



Monitorering af  
nationale indikatorer,  
pejlemærker og indsatser  
**Status 2.halvår 2016**

Sundhedsaftalen 2015-2018

## Indhold

Monitorering af de nationale indikatorer .....	3
Indikator 1: Akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage.....	4
Indikator 2: Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage.....	5
Indikator 3: Forebyggelige indlæggelser blandt ældre .....	6
Indikator 4: Akutte medicinske korttidsindlæggelser .....	7
Indikator 5: Psykiatriske korttidsindlæggelser .....	8
Indikator 6: Færdigbehandlingsdage somatik.....	9
Indikator 7: Færdigbehandlingsdage (psykiatri) .....	10
Indikator 8: Ventetid til udredning inden for børne- og ungepsykiatrien.....	11
Indikator 9: Ventetid til almen genoptræning .....	12
Indikator 10: Genoptræningsplaner for almen genoptræning .....	13
Indikator 11: Patientoplevelset samarbejde og kommunikation.....	14
Indikator 12: Implementering af MedComs 7 hospital/kommune standarder .....	15
Monitorering af sundhedsaftalens 10 pejlemærker.....	16
Monitorering af indsatser .....	21

## Monitorering af de nationale indikatorer

Som led i evalueringen af sundhedsaftalerne har Sundhedsstyrelsen udviklet en række indikatorer til at monitorere effekten af sundhedsaftalerne som grundlag for planlægning og opfølgning.

Monitoreringen foretages en gang om året, og anvendes som pejlemærker i forhold til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen. I 2017 afspejler monitoreringen 2 års udvikling for det igangværende arbejde under sundhedsaftalen 2015-2018 sammenlignet med baselinemåling for 2014.

De nationale indikatorer er opgjort for hver af de 17 kommuner, region Sjælland og for hele landet, og vedrører indlæggelses- og udskrivningsforløb, forebyggelse, behandling og pleje samt genoptræning og rehabilitering.

I opgørelserne er benyttet de nyeste data for indikatorerne, som var tilgængelige medio 2017. Datakilder fremgår af rapporten ved de enkelte tabeller.

I den aftalte monitorering af sundhedsaftalen i Region Sjælland er følgende nationale indikatorer udvalgt:

<a href="#"><u>Indikator 1: Akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage</u></a> .....	4
<a href="#"><u>Indikator 2: Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage</u></a> .....	5
<a href="#"><u>Indikator 3: Forebyggelige indlæggelser blandt ældre</u></a> .....	6
<a href="#"><u>Indikator 4: Akutte medicinske korttidsindlæggelser</u></a> .....	7
<a href="#"><u>Indikator 5: Psykiatriske korttidsindlæggelser</u></a> .....	8
<a href="#"><u>Indikator 6: Færdigbehandlingsdage somatik</u></a> .....	9
<a href="#"><u>Indikator 7: Færdigbehandlingsdage (psykiatri)</u></a> .....	10
<a href="#"><u>Indikator 8: Ventetid til udredning inden for børne- og ungepsykiatrien</u></a> .....	11
<a href="#"><u>Indikator 9: Ventetid til almen genoptræning</u></a> .....	12
<a href="#"><u>Indikator 10: Genoptræningsplaner for almen genoptræning</u></a> .....	13
<a href="#"><u>Indikator 11: Patientoplevelset samarbejde og kommunikation</u></a> .....	14
<a href="#"><u>Indikator 12: Implementering af MedComs 7 hospital/kommune standarder</u></a> .....	15

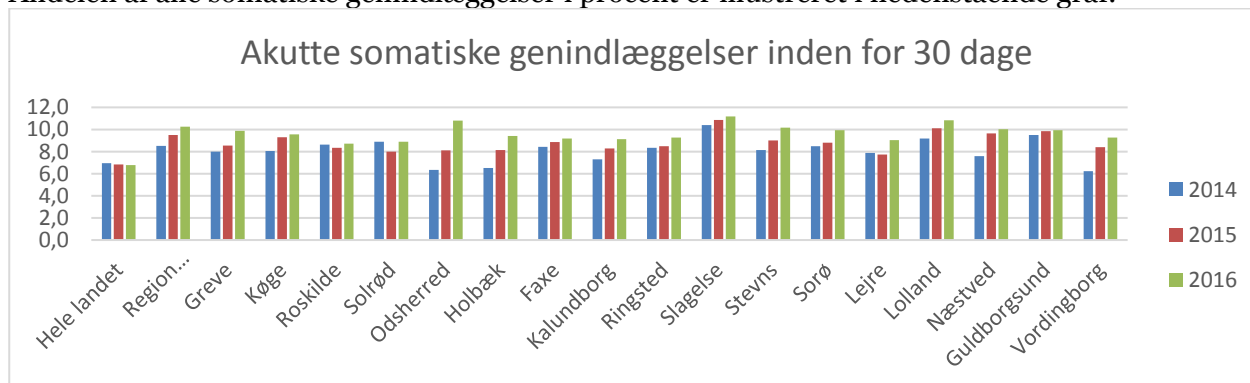
## Indikator 1: Akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage

Akutte somatiske genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskrivning) er opgjort som andel af samlet antal somatiske indlæggelser.

AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDEN FOR 30 DAGE				
GEOGRAFI	ENHED	2014	2015	2016
Hele landet	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,9	6,8	6,8
Region Sjælland	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,5	9,5	10,3
Greve	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,0	8,6	9,9
Køge	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,1	9,3	9,6
Roskilde	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,6	8,3	8,7
Solrød	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,9	8,0	8,9
Odsherred	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,3	8,1	10,8
Holbæk	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,5	8,1	9,4
Faxe	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,4	8,9	9,2
Kalundborg	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,3	8,3	9,1
Ringsted	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,3	8,5	9,3
Slagelse	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	10,4	10,9	11,2
Stevns	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,1	9,0	10,2
Sorø	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	8,5	8,8	9,9
Lejre	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,9	7,7	9,0
Lolland	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	9,2	10,1	10,8
Næstved	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	7,6	9,6	10,0
Guldborgsund	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	9,5	9,9	9,9
Vordingborg	Andel af alle somatiske (ekskl. ulykker og kræft) indlæggelser, pct.	6,2	8,4	9,3

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).

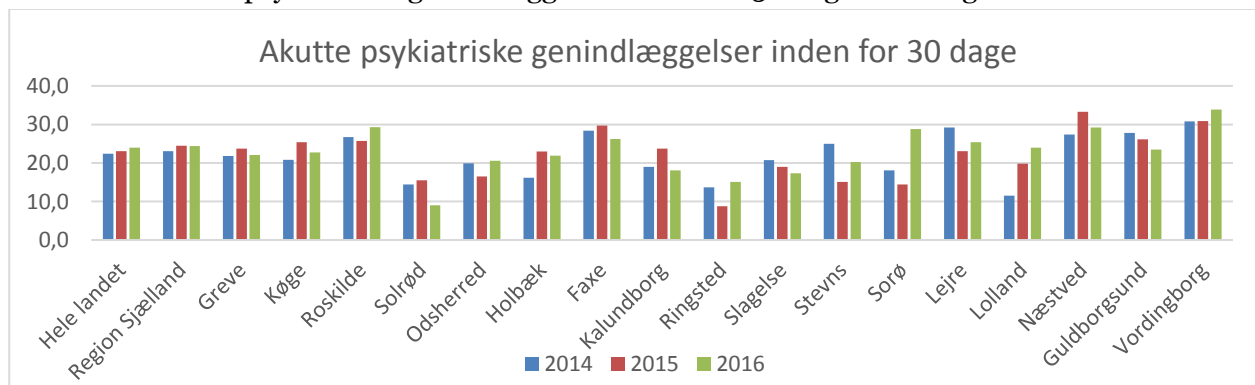
## Indikator 2: Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage

Akutte psykiatriske genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskrivning) er opgjort som andel af samlet antal psykiatriske indlæggelser. Vist i tabellen nedenfor:

AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDEN FOR 30 DAGE				
GEOGRAFI	ENHED	2014	2015	2016
Hele landet	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	22,4	23,1	24,0
Region Sjælland	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	23,1	24,5	24,4
Greve	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	21,8	23,7	22,1
Køge	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	20,8	25,4	22,7
Roskilde	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	26,7	25,7	29,3
Solrød	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	14,4	15,5	9,0
Odsherred	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	19,9	16,5	20,6
Holbæk	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	16,2	23,0	21,9
Faxe	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	28,4	29,7	26,2
Kalundborg	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	19,0	23,7	18,1
Ringsted	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	13,7	8,8	15,1
Slagelse	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	20,7	19,0	17,3
Stevns	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	25,0	15,1	20,2
Sorø	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	18,1	14,4	28,8
Lejre	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	29,2	23,1	25,4
Lolland	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	11,5	19,8	24,0
Næstved	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	27,4	33,3	29,2
Guldborgsund	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	27,8	26,1	23,5
Vordingborg	Andel af alle psykiatriske indlæggelser, pct.	30,8	30,9	33,9

Tabel 2: Beregningerne er baseret på Landspatientregistret (DRG-grupperet).

Andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage er vist i grafen nedenfor:



Figur 2: Andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage.

### Indikator 3: Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

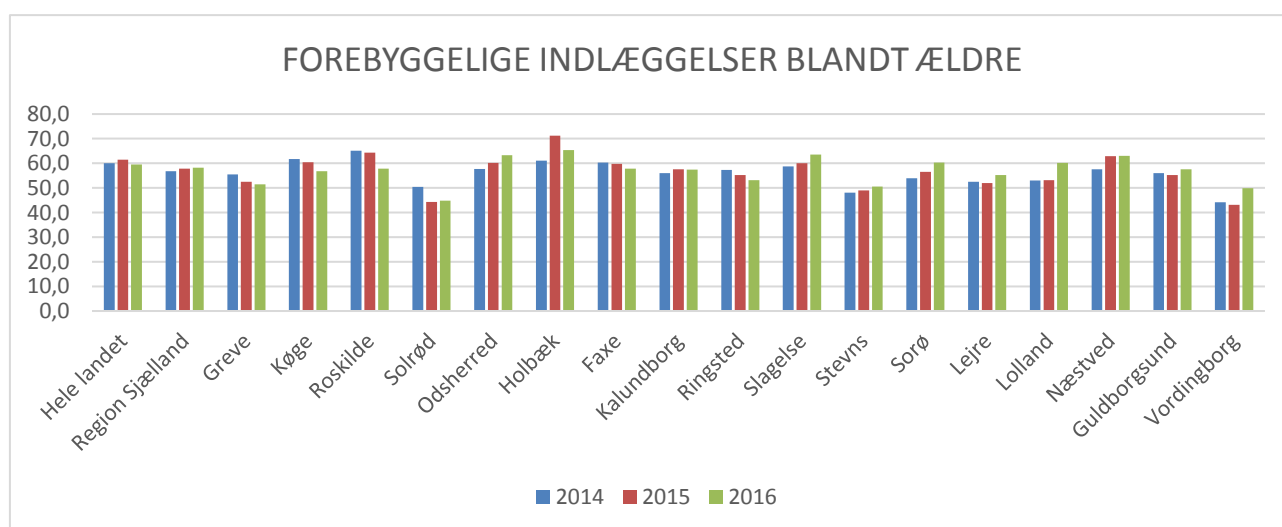
Forebyggelige indlæggelser defineres som indlæggelser, hvor aktionsdiagnosen i første kontakt hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller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

