

NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDS- VÆSENET



2018



SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN	3
DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM	4
ET DYNAMISK SUNDHEDSVÆSEN – ARBEJDET MED NYE INDIKATORER FORTSÆTTER	7
UDVIKLINGEN I MÅL OG INDIKATORER	8



FOKUSOMRÅDER	12
EKSEMPLER PÅ INDIKATORER	13
BRED FORANKRING OG LOKALT EJERSKAB	17
REGIONERNE FØLGER UDVIKLINGEN PÅ TVÆRS	19
KOMMUNERNE ARBEJDER MED DE NATIONALE MÅL	20
PSYKIATRI – LOKAL FORANKRING OG SAMMENHÆNG	21
CASES	22

SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN

De nationale mål sikrer en ambitiøs, fælles retning for udviklingen af sundhedsvæsenet til gavn for patienterne og er et centralt omdrejningspunkt for en ny styring af vores sundhedsvæsen med fokus på kvalitet, sammenhæng i behandlingen og patientsikkerhed. Siden vi i fællesskab indførte de otte nationale mål for sundhedsvæsenet som en del af Det Nationale Kvalitetsprogram i 2016, har kommuner og regioner arbejdet målrettet på at omsætte og forankre målene til konkrete indsatser i sundhedspersonalets arbejde.

Målene markerer sammen med de øvrige dele af Det Nationale Kvalitetsprogram et skifte væk fra proces- og registreringskrav til i højere grad at fokusere på fagligt meningsfulde mål og resultater, som løfter kvaliteten til gavn for patienterne. Indikatorerne under de nationale mål udvikles løbende for at understøtte den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet og belyse den værdi, som sundhedsvæsenet skaber for den enkelte patient. I dette års status for de nationale mål sættes særlig fokus på den lokale forankring af kvalitets- og forbedringsarbejdet i psykiatrien. Der er også udviklet nye indikatorer målrettet udviklingen i almen praksis.

Regionerne anvender de nationale mål i ledelsesinformation og på sygehusene i forbindelse med deres arbejde med at højne kvaliteten og effektiviteten. Også i kommunerne pågår et arbejde med at omsætte de nationale mål og indikatorer på sundhedsområdet og få arbejdet med kvalitetsforbedringer integreret i praksis.

I det videre arbejde er det centralt at styrke arbejdet med den lokale forankring, herunder også i de nære sundhedstilbud. Det er derfor afgørende, at de gode erfaringer fortsat bringes videre i arbejdet med at få forankret de nationale mål gennem lokalt definerede mål og indsatser både i regioner og kommuner – og i samspillet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse. Derfor skal vi bl.a. gennem videndeling, brug af data og gennemsigtighed fortsat styrke, at målene understøttes af lokale indsatser. Målene skal i endnu højere grad blive retningsgivende for kvalitetsarbejdet i det danske sundhedsvæsen, fx på sygehusafdelinger og i de kommunale sundhedstilbud, til gavn for borgeren.

Ellen Trane Nørby
Sundhedsminister

Jacob Bundsgaard
Formand for KL

Stephanie Lose
Formand for Danske Regioner

DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM ER ET LED I EN STØRRE OMSTILLING AF KVALITETSARBEJDET

Kernen i Det Nationale Kvalitetsprogram er at skabe større værdi for patienten. Programmet skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i behandlingen og rehabiliteringen med fokus på de resultater, der har betydning for borgeren. Samtidig skal programmet understøtte, at der leveres mest mulig sundhed for pengene. De nationale mål og den lokale forankring heraf er blot ét element i Det Nationale Kvalitetsprogram, der også består af mange andre tiltag.

Lærings- og kvalitetsteams

Der er etableret nationale netværk af lærings- og kvalitetsteams bestående af klinikere og ledere fra relevante afdelinger og enheder samt en ekspertgruppe, som skal understøtte, at der sker kvalitetsforbedringer på udvalgte områder, hvor kvaliteten ikke er tilfredsstillende, eller hvor der er uønsket variation. Der er foreløbigt etableret lærings- og kvalitetsteams inden for palliation (pleje og behandling af uhelbredeligt syge), apopleksi, hofte-nære lårbensbrud og rationel anvendelse af antibiotika. De fire lærings- og kvalitetsteams skal bidrage til, at de gode erfaringer med kvalitetsforbedringer spredes hurtigere fra fagperson til fagperson (eller medarbejder) til gavn for den enkelte patient. Flere lærings og kvalitetsteams er undervejs, herunder teams, der i højere grad også involverer kommunerne, hvor der er særligt fokus på det tværsektorielle arbejde. Det skal sikre sammenhæng og fortsat udviklingen i kvaliteten i forløb, der går på tværs af sektorer, så der bliver taget hånd om borgeren på dennes vej gennem systemet.



Nationalt ledelsesprogram

Det er i den daglige drift, at strategiske indsatser står deres prøve, og ledelse skal have effekt. Det er her, forankringen skal finde sted, så forbedringerne bliver varige og meningsgivende. Derfor er der iværksat et nationalt ledelsesprogram, der har til formål at styrke de lokale driftsleders kompetencer i forhold til kvalitets- og forbedringsarbejde, så der er det ledelsesfokus, der er nødvendigt for, at kvaliteten kontinuerligt forbedres til gavn for patienterne.

Det første hold, med de første 40 ledere fra kommunerne og regionerne, har afsluttet deres ledelsesuddannelse i februar 2018. Ambitionen er, at lederne efter forløbet agerer som spydspidser for udbredelsen af kvalitetsprogrammet i dagligdagen på sygehuse og i kommuner. Det andet hold på det nationale ledelsesprogram startede i marts 2018.



Systematisk patientinddragelse

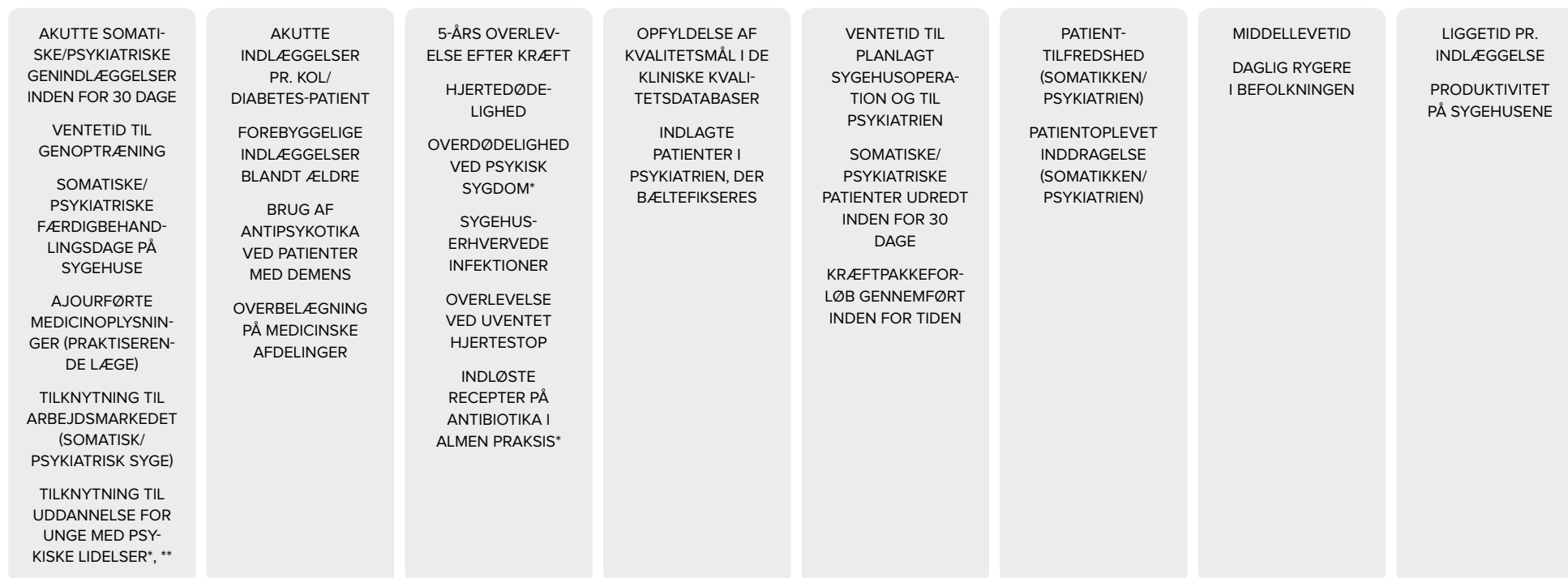
Der arbejdes nationalt og lokalt med et styrket fokus på systematisk patientinddragelse og indsamling af patientens egne oplevelser (PRO) i deres behandlings- og rehabiliteringsforløb. Med ”Strategi for digital sundhed 2018-2022” har regeringen, KL, og Danske Regioner i fællesskab sat rammerne for at lykkes med tværgående digitale indsatser på sundhedsområdet for at understøtte de otte nationale mål. For hvert af strategiens fem indsatsområder peger parterne konkret på, hvilke nationale mål, der kan løftes gennem fælles digitale løsninger og ny teknologi. Det handler bl.a. om at styrke borgernes mulighed for at tage aktivt del i deres eget behandlingsforløb gennem bedre indsigt i deres egen sygdom og sundhedsdata samt sikre en mere fleksibel kontakt med sundhedsvæsenet, også i borgerens eget hjem.

