvikle en Business Case model, der understøtter mulighed for at træffe beslutninger med et samlet økonomisk perspektiv	1.kvartal 2015
			51. Aftale udviklingsplaner for aftaleperioden for 2015/2016 og 2017/2018	Løbende opfølgning