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

FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER BLANDT ÆLDRE				
GEOGRAFI	ENHED	2014	2015	2016
Hele landet	Antal pr. 1.000 ældre	60,1	61,5	59,6
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 ældre	56,8	57,8	58,2
Greve	Antal pr. 1.000 ældre	55,5	52,5	51,5
Køge	Antal pr. 1.000 ældre	61,8	60,5	56,8
Roskilde	Antal pr. 1.000 ældre	65,1	64,4	57,8
Solrød	Antal pr. 1.000 ældre	50,5	44,3	44,9
Odsherred	Antal pr. 1.000 ældre	57,7	60,2	63,3
Holbæk	Antal pr. 1.000 ældre	61,1	71,2	65,4
Faxe	Antal pr. 1.000 ældre	60,2	59,8	57,8
Kalundborg	Antal pr. 1.000 ældre	56,0	57,6	57,5
Ringsted	Antal pr. 1.000 ældre	57,3	55,2	53,1
Slagelse	Antal pr. 1.000 ældre	58,7	60,0	63,6
Stevns	Antal pr. 1.000 ældre	48,1	48,9	50,6
Sorø	Antal pr. 1.000 ældre	54,0	56,6	60,4
Lejre	Antal pr. 1.000 ældre	52,5	52,0	55,2
Lolland	Antal pr. 1.000 ældre	53,0	53,1	60,2
Næstved	Antal pr. 1.000 ældre	57,6	62,9	63,0
Guldborgsund	Antal pr. 1.000 ældre	56,0	55,2	57,6
Vordingborg	Antal pr. 1.000 ældre	44,2	43,1	49,9

Tabel 3: 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 nedenfor:



Figur 3: Forebyggelige indlæggelser blandt ældre.

## Indikator 4: Akutte medicinske korttidsindlæggelser

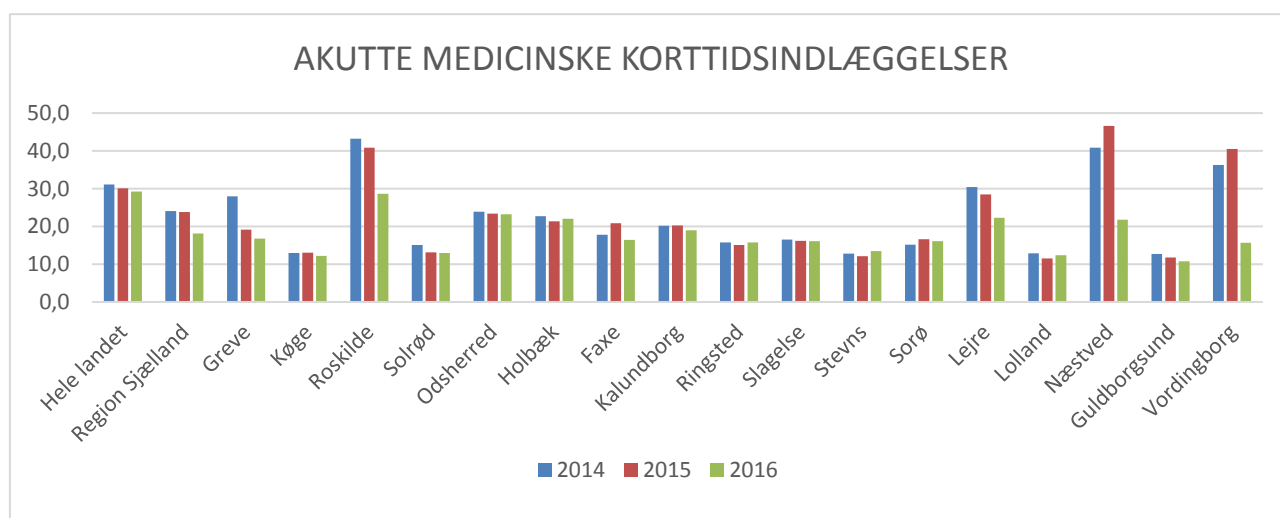
Korttidsindlæggelser defineres som indlæggelser, hvor patienten er udskrevet på indlæggelsesdagen eller den efterfølgende dag. Af tabellerne nedenfor fremgår udviklingen af akutte korttidsindlæggelser på det medicinske område.

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

AKUTTE MEDICINSKE KORTTIDSINDLÆGGELSER				
GEOGRAFI	ENHED	2014	2015	2016
Hele landet	Antal pr. 1.000 borgere	31,1	30,1	29,2
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 borgere	24,1	23,8	18,1
Greve	Antal pr. 1.000 borgere	27,9	19,2	16,8
Køge	Antal pr. 1.000 borgere	13,0	13,1	12,2
Roskilde	Antal pr. 1.000 borgere	43,2	40,8	28,6
Solrød	Antal pr. 1.000 borgere	15,1	13,1	13,0
Odsherred	Antal pr. 1.000 borgere	23,9	23,4	23,2
Holbæk	Antal pr. 1.000 borgere	22,7	21,3	22,0
Faxe	Antal pr. 1.000 borgere	17,8	20,8	16,4
Kalundborg	Antal pr. 1.000 borgere	20,2	20,2	19,0
Ringsted	Antal pr. 1.000 borgere	15,8	15,1	15,8
Slagelse	Antal pr. 1.000 borgere	16,6	16,2	16,1
Stevns	Antal pr. 1.000 borgere	12,8	12,1	13,4
Sorø	Antal pr. 1.000 borgere	15,2	16,6	16,1
Lejre	Antal pr. 1.000 borgere	30,5	28,5	22,3
Lolland	Antal pr. 1.000 borgere	12,9	11,6	12,4
Næstved	Antal pr. 1.000 borgere	40,9	46,6	21,8
Guldborgsund	Antal pr. 1.000 borgere	12,7	11,8	10,8
Vordingborg	Antal pr. 1.000 borgere	36,3	40,5	15,7

Tabel 4: Beregningerne er baseret på Landspatientregistret.

Udviklingen i de akutte medicinske korttidsindlæggelser er illustreret i nedenstående graf:



Figur 4: Akutte medicinske korttidsindlæggelser

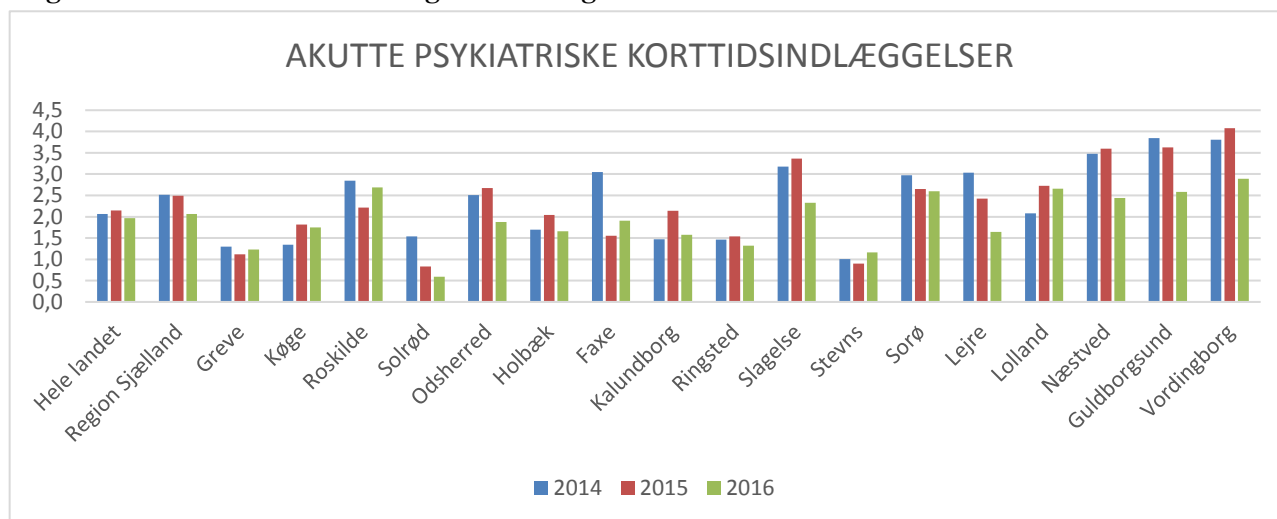
## Indikator 5: Psykiatriske korttidsindlæggelser

Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser er opgjort som antal pr. 1.000 borgere. Af nedenstående tabel fremgår udviklingen i akutte psykiatriske korttidsindlæggelser.

AKUTTE PSYKIATRISKE KORTTIDSINDLÆGGELSER				
GEOGRAFI	ENHED	2014	2015	2016
Hele landet	Antal pr. 1.000 borgere	2,1	2,2	2,0
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 borgere	2,5	2,5	2,1
Greve	Antal pr. 1.000 borgere	1,3	1,1	1,2
Køge	Antal pr. 1.000 borgere	1,3	1,8	1,8
Roskilde	Antal pr. 1.000 borgere	2,8	2,2	2,7
Solrød	Antal pr. 1.000 borgere	1,5	0,8	0,6
Odsherred	Antal pr. 1.000 borgere	2,5	2,7	1,9
Holbæk	Antal pr. 1.000 borgere	1,7	2,0	1,7
Faxe	Antal pr. 1.000 borgere	3,0	1,6	1,9
Kalundborg	Antal pr. 1.000 borgere	1,5	2,1	1,6
Ringsted	Antal pr. 1.000 borgere	1,5	1,5	1,3
Slagelse	Antal pr. 1.000 borgere	3,2	3,4	2,3
Stevns	Antal pr. 1.000 borgere	1,0	0,9	1,2
Sorø	Antal pr. 1.000 borgere	3,0	2,6	2,6
Lejre	Antal pr. 1.000 borgere	3,0	2,4	1,6
Lolland	Antal pr. 1.000 borgere	2,1	2,7	2,7
Næstved	Antal pr. 1.000 borgere	3,5	3,6	2,4
Guldborgsund	Antal pr. 1.000 borgere	3,8	3,6	2,6
Vordingborg	Antal pr. 1.000 borgere	3,8	4,1	2,9

Tabel 5: Beregningerne er baseret på Landspatientregistret (DRG-grupperet).