Samtidig investeres der i aktiv brug af sundhedsdata bl.a. gennem et nationalt Sundhedsdataprogram og via lokale indsatser i regioner og kommuner, herunder udvikling af Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP), der bl.a. skal understøtte tidstro aktivitets- og kvalitetsdata for personalet på sygehusene og i de kommunale sundhedsindsatser og for borgerne. Der er endvidere aftalt forsøg med nye styrings- og afregningsmodeller i alle regionerne med afsæt i værdibaseret styring, hvor en effektiv behandling med høj kvalitet for patienten er i fokus. Alt sammen til gavn for borgerne.

NATIONALE MÅL : BEDRE KVALITET, SAMMENHÆNG OG GEOGRAFISK LIGHED I SUNDHEDSVÆSNET



INDIKATORER



REGIONALE / KOMMUNALE LOKALE DELMÅL

* Indikatoren indgår uden tal. ** Mulig sammenkobling med arbejdsmarkedsindikatoren undersøges.

ET DYNAMISK SUNDHEDSVÆSEN – ARBEJDET MED NYE INDIKATORER FORTSÆTTER

Indikatorerne under de nationale mål udvikles løbende, så de i højere grad kommer til at afspejle den ønskede retning for sundhedsvæsenet og værdien for den enkelte patient, fx i forhold til hele patientforløbet og til at styrke sammenhængen mellem specialer, indsatser og sektorer. Nogle af indikatorerne kan have en kortere tidsramme og kan derved justeres løbende i takt med, at der kommer fokus på nye områder, og kvaliteten af data bliver bedre. Samtidig er det vigtigt, at det samlede antal indikatorer er overskueligt. Dette er af hensyn til en konsistent og sammenhængende udvikling af sundhedsvæsenet.

Siden sidste statusrapport har det været ambitionen at udvikle indikatorer, der favner udviklingen i almen praksis samt indikatorer, der er målrettet psykiatrien. I indeværende statusrapport er derfor inkluderet følgende nye indikatorer:

- Patienttilfredshed for patienter i psykiatrien
- Patientoplevelse inddragelse for patienter i psykiatrien
- Færdigbehandlingsdage i psykiatrien
- Psykiatriske genindlæggelser

Frem mod næste år arbejdes der videre med at udvikle følgende indikatorer målrettet psykiatrien og almen praksis:

- Overdødelighed blandt borgere med psykiske lidelser
- Tilknytning til uddannelse for unge med psykiske lidelser (mulig sammenkobling med arbejdsmarkedsindikatoren undersøges)



- Indløste recepter på antibiotika i almen praksis
- Mindst yderligere én indikator for almen praksis

Derudover undersøges muligheden for at udvikle en indikator for fysisk helbred/somatisk udredning for borgere med psykiske lidelser.

Med regionernes økonomaftalen for 2019 er der introduceret en ny styringsmodel for sundhedsvæsenet, der skal styrke sammenhængen for patienterne. Frem mod næste år arbejdes der på at skabe sammenhæng mellem de nationale mål og den kommende nærhedsfinansiering.

Ydermere arbejdes der på at udvikle flere indikatorer rettet mod kommunerne i takt med, at data forbedres.

Ændring af definitionen for 'Akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage'.

Den tidligere definition af genindlæggelser har været udfordret grundet bl.a. organisatoriske ændringer og ændret registrering som følge af etableringen af fælles akutmodtagelser (FAM). Dette har medført, at indikatoren dels har undervurderet niveauet af genindlæggelser og dels påvirket sammenligneligheden over tid og mellem regioner og kommuner. Der er dermed udarbejdet en ny definition, der er mere retvisende og øger sammenligneligheden på tværs. Indikatorerne er metodisk forskellige og derfor kan opgørelser efter de to metoder ikke sammenlignes. Se den nærmere beskrivelse af den nye definition på: <http://esundhed.dk/sundhedsaktivitet/sundhedsaftaler/Sider/SUA01.aspx>

UDVIKLINGEN I MÅL OG INDIKATORER

Vi følger udviklingen i de nationale mål. Det sker via en trafiklys-markering, der angiver, hvor den enkelte region eller kommune bevæger sig hen i forhold til de otte forskellige nationale mål. Farven i trafiklyset giver et billede af udviklingen af sundhedsvæsenet.

Ser man på den overordnede udvikling i forhold til sidste år er det gået fremad på flere af målene. Bl.a. er ventetiden i både regionerne og kommunerne faldet og overlevelsen af kræft og hjertesygdomme er forbedret. Men der er også plads til forbedringer, eksempelvis ift. overholdelse af udredningsretten og fastholdelse på arbejdsmarkedet.

For at understøtte forbedringsarbejdet i regionerne, har Danske Regioner udarbejdet en version af nøgletallene for de nationale mål, som gør det muligt for den enkelte region at følge den løbende udvikling. Denne version findes her.¹

På side 15-18 kan man se et nuanceret billede af udviklingen for udvalgte indikatorer.

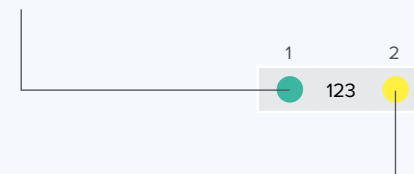
Farverne angiver, hvordan regioner og kommuner henholdsvis har udviklet sig det foregående år, og hvordan de er placeret ift. landsgennemsnittet. Det er hensigten, at både regionerne og kommunerne skal kunne følge indikatorerne og lære af bedste praksis.

1. <http://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/loebende-noegletal-for-de-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>

DE ENKELTE MARKERINGER BETYDER:

Farvemarkeringen til venstre for tallet angiver udviklingen fra 2016 til 2017 for den enkelte region/kommune.

- Positiv udvikling
- Uændret udvikling
- Negativ udvikling









Farvemarkeringen til højre for tallet angiver niveauet ift. landsgennemsnittet:



- Bedre end landsgennemsnittet
- På niveau med landsgennemsnittet
- Dårligere end landsgennemsnittet

Den gule markering er beregnet indenfor en ændring på +/- 1 pct. Dette betyder, at hvis udviklingen er plus/minus 1 pct. antages udviklingen at være uændret, og hvis forskellen fra landsgennemsnittet er plus/minus 1 pct. antages regionen/kommunen som værende på niveau med landsgennemsnittet.

TABEL 1 Oversigt over farvemærkning af indikatorer

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 <p>BEDRE SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB</p>	Akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage, pct. ^{1,2}	● 11,6	● 10,8 ●	● 11,9 ●	● 11,1 ●	● 12,0 ●	● 12,3 ●
	Akutte psykiatriske genindlæggelser indenfor 30 dage, pct. ³	● 22,3	● 15,4 ●	● 23,2 ●	● 22,1 ●	● 23,7 ●	● 19,9 ●
	Ventetid til genoptræning, dage ^{2,4}	● 12	● 13 ●	● 13 ●	● 13 ●	● 13 ●	● 10 ●
	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage ^{2,5}	● 3,6	● 1,7 ●	● 2,1 ●	● 2,3 ●	● 6,4 ●	● 3,2 ●
	Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage ³	● 4,1	● 3,8 ●	● 4,8 ●	● 1,6 ●	● 4,9 ●	● 5,2 ●
	Ajourførte medicinoplysninger (marts 2018), pct. ⁶	● 16,4	● 20,5 ●	● 18,7 ●	● 14,7 ●	● 13,1 ●	● 18,2 ●
	Fastholdelse af somatisk syge på arbejdsmarkedet, 2016, pct. ⁷	● 80,9	● 77,7 ●	● 79,4 ●	● 79,6 ●	● 83,2 ●	● 81,0 ●
	Fastholdelse af psykiatrisk syge på arbejdsmarkedet, 2016, pct.	● 47,4	● 45,3 ●	● 45,0 ●	● 48,9 ●	● 47,8 ●	● 48,2 ●
	Tilknytning til uddannelse for unge med psykiske lidelser (under udvikling – mulig sammenkobling med arbejdsmarkedsindikatoren undersøges)	–	–	–	–	–	–
 <p>STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER</p>	Akutte indlæggelser pr. 1.000 KOL-patient, antal ^{2,8}	● 547,2	● 469,0 ●	● 531,8 ●	● 450,6 ●	● 641,6 ●	● 595,4 ●
	Akutte indlæggelser pr. 1.000 diabetes type 2-patient, antal ^{2,8}	● 356,7	● 301,4 ●	● 355,7 ●	● 291,4 ●	● 410,5 ●	● 390,0 ●
	Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+), antal ^{2,8}	● 59,0	● 50,8 ●	● 54,5 ●	● 48,4 ●	● 71,3 ●	● 64,7 ●
	Overbelægning på medicinske afdelinger på de offentlige sygehuse, pct. ⁹	● 0,59	● 0,83	● 0,78	● 0,49	● 0,41	● 0,68
	Andel borgere med demens, som har købt antipsykotika, pct.	● 19,2	● 14,5 ●	● 19,4 ●	● 19,0 ●	● 22,1 ●	● 16,1 ●
 <p>FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENTSIKKERHED</p>	5-års overlevelse efter kræft (2014-2016), pct. ¹⁰	● 63	● 62 ●	● 63 ●	● 64 ●	● 65 ●	● 61 ●
	Hjertedødelighed (2016), dødsfald pr. 100.000 borgere	● 126	● 126 ●	● 123 ●	● 122 ●	● 130 ●	● 131 ●
	Overdødelighed blandt borgere med psykiske lidelse (under udvikling)	–	–	–	–	–	–
	Sygehus erhvervede infektioner – bakterieræmier antal pr. 10.000 risikodøgn ²	● 8,2	● 6,7 ●	● 6,7 ●	● 9,8 ●	● 8,8 ●	● 8,0 ●
	Sygehus erhvervede infektioner – clostridium difficile, antal pr. 100.000 borgere	● 59	● 49 ●	● 48 ●	● 53 ●	● 70 ●	● 67 ●
	Andel af patienter som overlever mindst 30 dage efter hjertestop, pct. ^{*13}	● 27	● 28 ●	● 35 ●	● 26 ●	● 25 ●	● 23 ●
	Indløste recepter på antibiotika i almen praksis (under udvikling)	–	–	–	–	–	–