Et grafisk overblik over udviklingen viser følgende:



Figur 5: Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser antal pr. 1.000 borgere

## Indikator 6: Færdigbehandlingsdage somatik

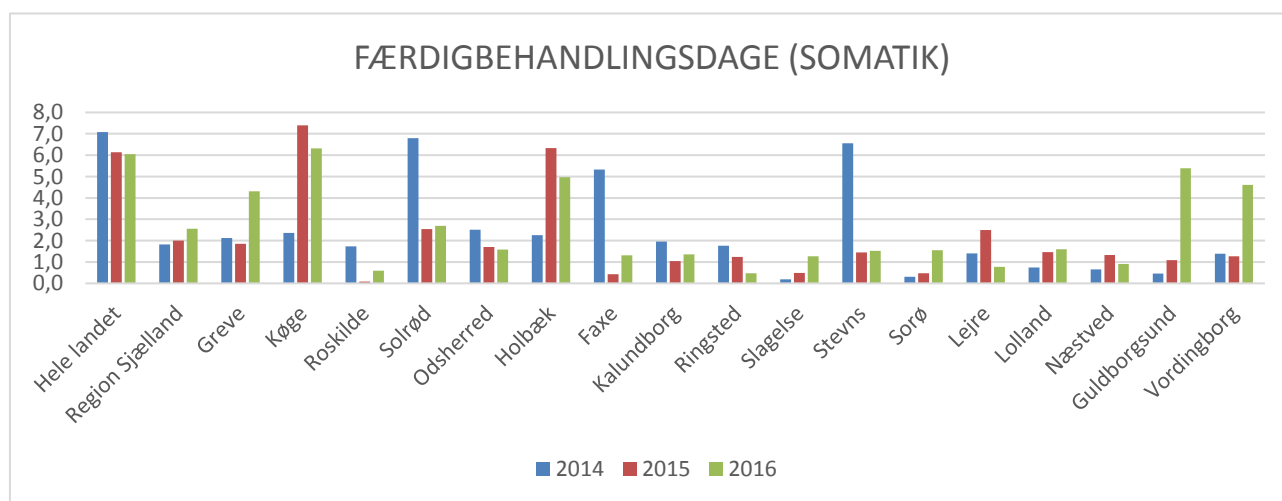
I det følgende er opgjort antal færdigbehandlingsdage på det somatiske område. Færdigbehandlingsdage er udtryk for det antal dage, en patient ligger på sygehus, efter det er lægeligt vurderet, at den fortsatte behandling ikke kræver sygehusindlæggelse.

Færdigbehandlingsdage er opgjort som antal pr. 1.000 borgere.

FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE (SOMATIK)				
GEOGRAFI	ENHED	2014	2015	2016
Hele landet	Antal pr. 1.000 borgere	7,1	6,1	6,0
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 borgere	1,8	2,0	2,6
Greve	Antal pr. 1.000 borgere	2,1	1,9	4,3
Køge	Antal pr. 1.000 borgere	2,4	7,4	6,3
Roskilde	Antal pr. 1.000 borgere	1,7	0,1	0,6
Solrød	Antal pr. 1.000 borgere	6,8	2,5	2,7
Odsherred	Antal pr. 1.000 borgere	2,5	1,7	1,6
Holbæk	Antal pr. 1.000 borgere	2,3	6,3	5,0
Faxe	Antal pr. 1.000 borgere	5,3	0,4	1,3
Kalundborg	Antal pr. 1.000 borgere	2,0	1,0	1,4
Ringsted	Antal pr. 1.000 borgere	1,8	1,2	0,5
Slagelse	Antal pr. 1.000 borgere	0,2	0,5	1,3
Stevns	Antal pr. 1.000 borgere	6,6	1,4	1,5
Sorø	Antal pr. 1.000 borgere	0,3	0,5	1,6
Lejre	Antal pr. 1.000 borgere	1,4	2,5	0,8
Lolland	Antal pr. 1.000 borgere	0,7	1,5	1,6
Næstved	Antal pr. 1.000 borgere	0,7	1,3	0,9
Guldborgsund	Antal pr. 1.000 borgere	0,5	1,1	5,4
Vordingborg	Antal pr. 1.000 borgere	1,4	1,3	4,6

Tabel 6: 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 somatik illustreret i følgende graf:



Figur 6: Færdigbehandlingsdage (somatic) antal/1000 borgere

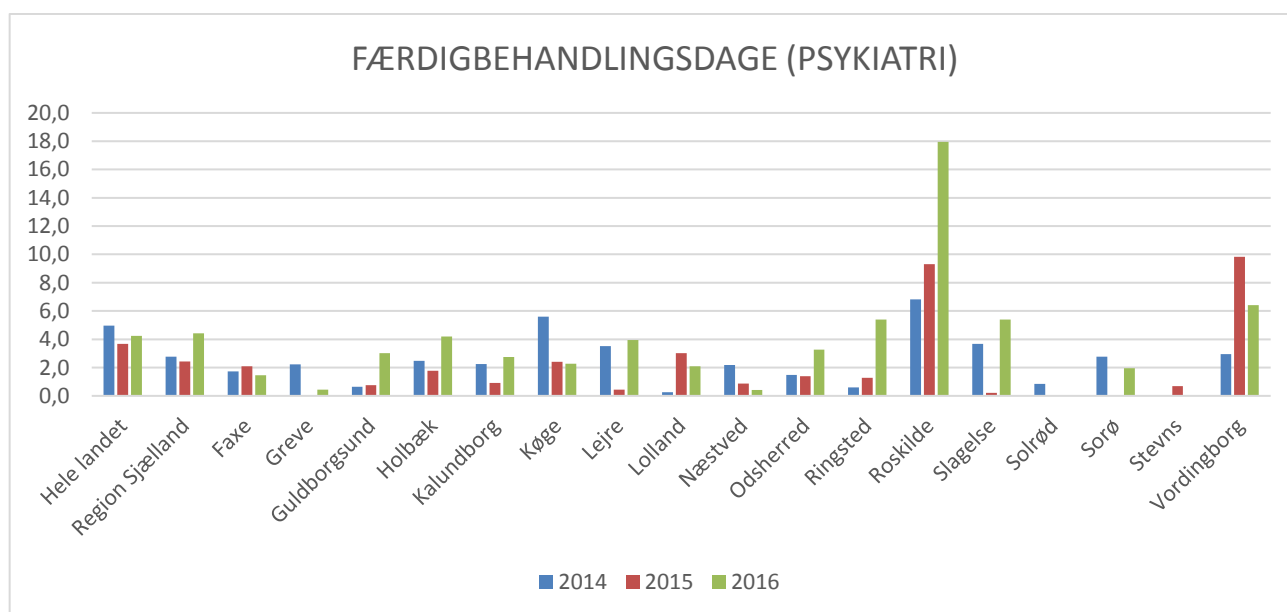
## Indikator 7: Færdigbehandlingsdage (psykiatri)

Færdigbehandlingsdage i psykiatrien er opgjort som antal pr. 1.000 borgere. Tabellen viser udviklingen i færdigbehandlingsdage i psykiatrien:

FÆRDIGBEHANDLINGSDAGE (PSYKIATRI)		2014	2015	2016
Hele landet	Antal pr. 1.000 borgere	5,0	3,7	4,2
Region Sjælland	Antal pr. 1.000 borgere	2,8	2,4	4,4
Faxe Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	1,7	2,1	1,5
Greve Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	2,2	0,0	0,4
Guldborgsund Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	0,6	0,8	3,0
Holbæk Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	2,5	1,8	4,2
Kalundborg Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	2,3	0,9	2,7
Køge Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	5,6	2,4	2,3
Lejre Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	3,5	0,4	3,9
Lolland Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	0,3	3,0	2,1
Næstved Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	2,2	0,9	0,4
Odsherred Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	1,5	1,4	3,3
Ringsted Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	0,6	1,3	5,4
Roskilde Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	6,8	9,3	18,0
Slagelse Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	3,7	0,2	5,4
Solrød Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	0,8	0,0	0,0
Sorø Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	2,8	0,0	2,0
Stevns Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	0,0	0,7	0,0
Vordingborg Kommune	Antal pr. 1.000 borgere	3,0	9,8	6,4

Tabel 7: Opgørelserne er baseret på Landspatientregistret (DRG-grupperet) og svarende til det, der er afregnet i henhold til Sundhedsloven.


Nedenstående graf illustrerer udviklingen i antal færdigbehandlingsdage i psykiatrien:



Figur 7: Færdigbehandlingsdage (psykiatri) antal/1000 borgere

## Indikator 8: 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).

<b>VENTETID TIL 1. PSYKIATRISKE SYGEHUSBEHANDLING, BØRN OG UNGE</b>		2014	2015	2016
Region Sjælland	Dage	35	23	21
Hele Landet	Dage	30	22	22

Figur 8: Ventetid til udredning børne/ungepsykiatrien. Antal dage fra henvisning modtaget til 1. fremmøde

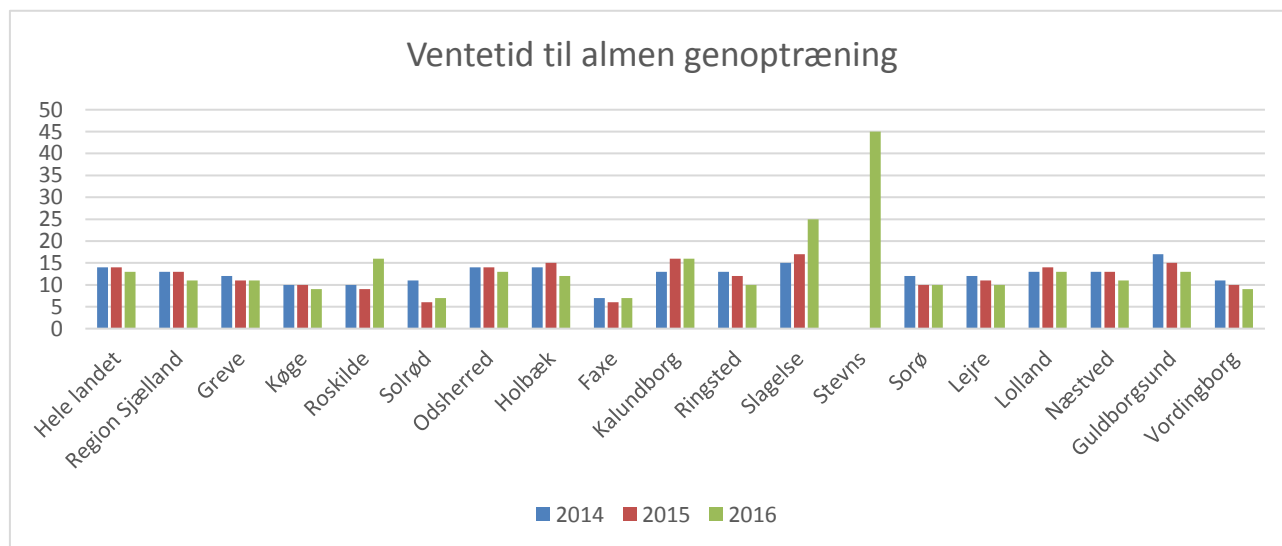
## Indikator 9: Ventetid til almen genoptræning

Ventetid til kommunal genoptræning angiver perioden mellem registreringen af dato for genoptræningsplan og dato for første genoptræningsydelse i kommunerne. Opgørelsen af ventetid vises som medianen og er opgjort som dage.

VENTETID TIL ALMEN GENOPTRÆNING				
GEOGRAFI	ENHED	2014	2015	2016
Hele landet	Dage (median)	14	14	13
Region Sjælland	Dage (median)	13	13	11
Greve	Dage (median)	12	11	11
Køge	Dage (median)	10	10	9
Roskilde	Dage (median)	10	9	16
Solrød	Dage (median)	11	6	7
Odsherred	Dage (median)	14	14	13
Holbæk	Dage (median)	14	15	12
Faxe	Dage (median)	7	6	7
Kalundborg	Dage (median)	13	16	16
Ringsted	Dage (median)	13	12	10
Slagelse	Dage (median)	15	17	25
Stevns	Dage (median)	-	-	45
Sorø	Dage (median)	12	10	10
Lejre	Dage (median)	12	11	10
Lolland	Dage (median)	13	14	13
Næstved	Dage (median)	13	13	11
Guldborgsund	Dage (median)	17	15	13
Vordingborg	Dage (median)	11	10	9

Tabel 9: Beregningerne er baseret på Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedslovens §140.

Følgende grafik viser udviklingen i ventetid til almen genoptræning:



Figur 9: Ventetid til almen genoptræning.

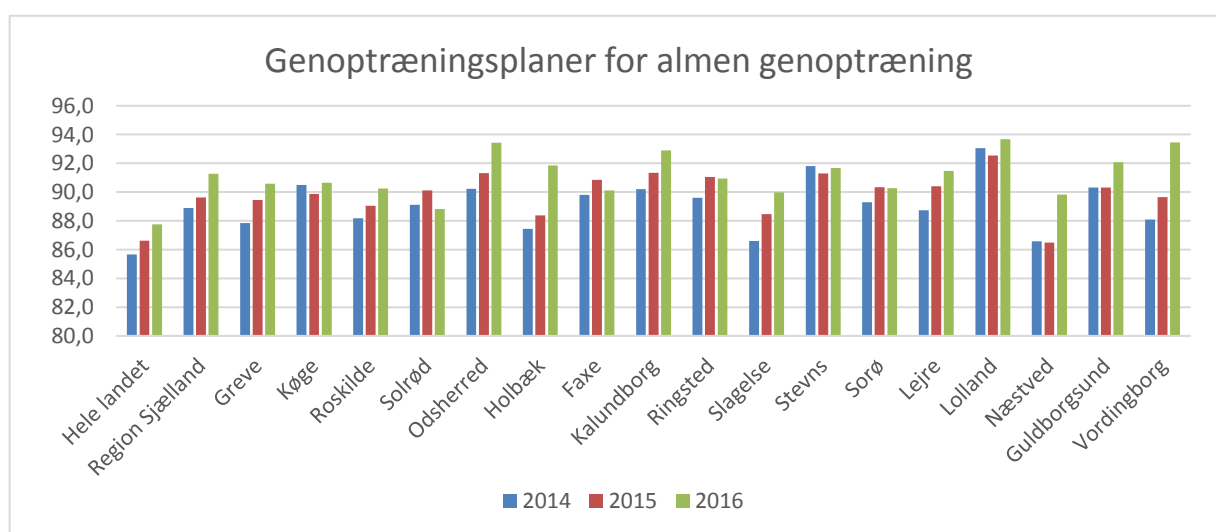
## Indikator 10: Genoptræningsplaner for almen genoptræning

Genoptræningsplaner, der er almene (dvs. ikke specialiserede) genoptræningsplaner, er opgjort som andelen ud af det samlede antal genoptræningsplaner.

GENOPTRÆNINGSPLANER FOR ALMEN GENOPTRÆNING				
GEOGRAFI	ENHED	2014	2015	2016
Hele landet	Andel af alle genoptræningsplaner	85,7	86,6	87,7
Region Sjælland	Andel af alle genoptræningsplaner	88,9	89,6	91,3
Greve	Andel af alle genoptræningsplaner	87,9	89,4	90,6
Køge	Andel af alle genoptræningsplaner	90,5	89,9	90,6
Roskilde	Andel af alle genoptræningsplaner	88,2	89,1	90,2
Solrød	Andel af alle genoptræningsplaner	89,1	90,1	88,8
Odsherred	Andel af alle genoptræningsplaner	90,2	91,3	93,4
Holbæk	Andel af alle genoptræningsplaner	87,4	88,4	91,8
Faxe	Andel af alle genoptræningsplaner	89,8	90,9	90,1
Kalundborg	Andel af alle genoptræningsplaner	90,2	91,3	92,9
Ringsted	Andel af alle genoptræningsplaner	89,6	91,1	90,9
Slagelse	Andel af alle genoptræningsplaner	86,6	88,5	90,0
Stevns	Andel af alle genoptræningsplaner	91,8	91,3	91,7
Sorø	Andel af alle genoptræningsplaner	89,3	90,3	90,3
Lejre	Andel af alle genoptræningsplaner	88,7	90,4	91,5
Lolland	Andel af alle genoptræningsplaner	93,1	92,5	93,7
Næstved	Andel af alle genoptræningsplaner	86,6	86,5	89,8
Guldborgsund	Andel af alle genoptræningsplaner	90,3	90,3	92,1
Vordingborg	Andel af alle genoptræningsplaner	88,1	89,6	93,5

Tabel 10: Beregningerne er baseret på Landspatientregisteret.

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



Tabel 10.: Genoptræningsplaner for almen genoptræning. Andel af samlede antal genoptræningsplaner

## Indikator 11: 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?**

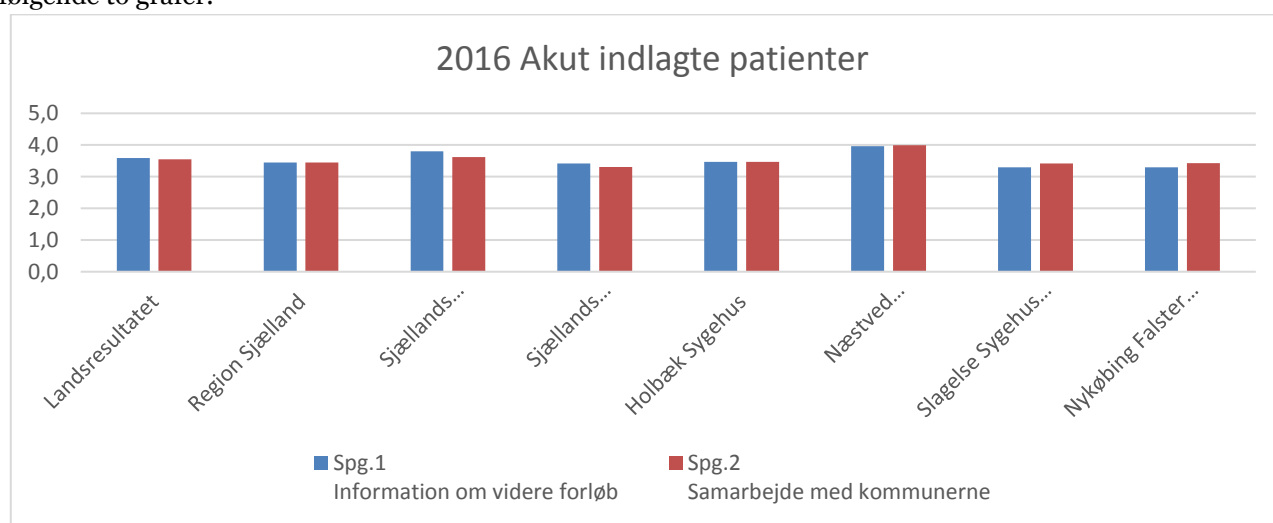
**2: Oplevede du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/sundhedsplejerske samarbejdede om din udskrivelse?**

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 besvarelserne af de to spørgsmål for hhv. akutte indlagte og planlagte indlagte patienter.

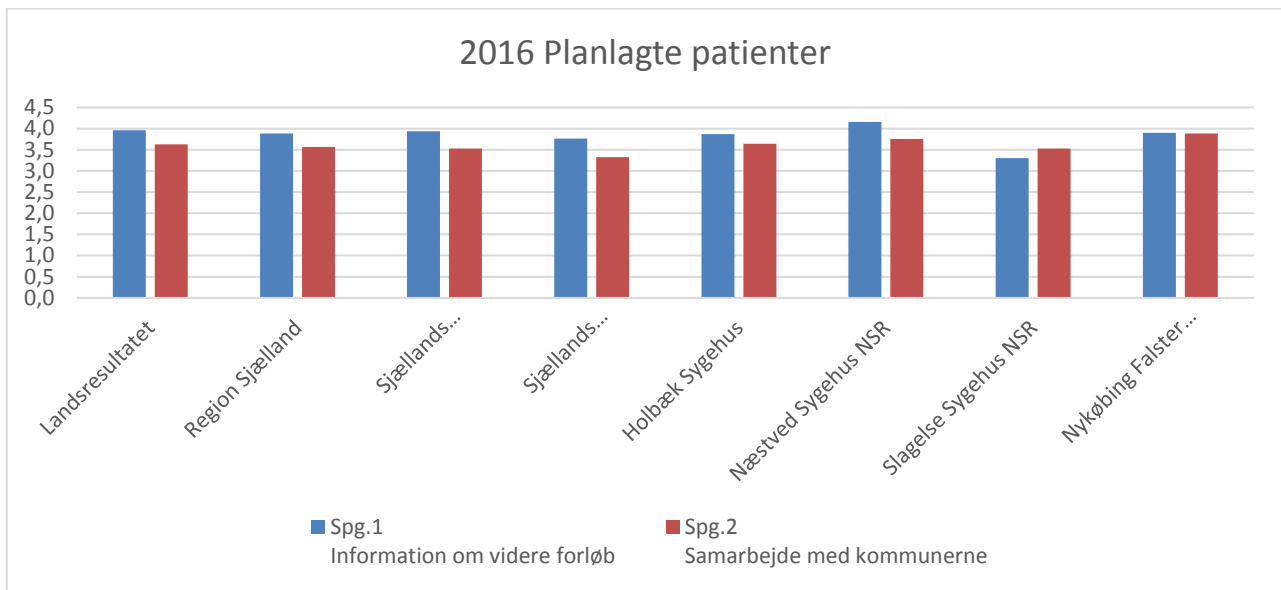
Patientoplevelt samarbejde og kommunikation 2016				
Geografi	Akut indlagte patienter		Planlagte patienter	
	Spg.1 Information om videre forløb	Spg.2 Samarbejde med kommunerne	Spg.1 Information om videre forløb	Spg.2 Samarbejde med kommunerne
Landsresultatet	3,6	3,5	4,0	3,6
Region Sjælland	3,4	3,4	3,9	3,6
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	3,8	3,6	3,9	3,5
Sjællands Universitetshospital, Køge	3,4	3,3	3,8	3,3
Holbæk Sygehus	3,5	3,5	3,9	3,6
Næstved Sygehus NSR	4,0	4,0	4,2	3,8
Slagelse Sygehus NSR	3,3	3,4	3,3	3,5
Nykøbing Falster Sygehus	3,3	3,4	3,9	3,9