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 BEHANDLING AF HØJ KVALITET	Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser, pct.*	● 57,5	● 57,6 ●	● 66,1 ●	● 57,3 ●	● 48,8 ●	● 53,4 ●
	Indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres, pct. ³	● 5,4	● 6,6 ●	● 8,7 ●	● 4,8 ●	● 3,9 ●	● 5,2 ●
 HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING	Gennemsnitlig erfaret ventetid til planlagt sygehusoperation, dage ²	● 42	● 51 ●	● 33 ●	● 43 ●	● 46 ●	● 40 ●
	Gennemsnitlig erfaret ventetid til psykiatrien børn, dage ³	● 22	● 34 ●	● 14 ●	● 20 ●	● 27 ●	● 21 ●
	Gennemsnitlig erfaret ventetid til psykiatrien voksne, dage ³	● 19	● 24 ●	● 18 ●	● 19 ●	● 18 ●	● 22 ●
	Somatiske udredningsforløb, hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, (4. kv. 2017) pct. ²	● 78	● 94 ●	● 84 ●	● 79 ●	● 61 ●	● 76 ●
	Psykiatriske udredningsforløb (børn og unge), hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, (4. kv. 2017) pct. ³	● 90	● 91 ●	● 97 ●	● 99 ●	● 47 ●	● 95 ●
	Psykiatriske udredningsforløb (voksne), hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, (4. kv. 2017) pct. ³	● 94	● 93 ●	● 95 ●	● 97 ●	● 91 ●	● 87 ●
	Pakkeforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for kræft, pct. ²	● 77	● 77 ●	● 75 ●	● 82 ●	● 76 ●	● 73 ●
 ØGET PATIENT-INDDRAGELSE	Patientoplevet tilfredshed – patienter i somatikken (gennemsnitlig score 1-5)**	● 4,25	● 4,32 ●	● 4,33 ●	● 4,26 ●	● 4,16 ●	● 4,18 ●
	Patientoplevet tilfredshed – patienter i psykiatrien, børn og unge (gennemsnitlig score 1-5)** ¹¹	4,02	3,96 ●	4,06 ●	4,05 ●	3,90 ●	4,09 ●
	Patientoplevet tilfredshed – patienter i psykiatrien, voksne (gennemsnitlig score 1-5)** ¹¹	4,22	4,18 ●	4,22 ●	4,30 ●	4,19 ●	4,15 ●
	Patientoplevet inddragelse – patienter i somatikken (gennemsnitlig score 1-5)**	● 3,76	● 3,82 ●	● 3,90 ●	● 3,72 ●	● 3,66 ●	● 3,65 ●
	Patientoplevet inddragelse – patienter i psykiatrien, børn og unge (gennemsnitlig score 1-5)** ¹¹	4,23	4,32 ●	4,09 ●	4,38 ●	4,01 ●	3,93 ●
	Patientoplevet inddragelse – patienter i psykiatrien, voksne (gennemsnitlig score 1-5)** ¹¹	4,56	4,53 ●	4,59 ●	4,62 ●	4,53 ●	4,49 ●

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 FLERE SUNDE LEVEÅR	Middellevetid, år***	● 80,9	● 80,7 ●	● 81,5 ●	● 81,0 ●	● 80,8 ●	● 80,1 ●
	Daglige rygere, pct.****1	● 16,9	● 16,9 ●	● 15,7 ●	● 18,7 ●	● 15,9 ●	● 18,4 ●
 MERE EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN	Gns. liggetid pr. indlæggelse, dage	● 3,3	● 3,9 ●	● 3,1 ●	● 3,6 ●	● 3,3 ●	● 3,0 ●
	Produktivitet på sygehusene, indeks: hele landet = 100 (2016)	● 100	● 96 ●	● 99 ●	● 102 ●	● 100 ●	● 102 ●

Kilder: Sundhedsdatastyrelsen. *Danske Regioner **Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelse ***Danmarks Statistik ****Den Nationale Sundhedsprofil.

Anmærkninger:

I regi af Sundhedsdataprogrammet er der igangsat et projekt vedrørende bedre præsentation af de indikatorer, der indgår i Nationale mål for sundhedsvæsenet. Projektet indebærer en omfattende gennemgang og en teknisk omlægning af indikatoropgørelserne, som potentielt også kan afdække uhensigtsmæssigheder i opgørelserne. I forbindelse med håndtering heraf kan indikator-værdierne blive revideret og dermed ændre sig.

Farvemarkørerne er beregnet pba. det antal decimaler, der er vist i oversigten.

- Ny definition af indikator, jf. boks s. 7
- Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan desuden have indflydelse på opgørelsen.
- Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstadens Psykiatri fra og med maj 2017 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen.
- Det er konstateret, at der hos kommunerne er udfordringer forbundet med denne indberetning pga. mangelfulde dataleverancer fra systemleverandøren. Den opgjorte ventetid skal derfor tages med forbehold. Det gælder særligt på kommuneniveau.
- 2016-tal for Region Hovedstaden og kommuner i Region Hovedstaden skal specielt fortolkes med stor varsomhed, da der ikke blev indberettet færdigbehandlingsdage fra Herlev og Gentofte Hospital for juni og juli 2016 grundet implementeringen af Sundhedsplatformen. Indberetningsniveauet for august 2016 var desuden meget lavt.
- Niveauet ligger relativt lavt og afspejler, at der fortsat er en del steder i almen praksis, hvor der sker begrænset ajourføring.
- Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 kan have indflydelse på opgørelsen.
- Indførelsen af de fælles akutmodtagelser (FAM) har medført en løbende registreringsomlægning, hvor patienter, der modtages og færdigbehandles på FAM'en, indberettes til Landspatientregisteret som akutte ambulante kontakter og dermed ikke indgår i indikatoropgørelsen. Det kan betyde, at antallet af indlæggelser undervurderes og påvirke muligheden for sammenligning over tid og mellem regioner/kommuner.
- Farvemarkeringen er alene foretaget på baggrund af udvikling fra 2016-2017
- Cancerregisteret er revideret siden sidste opdatering af Nationale mål for sundhedsvæsenet.
- Grundet tilpasning af spørgsmålene er der databrud mellem 2016 og 2017
- Udvikling fra 2013 til 2017
- Region Hovedstaden begyndte først at indberette til databasen i 2017.

FOKUSOMRÅDER

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at et sikkert og trygt sundhedsvæsen er en grundpille i vores fælles velfærdssamfund. Vi skal hele tiden gøre det bedre og på tværs af landet bygge oven på de resultater, der er skabt.

Sundhedsvæsenet skal indrettes til at håndtere de udfordringer, som fremtiden bringer. Et sundhedsvæsen, hvor der er fokus på sammenhængen på tværs af sektorer, kvalitet og patientens oplevelse og inddragelse. Sammen skal vi sikre, at der mest mulig sundhed af høj kvalitet for pengene. Denne målsætning skal afspejle sig i den måde, vi indretter vores sundhedsvæsen på. Det er bl.a. derfor, at vi skal sikre, at der i alle dele af sundhedsvæsenet er fokus på sammenhæng og forebyggelse, og styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der er tæt på den enkelte borger.



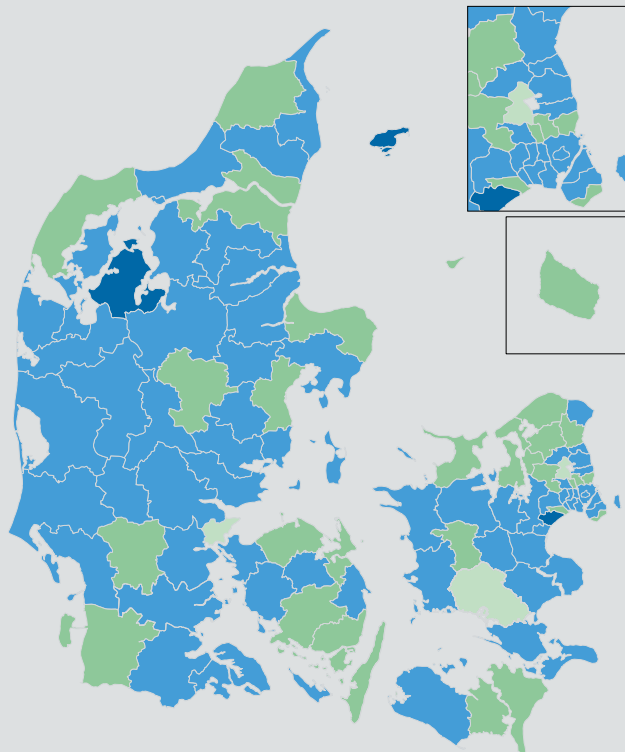
Det sammenhængende sundhedsvæsen er omdrejningspunktet for den kommende generation af sundhedsaftaler. Vi har sat øget fokus på et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen i regeringens miniudspil 'Sundhed, hvor du er', (opfølgning på Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsens anbefalinger), Danske Regioners udspil "Sundhed for alle – vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen" samt KL's miniudspil "Styrk det nære sundhedsvæsen!".

De nationale mål afspejler vores fælles retning for udvikling af sundhedsområdet, og på de næste sider ser vi nærmere på en række udvalgte indikatorer, der afspejler udviklingen af kvaliteten, patienttilfredsheden og sammenhængen i vores fælles sundhedsvæsen.

EKSEMPLER PÅ INDIKATORER

FIGUR 1

Udviklingen i andelen af akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage, pct., 2016-2017



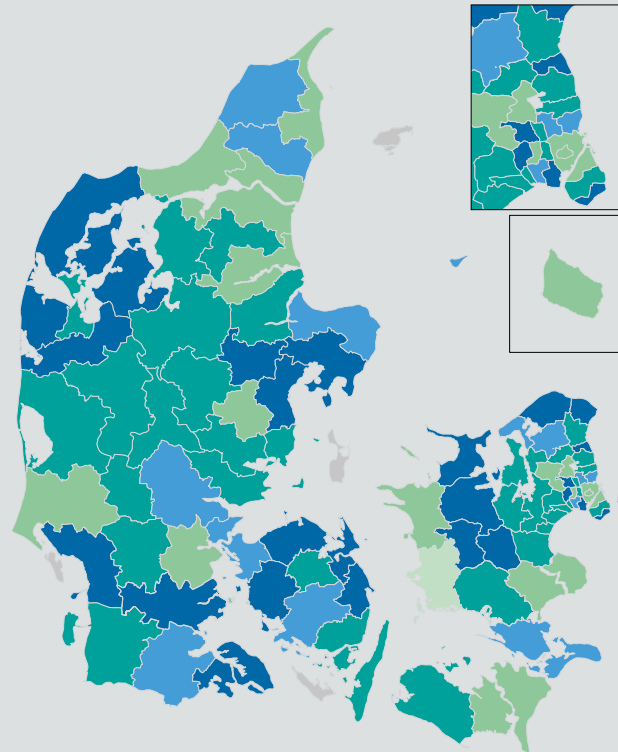
- Betydelig positiv udvikling (Under -2 pct. point)
- Positiv udvikling (-0,01 til -2 pct. point)
- Neutral udvikling (0 pct. point)
- Negativ udvikling (0,01% til -2,5 pct. point)
- Betydelig negativ udvikling (Over 2 pct. point)

Anm:
Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen.

Kilde:
Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

FIGUR 2

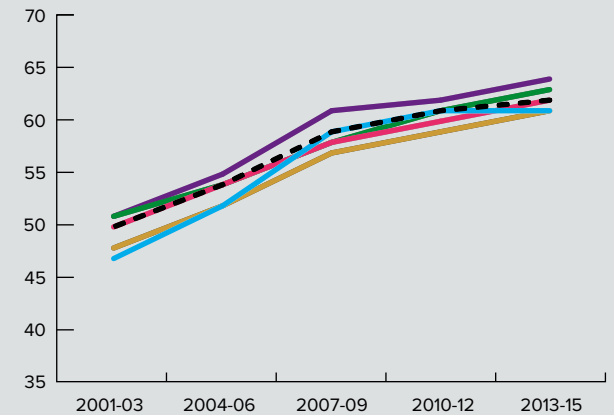
Udviklingen i andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage, pct., 2016-2017



- Betydelig positiv udvikling (Under -2 pct. point)
- Positiv udvikling (-0,01 til -2 pct. point)
- Neutral udvikling (0 pct. point)
- Negativ udvikling (0,01 til 2 pct. point)
- Betydelig negativ udvikling (Over 2 pct. point)
- Raten er ikke opgjort grundet for få observationer

FIGUR 3

5-års overlevelse af kræft, pct., 2001-2015



- Region Hovedstaden
- Region Sjælland
- Region Midtjylland
- Region Syddanmark
- Region Nordjylland
- - Hele landet

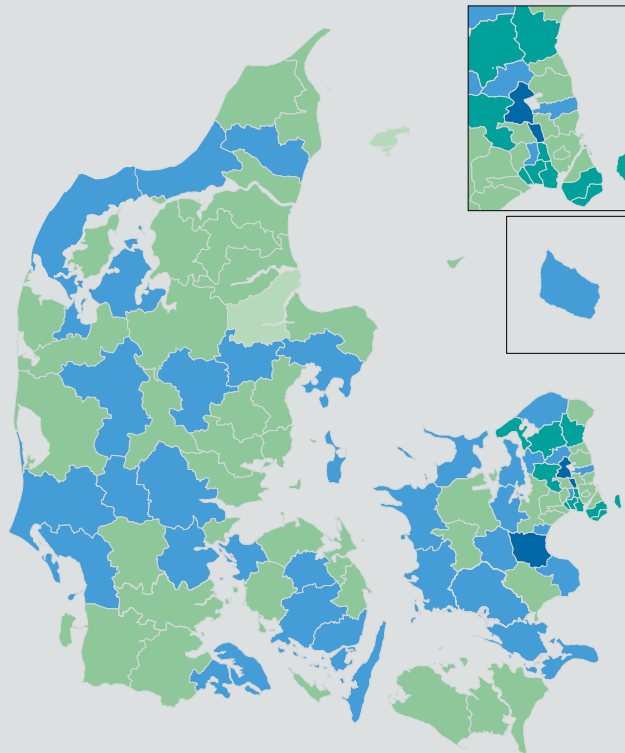
Anm.:
Ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft.

Kilde:
Cancerregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen



FIGUR 4

Udviklingen i antallet af somatiske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, 2016-2017



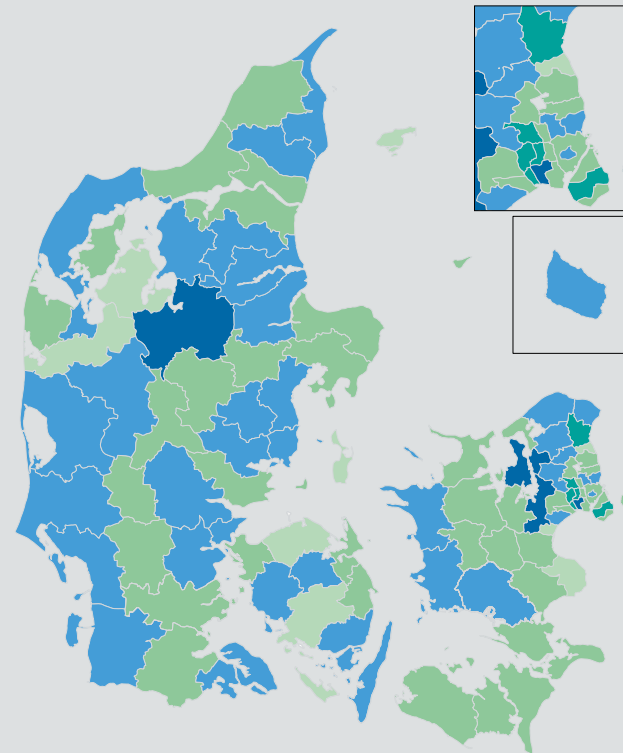
- Betydelig positiv udvikling (under 5 dage)
- Positiv udvikling (-5 til -0,01 dage)
- Neutral udvikling (0 dage)
- Negativ udvikling (0,01 til 5 dage)
- Betydelig negativ udvikling (over 5 dage)

Anm.: Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

FIGUR 5

Udviklingen i antallet af psykiatriske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, 2016-2017



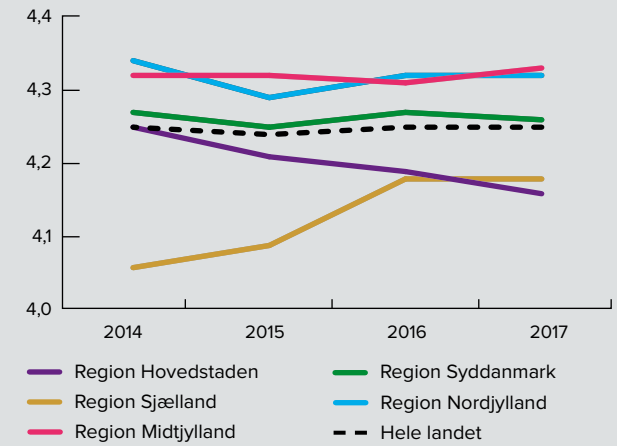
- Betydelig positiv udvikling (under -5 dage)
- Positiv udvikling (-5 til -0,01 dage)
- Neutral udvikling (0 dage)
- Negativ udvikling (0,01 til 5 dage)
- Betydelig negativ udvikling (over 5 dage)