Tabel 11: Patientoplevelt samarbejde og kommunikation, Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2016

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



Figur 11: Gennemsnitlig score for akut indlagte patienter på spørgsmålene 1. Information om videre forløb og 2. Samarbejde med kommunerne



Figur 12: Gennemsnitlig score for akut indlagte patienter på spørgsmålene 1. Information om videre forløb og 2. Samarbejde med kommunerne

### Indikator 12: 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 2016
1. Forløbsbeskrivelserne har styrket oplevelsen af det fleksible samarbejde.	1. gang februar 2015 Gentages årligt	Spørgeskemaundersøgelse hos personalet	Undersøgelsen er gennemført februar 2015 (baseline) og i efteråret 2016.  Det generelle samarbejde på tværs af sektorer opleves i højere grad positivt i 2016 end ved baseline i 2015.  I 2016 vurderes udvist fleksibilitet højest hos kommuner og almen praksis (hhv. 53 % og 52 % svarer "altid" eller "ofte"), og lavest i psykiatrien (24 %), mens de somatiske sygehuse vurderes fleksible af 44 %.
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 i 2014 (rapporten ses <a href="#">her</a> ) og i 2016 (rapporten ses <a href="#">her</a> ). De anbefalinger, der blev foreslået i rapporten fra 2014 og som skulle understøtte den ønskede udvikling mod øget brug af de elektroniske kommunikationsstandarder, er ikke blevet fulgt systematisk. Der er med andre ord fortsat et betydeligt forbedringspotentiale.  Audit på patienter, udskrevet fra kirurgiske afdelinger er gennemført i 2015. Rapporten kan ses <a href="#">her</a>  De samlede resultater skal anvendes i de lokale samarbejdsfora og i den fælles udviklingsgruppe (BOP) som afsæt for konkrete initiativer målrettet problemområder. Nye initiativer på baggrund af 2016-rapporten afventer igangsættelse.  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	1. National monitorering af omfang af elektronisk kommunikation	1. Teknisk er sygehushjemmeplejeløsningerne og Sygehuspraksispakke fuldt implementere i alle kommuner og på alle sygehuse.  Psykiatrien har påbegyndt en pilottest af elektronisk

	<p>2. Baseline DÆMP-rapporter medicin og kirurgi hhv. 2014 og 2015. Gentages sept. 2016</p>	<p>2. Fælles værktøj til vurdering af relevant og rettidigt anvendes. Indgår i DÆMP-journalaudit.</p>	<p>kommunikation vedrørende den psykiatriske patient.</p> <p>Ny elektronisk genoptræningsplan, der understøtter gældende lovgivning, er implementeret i somatikken og er under implementering i psykiatrien.</p> <p>2. DÆMP medicin og DÆMP kirurgi er gennemført i hhv. 2014 og 2015. Der arbejdes med anbefalingerne fra de to undersøgelser i alle tværsektorielle samarbejdsfora. DÆMP medicin er gentaget ultimo 2016.</p> <p>De anbefalinger, der blev foreslået i rapporten fra 2014 og som skulle understøtte den ønskede udvikling mod øget brug af de elektroniske kommunikations-standarder, er ikke blevet fulgt systematisk. Der er med andre ord fortsat et betydeligt forbedringspotentiale.</p>																								
<p>4. Antallet af borgere, der oplever at blive inddraget i eget forløb stiger i aftaleperioden.</p>	<p>Årligt</p>	<p>LUP somatik og Psykiatri</p>	<p>Resultater fra 2014 - 2016 for landet og for Region Sjælland</p> <p><b>LUP psykiatri indlagte pt.:</b> Spørgsmål 9, "indflydelse på egen behandling": "Passende inddraget" opgjort i %</p> <table border="1" data-bbox="1098 1099 1522 1279"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Landet</td> <td>80</td> <td>75</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>Region Sj.</td> <td>78</td> <td>76</td> <td>81</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>LUP psykiatri ambulante pt.:</b> spørgsmål 8, "indflydelse på egen behandling": "Passende inddraget" opgjort i %</p> <table border="1" data-bbox="1098 1473 1522 1653"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Landet</td> <td>87</td> <td>88</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Region Sj.</td> <td>87</td> <td>89</td> <td>89</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p>		2014	2015	2016	Landet	80	75	77	Region Sj.	78	76	81		2014	2015	2016	Landet	87	88	88	Region Sj.	87	89	89
	2014	2015	2016																								
Landet	80	75	77																								
Region Sj.	78	76	81																								
	2014	2015	2016																								
Landet	87	88	88																								
Region Sj.	87	89	89																								

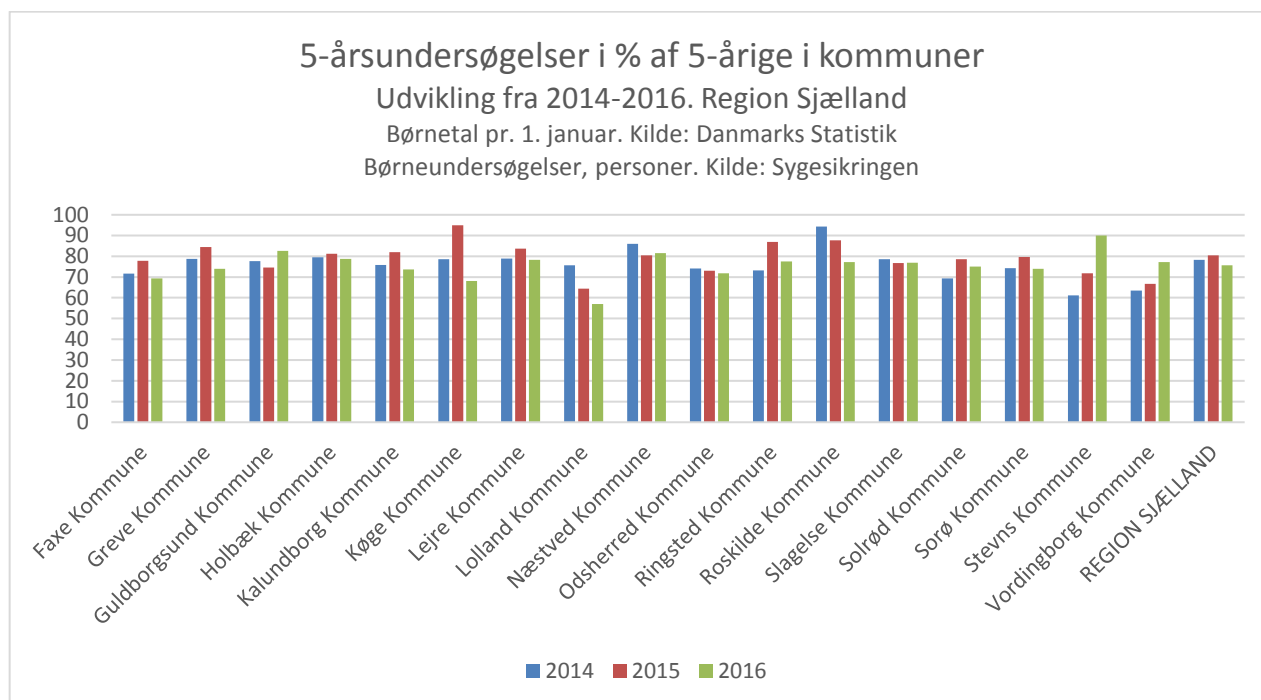
			<p><b>LUP somatik akut indlagt</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Landet</td> <td>3,00</td> <td>3,17</td> <td>3,24</td> </tr> <tr> <td>Region Sj.</td> <td>2,96</td> <td>3,00</td> <td>3,05</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>LUP somatik planlagt indlagt</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Landet</td> <td>3,54</td> <td>3,69</td> <td>3,76</td> </tr> <tr> <td>Region Sj.</td> <td>3,26</td> <td>3,47</td> <td>3,66</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>LUP somatik ambulans pt.:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Landet</td> <td>3,8</td> <td>3,92</td> <td>3,94</td> </tr> <tr> <td>Region Sj.</td> <td>3,74</td> <td>3,87</td> <td>3,89</td> </tr> </tbody> </table>		2014	2015	2016	Landet	3,00	3,17	3,24	Region Sj.	2,96	3,00	3,05		2014	2015	2016	Landet	3,54	3,69	3,76	Region Sj.	3,26	3,47	3,66		2014	2015	2016	Landet	3,8	3,92	3,94	Region Sj.	3,74	3,87	3,89
	2014	2015	2016																																				
Landet	3,00	3,17	3,24																																				
Region Sj.	2,96	3,00	3,05																																				
	2014	2015	2016																																				
Landet	3,54	3,69	3,76																																				
Region Sj.	3,26	3,47	3,66																																				
	2014	2015	2016																																				
Landet	3,8	3,92	3,94																																				
Region Sj.	3,74	3,87	3,89																																				
5. Flere børn deltager i de forebyggende helbredsundersøgelser for førskolebørn – særlig blandt børn med mødre uden erhvervsuddannelse.	Baseline medio 2015 Gentages ultimo 2016	Træk på børneundersøgelser foretaget af praktiserende læger sammenkobles med oplysninger fra Danmarks Statistik vedrørende moderens uddannelsesniveau.	Undersøgelse af andel af 5-årige i 2014-2016, der har deltaget i helbredsundersøgelser for førskolebørn varierer i kommunerne. I 2016 varierer andelen fra 57% til 90%. Samlet set er der et mindre fald i andelen i aftaleperioden. Se oversigt side 20. Det har ikke været muligt at sammenholde kvinders uddannelsesniveau og ”mor”-status på eksisterende data.																																				
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.	De lokale samarbejdsfora melder tilbage, hvordan der er arbejdet med anbefalingerne. Sjællands Universitetshospital (SUH) arbejder systematisk med UTH'er. De øvrige KSS'er vil gerne lære af SUH.  Inspiration til fælles metode hentes fra SUH's arbejde.  Opfølgning på UTH'er tilknyttet psykiatriske bosteder sker i regi af KSP'erne																																				
7. Tilbud om patientuddannelse og psyko- edukation er udviklet og	Årligt – start ultimo 2015	Status på arbejde med revision af forløbsprogrammer og arbejdet i	Revision af forløbsprogrammerne er afsluttet primo 2016. Koordineringen sker på baggrund af de reviderede forløbsprogrammer.																																				