Anm.: Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstadens Psykiatri fra og med maj 2017 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

FIGUR 6

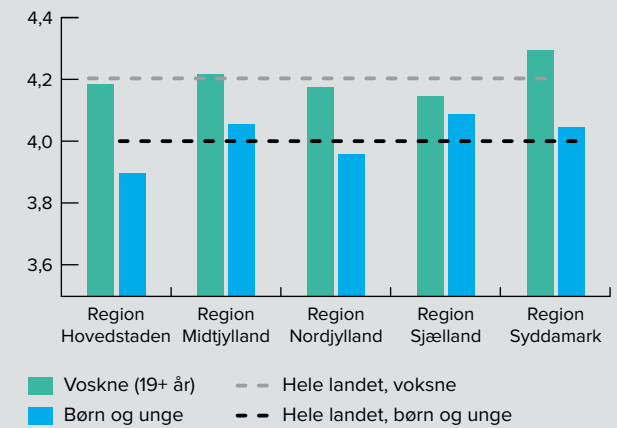
Patientoplevet tilfredshed – patienter i somatikken (gennemsnitlig score 1-5), 2014-2017



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

FIGUR 7

Patientoplevet tilfredshed – patienter i psykiatrien (gennemsnitlig score 1-5), 2017

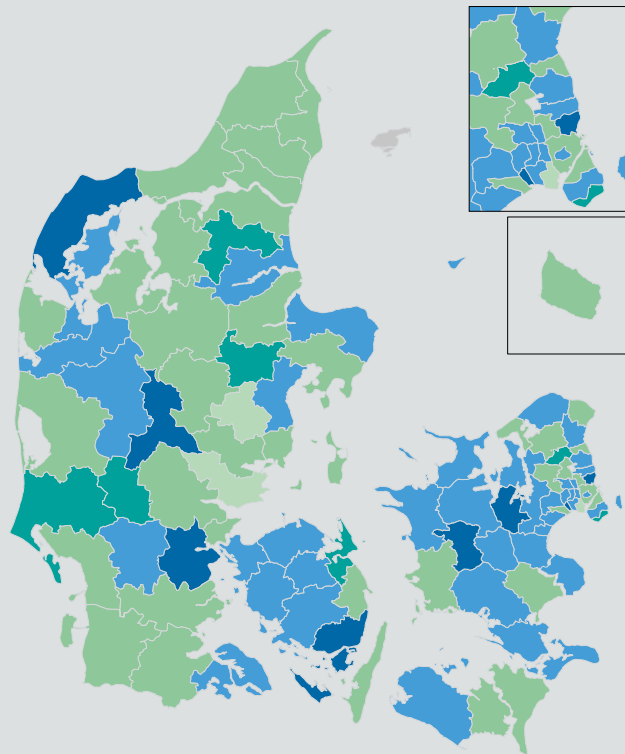


Anm.: Grundet tilpasning af spørgsmålene er der databrud mellem 2016 og 2017

Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

FIGUR 8

Udvikling af fastholdelse af somatisk syge på arbejdsmarkedet, pct., 2015-2016



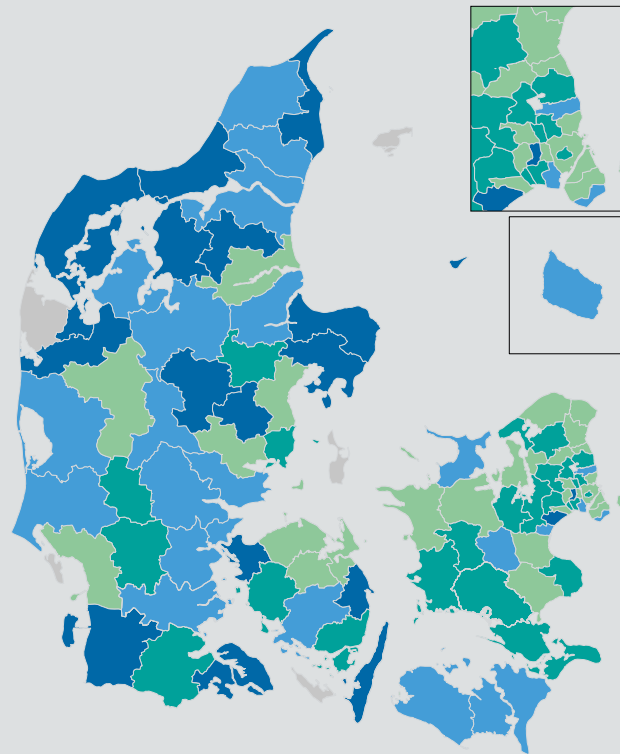
- Betydelig positiv udvikling (Over -2,5 pct. point)
- Positiv udvikling (0,01 til 2,5 pct. point)
- Neutral udvikling (0 pct. point)
- Negativ udvikling (-0,01 til -2,5 pct. point)
- Betydelig negativ udvikling (under -2,5 pct. point)
- Raten er ikke opgjort grundet for få observationer.

Anm.: Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 kan have indflydelse på opgørelsen.

Kilde: Landspatientregisteret og DREAM, Sundhedsdatastyrelsen.

FIGUR 9

Fastholdelse af psykisk syge på arbejdsmarkedet ift. landsgennemsnittet pct.



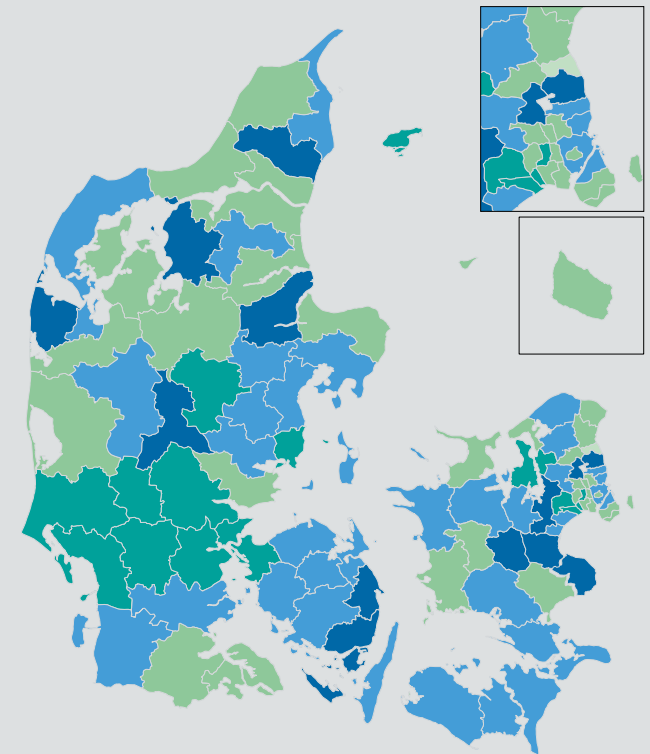
- Betydeligt over landsgennemsnittet (Over 5 pct. point)
- Over landsgennemsnittet (0,01 til 5 pct. point)
- Landsgennemsnittet (0 pct. point)
- Under landsgennemsnittet (-0,01 til -5 pct. point)
- Betydeligt under landsgennemsnittet (under -5 pct. point)
- Raten er ikke opgjort grundet for få observationer.

Anm.: Raterne er opgjort som 4-årige rater pga. få observationer, 2013-2016

Kilde: Landspatientregisteret og DREAM, Sundhedsdatastyrelsen

FIGUR 10

Udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt 1.000 ældre, antal, 2016-2017



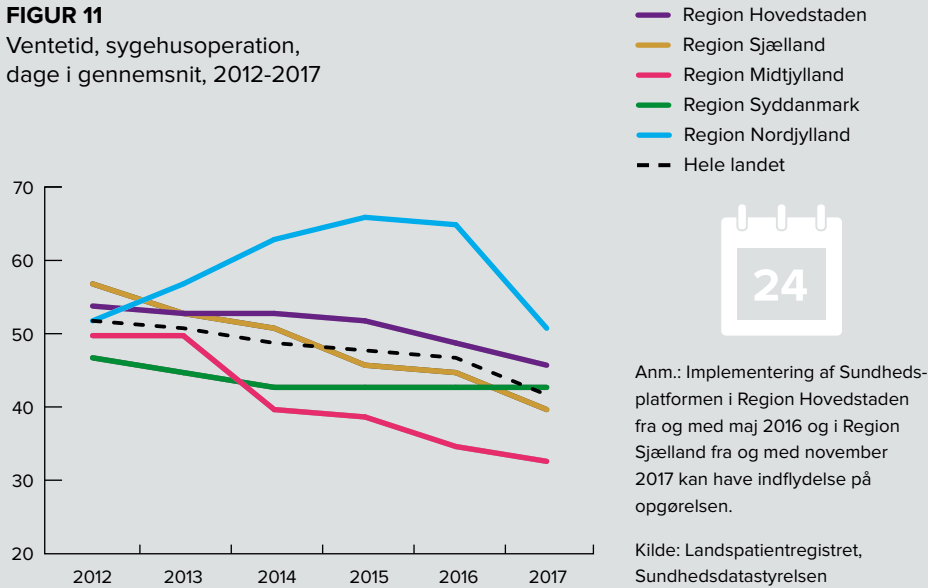
- Betydelig positiv udvikling (Under -10 pct.)
- Positiv udvikling (-10% til -0,01 pct.)
- Neutral udvikling (0 pct.)
- Negativ udvikling (0,01 pct. til 10 pct.)
- Betydelig negativ udvikling (over 10 pct.)

Anm.: Indførelsen af de fælles akutmodtagelser (FAM) har medført en løbende registreringsomlægning, hvor patienter, der modtages og færdigbehandles på FAM'en, indberettes til Landspatientregisteret som akutte ambulante kontakter og dermed ikke indgår i indikatoropgørelsen. Det kan betyde, at antallet af indlæggelser undervurderes og påvirke muligheden for sammenligning over tid og mellem regioner/kommuner.

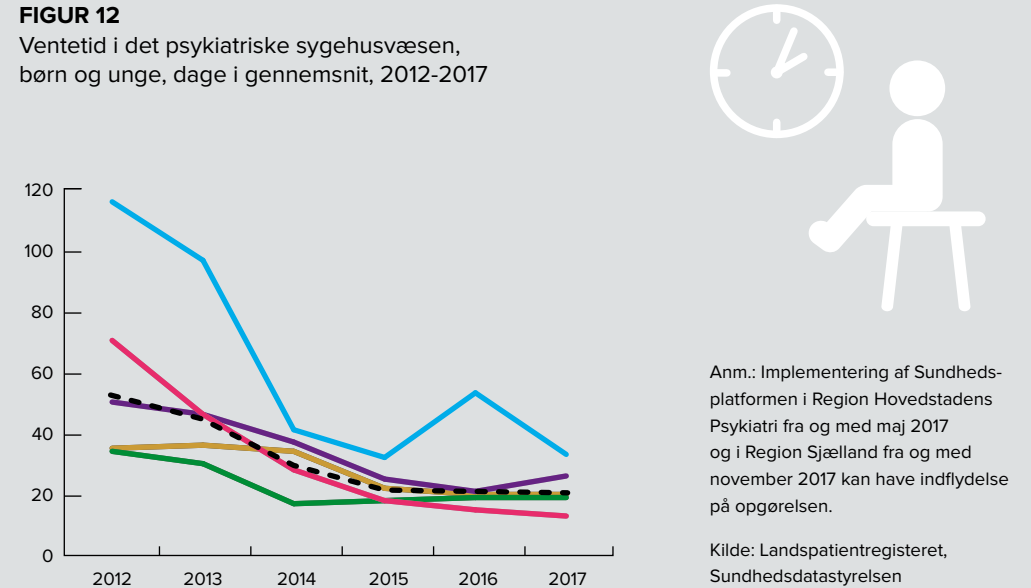
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

FIGUR 11

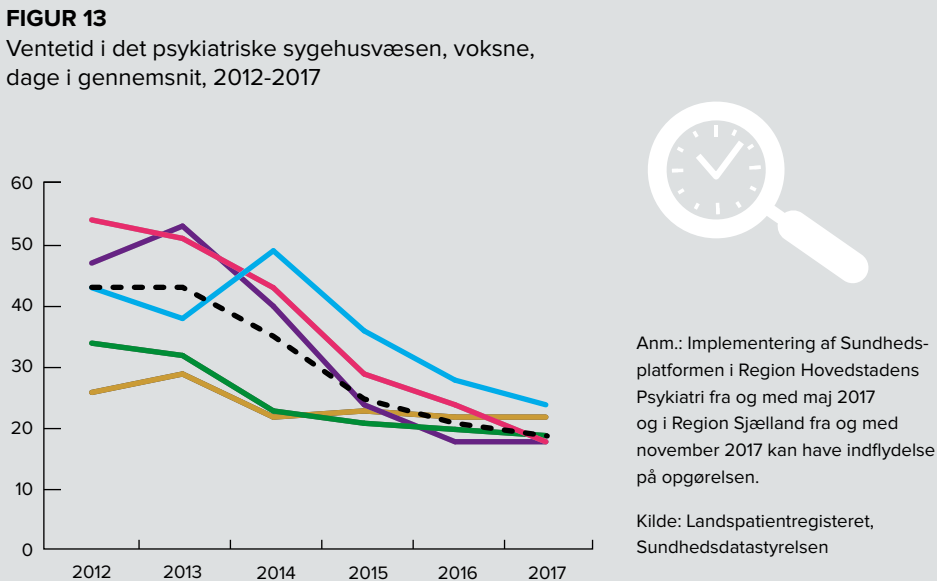
Ventetid, sygehusoperation, dage i gennemsnit, 2012-2017

**FIGUR 12**

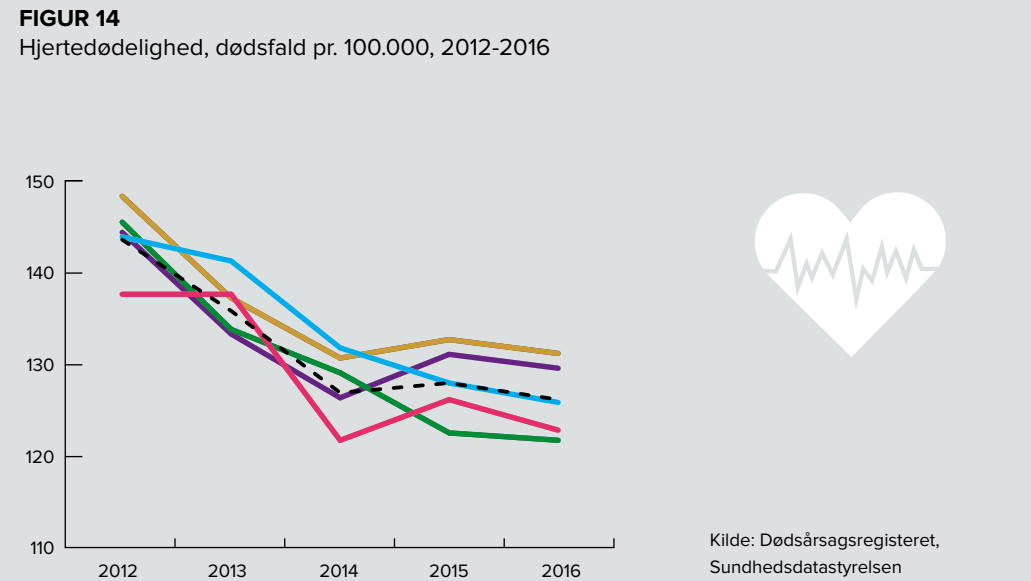
Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen, børn og unge, dage i gennemsnit, 2012-2017

**FIGUR 13**

Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen, voksne, dage i gennemsnit, 2012-2017

**FIGUR 14**

Hjertedødelighed, dødsfald pr. 100.000, 2012-2016



BRED FORANKRING OG LOKALT EJERSKAB

Den lokale forankring af målene på de enkelte sygehusafdelinger, i de kommunale sundhedsindsatser og i praksissektoren er helt central for at sikre et løft af kvaliteten for patienterne. Her skal de nationale mål omsættes til konkrete lokale delmål og indsatser, så de bliver en meningsfuld og integreret del af sundhedspersonalets arbejde.