koordinerede, så tilbuddene supplerer hinanden.		koordinerende enhed for patientuddannelser	Implementeringen sker fra primo 2017. Model for evaluering af patientuddannelserne er besluttet. Evaluering forventes påbegyndt i 2017. Nye tiltag baseres på evaluering.  I Psykiatrien er det efter evaluering af projektet "Afprøvning af tværsektoriel psykoedukation" besluttet at lade et fælles psykoedukationsforløb mellem Faxe Kommune og Psykiatrien gå i drift.
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	Psykiatrien har i 2016 har startet et projekt vedrørende arbejdet med medicinområdet i kommunale sociale botilbud. Projektet implementeres fra primo 2017.  I 2016 implementeredes "Sikker Psykiatri" i Psykiatrien (i første omgang ét sengeafsnit). Et element omfatter somatisk undersøgelse af indlagte patienter og opfølgning efter et år. Tallene i 2016 indikerer, at cirka halvdelen af de indlagte psykiatriske patienter har modtaget alle elementer i pakken.
9. Forskningsinitiativer understøtter kvalitetsudviklingen af det tværsektorielle samarbejde.	Løbende	Vurdering og prioritering af forskningsinitiativer	Der er aktuelt 5 forskningsaktiviteter i gang omhandlende det tværsektorielle samarbejde: Ph.d. projektet "Det er ikke vores patient" og Ph.d. projekt om opfølgende hjemmebesøg, samt udvikling af database med tværsektorielle patientdata under satspuljeprojektet vedrørende de sårbare ældre medicinske patienter og forskningsaktiviteter tilknyttet projekterne "Aktiv patientstøtte" og "Sammen om min vej".  Ph.d. projektet "Kommunikation i forbindelse med ældre medicinske patienters udskrivelse fra sygehus til eget hjem – et aktionsforskningsprojekt, at forstå og forandre praksis" er afsluttet i efteråret 2016.
10. Prioriteringsmodeller i forløbsprogrammerne er fulgt, så princippet om ressourcebevidsthed understøttes.	Ultimo 2016	Opfølgning på implementering af forløbsprogrammer	Forløbsprogrammerne implementeres fra primo 2017. Udrulningsplanen, som blev vedtaget i det tværsektorielle samarbejdsforum for somatik, er revideret i efteråret 2016.

## Børneundersøgelse af 5-årige hos almen praksis i Region Sjælland. Udvikling 2014 – 2016.

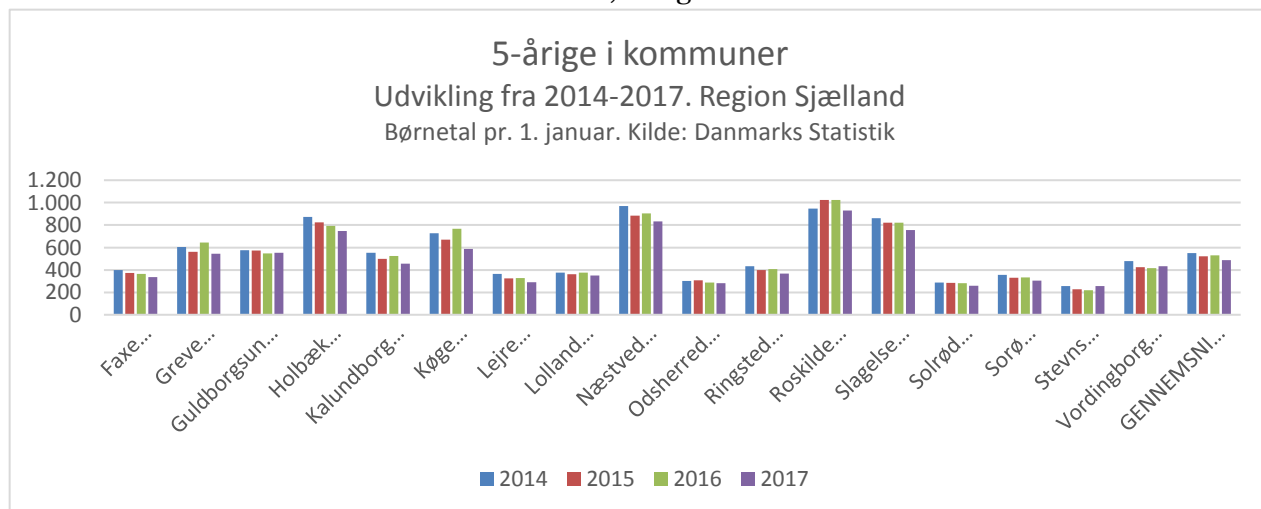
Andelen af 5-årige, som har været til børneundersøgelse hos lægen, i forhold til antallet af 5-årige er faldet fra 78% til 76% i aftaleperioden. I samme periode er registreret et fald i antallet af 5-årige i regionen.

I enkelte kommuner er sket en stigning i andelen af 5-årsundersøgelser i forhold til antallet af 5-årige. Dette gælder især for Stevns og Vordingborg kommuner. I de fleste kommuner er andelen uændret eller faldet let. Størst fald i andelen af 5-årsundersøgelser i forhold til antallet af 5-årige er sket i Køge, Lolland og Roskilde kommuner, se figuren nedenfor.



### Andel 5-årsundersøgelser, kommuner

I 2014 til 2017 er antallet af 5-årige i Region Sjælland faldet fra 9.364 til 8.286. Uændret eller faldende tendens ses i stort set alle kommuner, se figur nedenfor.



### Antal 5-årige, kommuner

## 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.

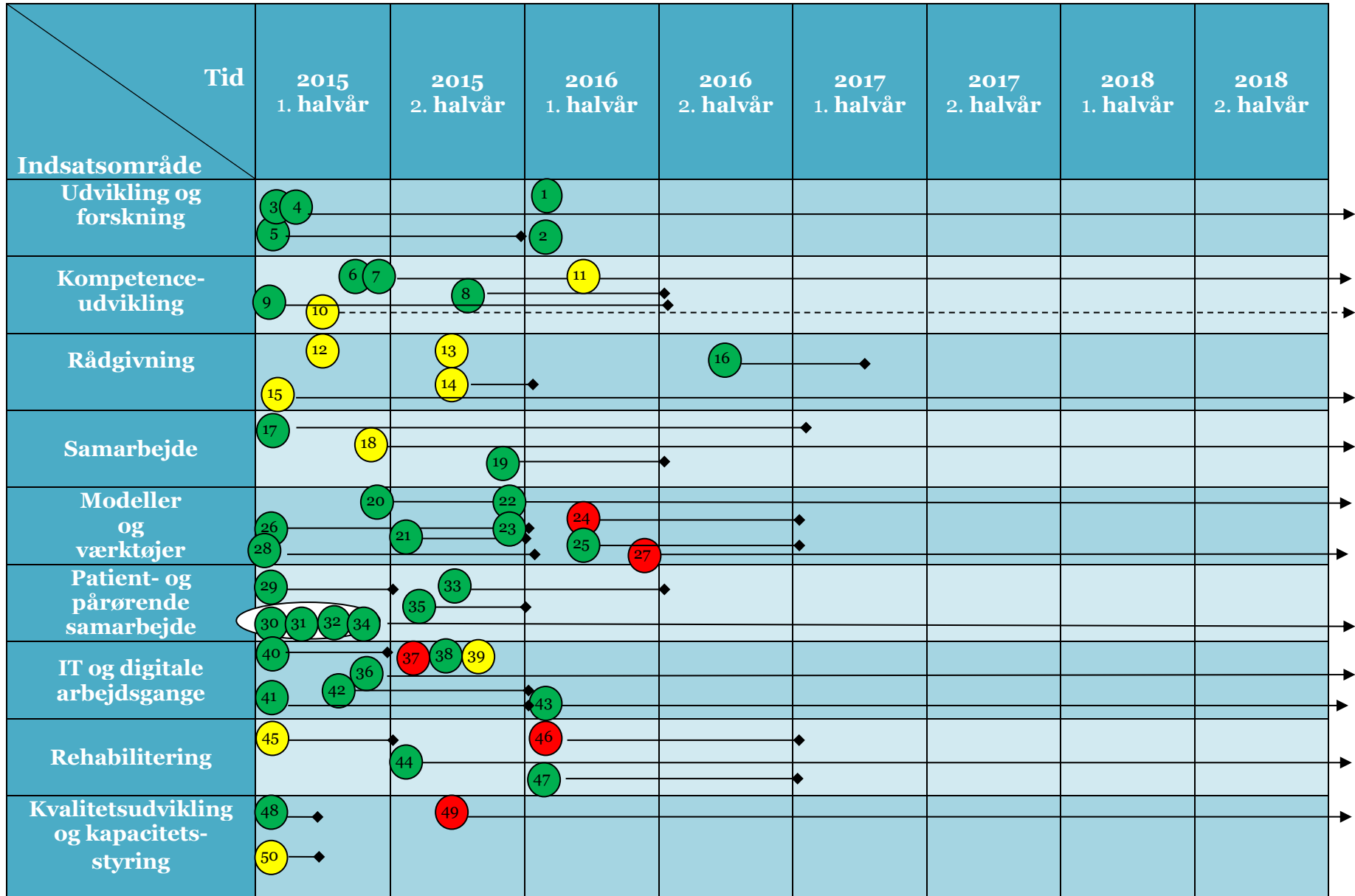
På både den grafiske oversigt samt den uddybende tidsplan er der benyttet farverne **rød/gul/grøn**, for at indikere status på indsatserne.

Ved farven grøn indikeres der, at den konkrete indsats er igangsat, evt. forsinket ift. tidsplanen, og resultat/resultater er opnået eller forventes opnået i indeværende sundhedsaftaleperiode.

Ved farven gul indikeres der, at aktiviteten ikke er igangsat, tidsplanen er skredet/i fare for at skride, og der er risiko for, at de ønskede resultater ikke opnås i indeværende sundhedsaftaleperiode.

Ved farven rød indikeres der, at tidsplanen er skredet og der er ikke umiddelbart udsigt til at indsatsen igangsættes tilstrækkeligt tidligt til, at der kan opnås væsentlige resultater i denne sundhedsaftaleperiode.

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		<b>Borgerne oplever sammenhæng og kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet</b>		<b>Mere sundhed for de samme penge</b>
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 (afsluttet efteråret 2016).</p> <p>PH-d projekt om implementering af opfølgende hjemmebesøg for ældre medicinske patienter</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Forskningsprojekter med fokus på: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. at øge sundheden hos særlige målgrupper</li> <li>b. at udvikle evidens om gode tværsektorielle forløb</li> </ol> </li> </ol>	<b>Løbende</b>

		Der er desuden forskningsaktiviteter tilknyttet projekterne "Aktiv patientstøtte", "Sammen om min vej" og satspuljeprojektet vedrørende de sårbare ældre medicinske patienter.		
		Et tre-årigt forskningsprojekt ved navn "COPD-Life - En mere tryk og tilfredsstillende hverdag med KOL- Personlig støtte via tværsektoriel telerehabilitering" er igangsat 1. september 2016. Projektet gennemføres i et samarbejde mellem Næstved, Slagelse & Ringsted Sygehus, Institut for Regional Sundhedsforskning Syddansk Universitet Odense, KOL kompetencecenteret i Region Sjælland og Slagelse Kommune.	2. Etablering af ph.d. forløb med fokus på tværsektoriel rehabilitering	<b>Løbende</b>
		Der arbejdes på at udvikle nye og tættere samarbejdsformer.  Værktøj, der understøtter forløb på tværs af sektorer og myndigheder for borgere med dobbeltdiagnose, er udviklet, og er gået fra udviklingsprojekt til implementeringsprojekt i hele Psykiatrien og i alle 17 kommuner.	3. Udvikle erfaringerne med samarbejdet på tværs af forvaltningsområder og sektorer i relation til reformerne på beskæftigelsesområdet.	<b>Start 2. kvartal 2015 (halvårlig opfølgning)</b>
		Det ovenfor nævnte værktøj afprøves også som led i forløb om særligt sårbare patienter i somatikken under projekt "Sammen om min vej".  Erfaringer fra diverse indsatser udveksles løbende.	4. Udbrede principper og erfaringer fra samarbejdet til andre områder i det tværsektorielle samarbejde	<b>Start 2. kvartal 2015 (halvårlig opfølgning)</b>

		Fælles strategi for det palliative område er besluttet. I strategien indgår plan for videre udrulning af telefonvagt. Pr. den 01.01.2017 dækker telefonvagtordningen hele regionen.	5. Videreudvikle telefonvagt for palliative patienter, henblik på udrulning i hele regionen	<b>2. kvartal 2015</b>
Kompetenceudvikling		Den tværfaglige Palliationsgruppe har udviklet og gennemført et kompetenceudviklingsforløb inkl. orientering om Helbredsprofilen og anvendelse af denne. Forløbet er gennemført i 2016 for ca. 350 sundhedsfaglige personaler.  Ultimo 2016 søgte KSS Roskilde-Køge den tværasektorielle pulje om støtte til udvikling af et e-læringsprogram til understøttelse af implementering af forløbsprogrammerne inkl. elektronisk kommunikation. Projektet implementeres i 2017.	6. Udvikle fleksible læringsformer til anvendelse i tværasektoriel kompetenceudvikling eks. e-learning og brug af videokonferencefaciliteter	<b>Start 2015 Løbende opfølgning</b>
		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 med senhjerneskade og behov for koordineret forløb. Denne test er endnu ikke igangsat, men værktøjet testes i projekt "Sammen om min vej".	7. Læring på tværs - Videndeling og udbredelse af velfungerende løsninger fra psykiatri til somatik og vice versa	<b>Løbende</b>
		Palliationsgruppen har kortlagt de palliative tilbud i hele regionen. Arbejdet indgår i det af	8. Kompetenceudvikling af personale på basisniveau inden for palliation	<b>Start 2015</b>

		Palliationsgruppen udviklede og gennemførte kompetenceudviklingsforløb (jf. ovenstående nr. 6).		<b>(status 1.kvartal 2015)</b>
		Fuldført. Implementering af FMK på de regionale botilbud er imidlertid udsat p.gr.a. forestående revurdering af it-system.	9. Uddanne alt relevant personale i anvendelse af FMK	<b>1.halvår 2015</b>
		Videre udbredelse er pt. sat på stand by, da der ikke er afsat midler til dette.  Udbydes fortsat til nøglepersoner efter behov.	10. Udbrede fælles sundhedspædagogisk tilgang til frontpersonale	<b>2 gange årligt (el. efter behov)</b>
		Indsatsen indgår i Den koordinerende enhed for patientuddannelsers arbejde. Indsatsen er forsinket som følge af den generelle forsinkelse af denne enheds arbejde, der skyldes mangel på ressourcer i enheden.	11. Sikre et kompetent og synligt korps af undervisere på patientuddannelserne i alle dele af regionen	<b>1.kvartal 2016</b>
<b>Rådgivning</b>		Satspuljeprojektet "Tværsektorielt samarbejde for og med de svageste ældre", som gennemføres fra ultimo 2016 til udgangen af 2019, indeholder bl.a. synliggørelse af kanaler for faglig sparring mellem medarbejdere i de tre sektorer.	12. Etablere og synliggøre kanaler for faglig sparring mellem praktiserende læger, kommunale medarbejdere og sygehuspersonale	<b>1.halvår 2015</b>
		Afventer igangsætning jf. ovenstående.	13. Indgå aftaler om, hvordan faglig sparring foregår	<b>2.halvår 2015</b>
		Indgår bl.a. i forløbsprogrammerne, der implementeres fra primo 2017.  Spørgsmål vedr. rådgivning i forhold til infektionshygiejne er under afklaring.	14. Etablere en ensartet praksis for Regionens rådgivningsydelser på tværs af hele den regionale virksomhed	<b>2.halvår 2015</b>
		Projektforslag mhp. videreudvikling inkl. finansieringsmodel er under afklaring.	15. Udvikle hygiejneområdet med udgangspunkt i den etablerede	<b>Løbende</b>

			MRSA-enhed i takt med viden og erfaringer på området tilegnes	
		Undersøgelsen er i gang.	16. Gennemføre sundhedsprofiler hvert 4. år med henblik på at skabe et fælles grundlag for opfølgning på udviklingen i borgernes sundhedstilstand	<b>Start 4.kvartal 2016</b>
Samarbejde		Forløbsbeskrivelserne er tilgængelige i sundhedsaftalens værktøjskasse på regionens hjemmeside. Spørgeskemaundersøgelse foretaget i 2016 blandt personaler viser større kendskab til intentionen med forløbsbeskrivelserne, hvis formål er at samarbejde fleksibelt med udgangspunkt i borgerens behov, end ved baseline fra undersøgelse i 2015.	17. Implementere forløbsbeskrivelser i takt med udvikling	<b>Start 1.februar 2015</b>
		Kommunikation og tværsektorielt samarbejde vedrørende den ældre medicinske patient udskrevet fra medicinsk afdeling er undersøgt i 2016. Den overordnede konklusion er bl.a., at i de forløb, hvor der kommunikeres mellem sektorerne, anvendes de aftalte standarder og der koordineres og samarbejdes omkring målgruppen. Der er imidlertid fortsat et betydeligt forbedringspotentiale, idet samarbejdspartnerne i en relativt stor del af forløbene kun delvis lever op til aftalerne om kommunikation.	18. Samarbejde med udgangspunkt i forløbsbeskrivelser	<b>1.kvartal 2015</b>
		Arbejdsgruppen under Udviklingsgruppen for Behandling, Pleje, Træning og Rehabilitering (BOP) har i stedet afsluttet sit arbejde med en præcisering til hjemmesiden, der afventer godkendelse i BOP. Præciseringen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen <a href="#">nye anbefalinger</a>	19. Udarbejde forløbsbeskrivelse for rehabilitering med henblik på at styrke samarbejdet om fælles målsætninger på tværs af sektorer og forvaltningsområder	<b>3. kvartal 2015- 1.kvartal 2016</b>

		<p><a href="#">til kommunale forebyggelsestilbud</a>  Fremover henvises som udgangspunkt til en afklarende samtale i kommunen, som sammen med borgeren vurderer, hvilke forebyggelsestilbud borgeren har behov for. Alternativt er der fortsat mulighed for, at henviser til et specielt forebyggelsestilbud i kommunen. Henvisning til rehabilitering er beskrevet i <a href="#">Stifinderen</a>.</p>		
		<p>Den koordinerende indsatsplan for patienter med psykisk sygdom og samtidigt misbrug er udviklet og er nu under implementering i hele psykiatrien og i alle 17 kommuner. Dette værktøj afprøves også som led i forløb for om særligt sårbare patienter i somatikken under projekt "Sammen om min vej".</p> <p>Satspuljeprojektet "Tværsektorielt samarbejde for og med de svageste ældre", som gennemføres fra ultimo 2016 til udgangen af 2019, har fokus på udvikling og afprøvning af modeller for systematiske, samtidige tværsektorielle udredningsforløb.</p>	20. Udvikle og afprøve modeller for systematiske, samtidige tværsektorielle udredningsforløb	<b>Start 2.kvartal 2015 (løbende)</b>
		<p>"Diagnostisk Pakke" er i Region Sjælland organiseret således, at trin 1 og 2 ligger i almen praksis. Trin 1 er diagnostisk blodprøve pakke, mens trin 2 er henvisning til CT scanning. Der gennemføres en undersøgelse af betydningen af implementering af "Diagnostisk Pakke". "Diagnostisk Pakke" er indført med henblik på at undersøge, om patienternes</p>	21. Undersøge mulighed for et udviklingsprojekt om tidlig udredning i almen praksis, herunder blodprøvetagning og andre undersøgelser	<b>Start 3.kvartal 2015</b>

Modeller og værktøjer		<p>symptomer skyldes kræft eller anden alvorlig sygdom.</p> <p>I 2015 – 2017 gennemføres projekt "Det mobile laboratorium", som er et samarbejde mellem Køge Kommune og Sjællands Universitetshospital Køge.</p> <p>I januar 2017 har Kalundborg Kommune og Holbæk Sygehus opstartet et samarbejde om mobil prøvetagning på plejehjem og i private hjem.</p>		
		<p>Udvikling og implementering af fælles metoder til tidlig opsporing er et led i implementeringen af de reviderede forløbsprogrammer.</p> <p>'Projekt tidlig opsporing' forankret på NFS er startet april 2016.</p> <p>Udvikling og implementering af fælles metoder til tidlig opsporing er desuden en del af arbejdet i Satspuljeprojektet "Tværsektorielt samarbejde for og med de svageste ældre" (2016 – 2019).</p>	22. Udvikle og implementere fælles metoder til tidlig opsporing	<b>Start 3.kvartal 2015</b>
		<p>Arbejdet er et fokusområde i de reviderede forløbsprogrammer. Implementering sker 2017-2018.</p>	23. Udvikle og implementere fælles modeller for stratificering af borgerne og sikre rette tilbud til rette borger	<b>Start 3.kvartal 2015</b>
		<b>Ikke påbegyndt</b>	24. Udvikle og anvende fælles værktøj til identifikation af behov for vurdering af borgernes funktionsniveau med udgangspunkt i nødvendighed	<b>1.halvår 2016</b>
		<p>Arbejdet med screeningsværktøj indgår i satspuljeprojektet "Tværsektorielt samarbejde for og</p>	25. Udvikle og anvende et fælles screeningsværktøj til identificering af borgere i risiko for genindlæggelser	<b>Udvikling start 2016</b>