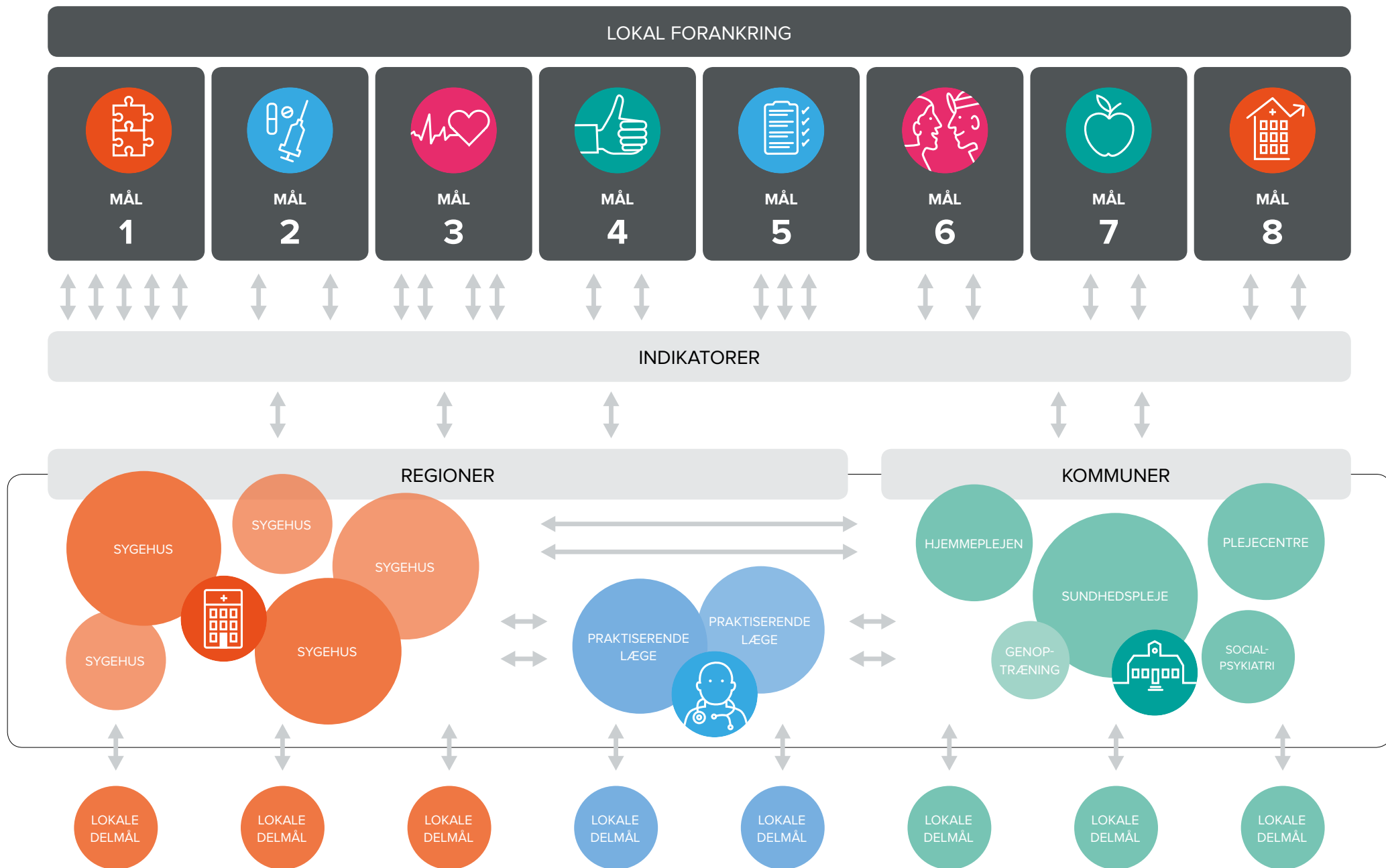
På den måde får personalet større frihed til at identificere de indsatser, der kan løfte kvaliteten for netop deres patienter i forhold til akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel. De nationale mål og aktiv brug af data skaber synlighed og transparens på tværs af regioner og kommuner, og danner derigennem basis for benchmarking og gensidig læring, hvilket er til gavn for patienterne. Det kræver politisk fokus, og ledelses- og medarbejderforankring.



Den lokale forankring er et helt centralt omdrejningspunkt for arbejdet med de nationale mål. Det er derfor afgørende, at der fortsat er et stærkt fokus på at integrere arbejdet med kvalitetsforbedringer i det daglige arbejde på sygehusafdelingerne, i de kommunale sundhedsindsatser m.v.

Kvalitetsprogrammets Dialogpanel² – bestående af relevante interessenter bl.a. Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, patientforeninger osv. – har bl.a. påpeget, at det er vigtigt, at medarbejderne har kendskab til de nationale mål, så de med afsæt heri kan være med til at definere lokale mål og indsatser, der er med til at løfte kvaliteten i forhold til de lokale udfordringer.

2. Læs mere om Kvalitetsprogrammets Dialogpanel her:
<https://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Ny-tilgang-til-kvalitetsarbejdet/Dialogpanelet-for-kvalitetsprogrammet.aspx>



REGIONERNE FØLGER UDVIKLINGEN PÅ TVÆRS

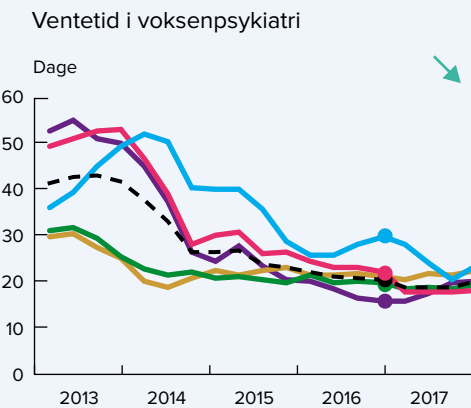
Danske Regioners bestyrelse har besluttet at drøfte udvikling og resultater hvert kvartal. Et af formålene med forankringen på politisk niveau er at se på, om der er mulighed for læring mellem regionerne og have fokus på, hvor regionerne kan hjælpe hinanden frem mod bedre resultater eller målopfyldelse, fx ved at have fokus på lægedækning i hele landet.

Hver region har indarbejdet indikatorerne for de nationale mål i deres ledelsesinformation, som anvendes til opfølgning, både på politisk og administrativt niveau i regionen og på sygehuse og afdelinger.

Alle regioner arbejder med datadrevet forbedringsarbejde, som betyder, at sygehuse og afdelinger har tilgængelig information om udvikling og resultater. En vigtig del af dette er ledelsesinformation, som klinikken kan handle på. Her har særligt overholdelse af patientrettigheder og kræftpakker været i fokus eksempelvis med monitorering, "early warning" systemer mv.

FAKTA

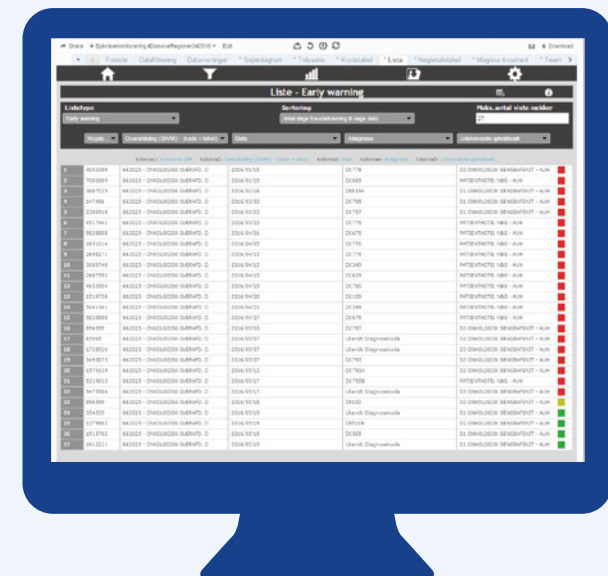
Alle kvalitetsindikatorerne følges tværregionalt efter dette KPI-koncept



Seneste måling

- Region Hovedstaden 20 ↗
 - Region Sjælland 23 ↗
 - Region Midtjylland 18 ↘
 - Region Syddanmark 23 ↘
 - Region Nordjylland 24 ↘
 - Hele landet 20 ↘
- Grøn: Ønsket retning
 Afstand til top og bund ●

Early warning lister giver fx et overblik over patienter, der venter på udredning, hvor rød angiver, at ventetiden er overskredet, gul at patienten har ventet i mere end 15 dage, og grøn at patienten har ventet i mindre end 15 dage.



KOMMUNERNE ARBEJDER MED DE NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDSVÆSENET OG INDIKATORERNE

Kommunerne arbejder hver især aktivt med at implementere de nationale mål og udbrede arbejdet med kvalitetsforbedringer i hjemme(syge)plejen, på plejecentre, i sundhedscentre mv. For at understøtte arbejdet samt sikre en fælles retning og vidensdelingen på tværs, har KL desuden nedsat en kommunal kvalitetsgruppe på sundhedsområdet. Ligeledes har KL og Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) startet et samarbejde om at udvikle tværsektorielle kvalitetsdatabaser.



Kommunerne og KL arbejder aktuelt på at bringe data om borgernes sundhed og behandling bedre i spil. Det er afgørende for det videre arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling. Derfor arbejder kommunerne og KL med at strukturere og klassificere dokumentation i bl.a. hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, på genoptræningsområdet og i forebyggelsesindsatsen til mennesker med kronisk sygdom. Det sker på tværs af kommunerne og vil betyde, at data bedre kan deles og lettere kan anvendes til indikatorer, ledelsesinformation og ikke mindst kvalitetsudvikling. Derudover vil kommunerne fra 2019 via et fælles ledelsesinformationsystem kunne benchmarke sig på sundhedsområdet, bl.a. på indikatorer baseret på de nationale mål.

PSYKIATRI – LOKAL FORANKRING OG SAMMENHÆNG



Mennesker med psykiske lidelser skal – ligesom alle andre – tilbydes en sammenhængende indsats af høj kvalitet. Her er den lokale forankring af de nationale mål og udviklingen af sammenhængsindikatorer på psykiatriområdet en central del af det løbende arbejde med at løfte kvaliteten til gavn for mennesker med psykiske lidelser.

Derfor skal der fortsat være et stærkt politisk såvel som ledelses- og medarbejdermæssigt fokus på at integrere arbejdet med kvalitetsforbedringer i det lokale arbejde.

Ved sidste års statusrapport blev det aftalt at udvikle konkrete indikatorer, der er målrettet psykiatrien, og som sætter fokus på bedre sammenhæng på tværs af sektorer til gavn for de psykiatriske patienter. I indeværende statusrapport indgår dermed flere indikatorer, der er målrettet psykiatrien, end sidste år. Med de nye indikatorer ligestilles psykiatrien i højere grad med somatikken, og der sættes i højere grad fokus på sammenhæng på

tværs af sektorer. Dette skal være med til at skabe større synlighed og transparens i indsatsen på tværs af sygehusafdelinger, de kommunale tilbud og praksissektoren samt muliggøre identifikation af indsatser, der kan løfte kvaliteten på psykiatriområdet.