		<p>med de svageste ældre” (2016 – 2019).</p> <p>Nye samarbejdsmodeller afprøves med afsæt i erfaringerne fra følgeordningerne. Indgår i ansøgning til regeringens pulje til udvikling og afprøvning af modeller, der sikrer bedre sammenhæng i forløb for den ældre svækkede patient.</p> <p>Ordningen opfølgende hjemmebesøg er justeret juni 2016 på baggrund af evaluering og fortsætter.</p>	<p>samt fortsætte implementeringen af de igangsatte følgeordninger i hele regionen</p>	<p><b>(løbende opfølgning)</b></p>
		<p>Kendskabet til TOP udbredes gennem løbende information, der koordineres af en TOP-følgegruppe.</p> <p>Der er udarbejdet et udbredelsesprogram for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum (BUF). I 2016 var der BUF-samarbejde mellem B&amp;U Psykiatrien og tre kommuner. Kendskabet til modellen er spredt via Kommunalt Samarbejdsforum for Psykiatri B&amp;U.</p>	<p>26. Udbrede kendskabet til tilbuddet Tidlig Opsporing af Psykose og udrulle Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum i hele regionen</p>	<p><b>Start 1.kvartal 2015</b></p>
		<p>Ingen nye initiativer.</p>	<p>27. Udvikle samarbejde om selvmordsforebyggelse blandt børn og unge</p>	<p><b>Start 1.kvartal 2016</b></p>
		<p>Forløbsprogrammerne for KOL, Type 2 Diabetes og Rygproblemer er vedtaget i Sundhedskoordinationsudvalget juni 2016. Implementeres fra primo 2017.</p> <p>Implementering af forløbsprogram for Demens er under planlægning.</p>	<p>28. Udvikle og revidere forløbsprogrammerne</p>	<p><b>Start 1.halvår 2015</b></p>

		<p>Forløbsprogram for skizofreni er ikke revideret.</p> <p>Forløbsprogram for mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug er færdiggjort med henblik på implementering i 2017.</p>		
Patient- og pårørende samarbejde		Afdækning af, hvad der allerede findes og tilbydes af forløb for pårørende, har ikke vist et behov for indsatser.	29. Udvikle og udbrede forløb for pårørende til patientgrupper fx forældre til børn med medfødte misdannelser, alvorligt sindslidende og alvorligt syge	<b>Start 1.halvår 2015</b>
		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 medvirker til at forebygge tilbagefald (psykoedukation)	<b>Løbende</b>
		<p>Sundhedsaftalens præciserede arbejdsdeling i forhold til patientuddannelser indgår i forløbsprogrammerne.</p> <p>Efter evaluering af projektet "Afprøvning af tværsektoriel psykoedukation" er det besluttet at lade et fælles psykoedukationsforløb mellem Faxe Kommune og Psykiatrien gå i drift.</p> <p>Den koordinerende enhed for patientuddannelse var i gang med en kortlægning af patientuddannelser på det somatiske område, men arbejdet har ligget stille p.gr.a. mangel på ressourcer i enheden. Enheden forstærkes i 2017.</p>	31. Udvikle og implementere fælles patientuddannelser på alle større folkesygdomme	<b>Løbende</b>

		<p>Model for evaluering af patientuddannelserne er besluttet. Evaluering forventes påbegyndt i 2017.</p>		
		<p>Helbredsprofilen lancerede i 2015 2 nye emner: Livstruende sygdom (palliation) og slidgigt(artrose) i hofte og knæ. I 2016 er afsnittet om slidgigt i hofte og knæ afsluttet, palliation er afsluttet, og der er udbygget med strålebehandling og kemoterapi til borgere med kræft, der afsluttes 1 halvår 2017. Arbejdet med kroniske lænde-/rygsmerter er i gang og afsluttes i 2 halvår 2017.</p> <p>Systematisk arbejde med at øge antallet af brugere har øget det månedlige brugerantal med 300 % til ca. 6.000 unikke brugere pr. mdr. og ca. 20.000 besøg i alt. Der arbejdes fortsat systematisk med at øge antallet af brugere.</p>	<p>32. Udbygge Helbredsprofilen til flere grupper af patienter med kronisk sygdom</p>	<p><b>Løbende</b></p>
		<p>Der er ikke udviklet generelle modeller for involvering.</p> <p>Borgere involveres løbende i udvikling og evaluering af nye tiltag.</p> <p>Den tværsektorielle palliationsgruppe arbejder på udvikling af et værktøj mhp. anvendelse af Patient Reported Outcome (PRO) til udvikling af den samlede palliative indsats. Projektet gennemføres i 2017.</p>	<p>33. Designe formidlingsveje og måder at inddrage borgerne i udvikling af sundhedsvæsenets tilbud</p>	<p><b>2.halvår 2015</b></p>

		Der er på Helbredsprofilen udviklet et træningsværktøj der kan støtte borgeren med hjemmetræning. Det er udviklet efter de pjecer, man plejer at udlevere, og afprøvet hos borgere i Sundhedscenteret i Korsør.	34. Samarbejde med borgerne om at kvalificere og udvikle informationsmateriale, der skal understøtte borgerens beslutningsmuligheder	<b>Løbende</b>
		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	<b>2.halvår 2015</b>
<b>IT og digitale arbejdsgange</b>		<p>IT Handleplan rummer en lang række initiativer, hvoraf nogle er tidsfastsatte, andre gennemføres løbende og nogle kræver beslutningsgrundlag for at kunne igangsættes.</p> <p>Telemedicinsk Sårvurdering er gennemført og ibrugtaget.</p> <p>Landsdelsprogram for Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er etableret og gennemføres i henhold til økonomiaftale for 2016. Tilbud om hjemmemonitorering til relevante borgere med KOL forventes etableret i løbet af 2019. Initiativet erstatter tidligere initiativ på Handleplan med tilsvarende formål.</p> <p>Implementering af Sundhedsjournal 2.0 forløber planmæssigt i fællesoffentligt regi.</p> <p>Psykiatrien har påbegyndt en pilottest af elektronisk kommunikation vedr. den psykiatriske patient.</p>	36. Udmønte Handleplan for sundheds-it og digitale arbejdsgange	<b>Løbende</b>

		FMK: Se 42. MedCom: Se 38 og 41.		
		Arbejdet afventer	37. Udvikle fælles prioriteringsværktøj til vurdering af nødvendig kommunikation mellem aktørerne	<b>2.halvår 2015</b>
		Er afsluttet jf. punkt 19 ovenfor.	38. Udarbejde aftaler for den fælles digitale kommunikation på rehabiliteringsområdet via MedCom	<b>3.kvartal 2015</b>
		Et fælles screeningsværktøj, som i første omgang vedrører kræft og palliation, forventes at blive en del af Sundhedsplatformen i 2018.	39. Afprøve et fælles, webbaseret screeningsværktøj til systematisk behovsvurdering ved alle sektorovergange	<b>2.kvartal 2015</b>
		Arbejdet med den gode henvisning er afsluttet ultimo 2015.  Arbejdet med den gode epikrise indgår som led i udviklingen af Sundhedsplatformen.	40. Evaluere og udvikle grundlaget for Den gode henvisning og Den gode epikrise som basis for kommunikation mellem sygehushæge og praktiserende læge	<b>1.halvår 2015</b>
		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	<b>1.halvår 2015</b>
		Alle kommunerne har taget FMK i brug primo 2016.  Tværsektoriel FMK-samarbejde er etableret.	42. Udrulle FMK i alle sektorer	<b>1.halvår 2015</b>

		Led i implementering af FMK	43. Benytte FMK som værktøj i dialogen med borgeren om egen medicin	<b>Start 2.halvår 2015</b>
<b>Rehabilitering</b>		Arbejdet er en del af de reviderede forløbsprogrammer og en del af arbejdet under Den koordinerende enhed for patientuddannelser. Der er besluttet 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	44. Etablere ensartede patientuddannelser baseret på evidens og best practice i alle kommuner i regionen	<b>Løbende</b>
		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. Arbejdet forventes påbegyndt i 2017.	45. Etablere en fælles database til samling af viden om kvalitet og effekt af de tilbudte patientuddannelser	<b>Start 1.halvår 2015</b>
		Monitorering afventer centralt besluttede IT-værktøjer.	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	<b>Start 2016</b>
		Der er nedsat en arbejdsgruppe under Udviklingsgruppen for behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering. Arbejdet er afsluttet med de reviderede forløbsprogrammer.	47. Udvikle fælles metoder for stratificering til rehabiliteringsindsatser	<b>Start 2016</b>

<b>Kvalitets- udvikling og kapacitets- styring</b>		<p>Som led i opfølgning og monitorering er afprøvet en række metoder som surveys, interviews og tværsektorielle audits.</p> <p>Der er ikke for nuværende aftaler om nye fælles kvalitetsudviklingstiltag udover de nationalt aftalte.</p>	<p>48. Udarbejde en handleplan for fælles og systematisk kvalitetsudvikling, herunder fælles begrebsarbejde, dokumentation og metoder, bl.a. tværsektorielle audits</p>	<p><b>1.kvartal 2015 (Løbende opfølgning, status medio 2015)</b></p>
		<p>Ikke iværksat</p>	<p>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</p>	<p><b>2.halvår 2015</b></p>
		<p>Der er så vidt vides ikke udviklet en model, der kan anvende LEON-princippet efter finansieringsforholdene i det danske sundhedsvæsen.</p> <p>Erfaringer fra databasen i satspuljeprojektet "Tværsektorielt samarbejde for og med de svageste ældre" vil indgå i arbejdet med udvikling af modellen fra 2017.</p>	<p>50. Udvikle en Business Case model, der understøtter mulighed for at træffe beslutninger med et samlet økonomisk perspektiv</p>	<p><b>1.kvartal 2015</b></p>
			<p>51. Aftale udviklingsplaner for aftaleperioden for 2015/2016 og 2017/2018</p>	<p><b>Løbende opfølgning</b></p>