De næste sider giver en række eksempler på, hvordan man lokalt i regioner og kommuner konkret arbejder med de nationale mål på psykiatriområdet. Eksemplerne viser, hvordan de nationale mål forankres lokalt på de enkelte psykiatriske sygehusafdelinger og i de kommunale sundhedsindsatser for mennesker med psykiske lidelser, og hvordan der arbejdes på tværs af kommuner og regioner.



OP PÅ TAVLEN MED STRATEGIARBEJDET

De overordnede mål oversættes til konkrete mål hele vejen ned gennem organisationen. Målene følges ved hjælp af skemaer og data på tavler.

Psykiatri- og klinikledelsen i Region Nordjylland nedbryder og omsætter de nationale og regionale mål til konkrete mål, som ledelseslagene kan arbejde ud fra hele vejen ned gennem organisationen. Det kliniske personale er involveret i oversættelsen af målene, og der er fokus på at tage hensyn til lokale forskelligheder. Det er med til at sikre, at de valgte metoder rent faktisk løser problemerne. Noget, som kan løses på en måde i Aalborg, skal muligvis løses på en anden måde i Thisted.

Der følges op på målene ved hjælp af skemaer og data, som gennemgås ved tavlemøder. Tavlerne med data gør strategiarbejdet konkret.

Ledelsen følger løbende tallene på de udvalgte indikatorer, og den datadrevne ledelse hjælper i vurderingen af, om psykiatrien bevæger sig i den rigtige retning i forhold til de nationale og de regionale mål. På den måde er data med til at holde fokus på det, der er vigtigt.

Eksempel:

Som led i arbejdet med det nationale mål om et effektivt sundhedsvæsen er det en regional målsætning, at antallet af udeblivelser og aflysninger skal reduceres.

I psykiatrien betyder det, at udeblivelser og aflysninger skal reduceres fra X% til Y%



På klinikniveau arbejdes der med at reducere udeblivelser og aflysninger til Y% – og helt konkret med at vælge de afdelinger, som skal teste forskellige forbedringsideer.

I afsnittene betyder det, at man arbejder med udeblivelser fra førstegangsbesøg og udeblivelser for patienter med lange forløb.



FRA MÅL TIL MURSTEN

Psykiatriens Hus i Århus skal være med til at skabe bedre sammenhængende patientforløb bl.a. ved at øge koordinationen mellem den regionale og kommunale indsats.

Det nationale mål *Bedre sammenhængende patientforløb* arbejder Region Midtjylland bl.a. med ved at etablere Psykiatriens Hus i Aarhus sammen med Aarhus kommune.

Ønsket er at styrke den nære psykiatri ved at sikre tæt koordinations mellem den regionale og kommunale indsats og etablere et fremtidssikret psykiatritilbud af høj kvalitet. Indsatserne skal understøtte borgerens recovery-proces.

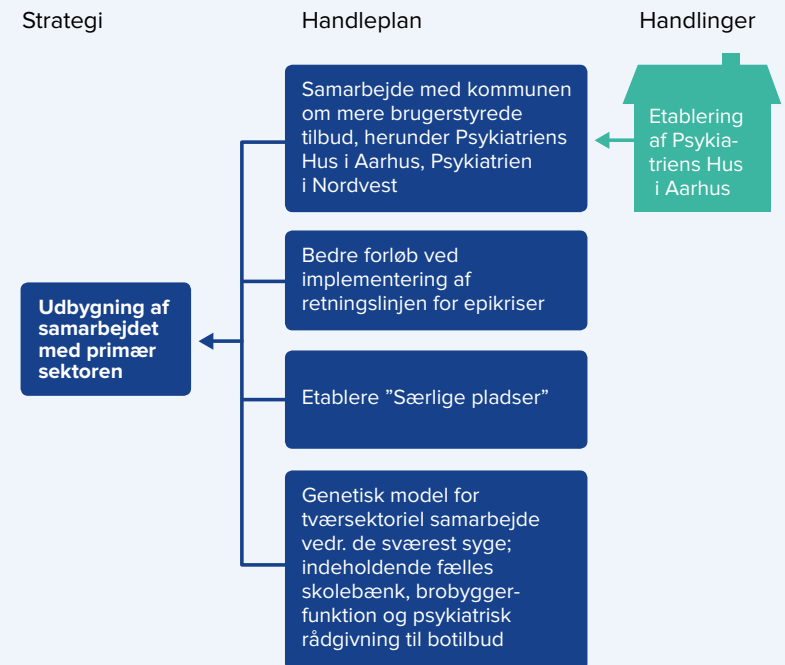
Psykiatriens Hus i Aarhus forventes udbygget gennem flere etaper. Første etape forventes i drift primo december 2018, og indholdet er her:

- Fælles delt ledelse
- Akut ambulant team med 8 regionale ambulante døgnpladser
- Kommunale overnatningspladser
- Psykoedukation
- Peer-medarbejdere
- Brugerstyrede tilbud

Psykiatriens Hus i Aarhus placeres i MarselisborgCentret, hvor man kan indgå i samspil med andre kommunale og private aktører i forhold til at udvikle rehabiliteringsindsatsen.

Årsplan 2018 for Psykiatriplanen i Region Midtjylland

Mål: Bedre sammenhængende patientforløb





BÆLTEFRI AFDELING

Et stort ledelsesmæssigt fokus og efteruddannelse af medarbejderne har været med til at undgå bæltefikseringer i psykiatrien i Aabenraa.

Med udgangspunkt i det nationale mål om at sikre en behandling af høj kvalitet har Region Syddanmark gennem de sidste tre år arbejdet intensivt med at undgå bæltefikseringer i psykiatrien. Som resultat har bl.a. en afdeling i Aabenraa ikke lagt én eneste patient i bælte i halvandet år, og i dag er hele den voksenpsykiatriske afdeling i Aabenraa omfattet af den bæltefri tilgang. Resultaterne er opnået ved et stort ledelsesmæssigt fokus og efteruddannelse af medarbejderne.

At arbejde med en bæltefri tilgang kræver et stort ledelsesmæssigt fokus og efteruddannelse af medarbejderne. Og patienterne er glade for de mange kræfter, der bliver lagt i arbejdet. Målgruppen i projektet er alle patienter fra 20 til 69 år med alle typer indlæggelseskrævende psykiatriske problemstillinger i optageområdet. Den bæltefri behandlingstilgang betyder samtidig reduktion af andre typer tvang som fx tvangstilbageholdelse og beroligende medicin med tvang.





MÅLING AF EFFEKTEN AF BEHANDLINGEN I PAKKEFORLØB I PSYKIATRIEN

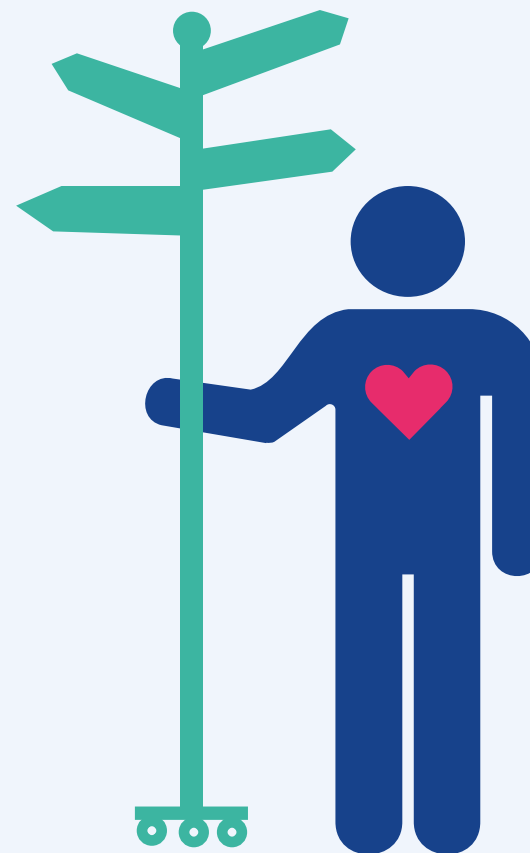
Region Hovedstaden arbejder på at udvikle en model til måling af behandlingseffekten i pakkeforløbene i psykiatrien, der både skal indgå i dialogen med patienten og som en del af kvalitets- og målstyringen.

En række af de nationale mål centrerer sig om, at behandlingen skal sikre god effekt for patienten. I Region Hovedstaden har der været arbejdet med, hvordan effekt af behandlingen kan måles og indgå både i dialogen med patienten omkring fremdrift i behandlingen og som del af kvalitets- og målstyringen.

Helt konkret er regionen i gang med at udvikle en model til måling af behandlingseffekten i pakkeforløbene i psykiatrien. Det betyder, at patienten inddrages systematisk i vurderingen af behandlingens effekt ved hjælp af spørgeskemaer, hvor der spørges ind til en række faktorer relevante for patienten sygdom, helbred og livskvalitet. Patienten bliver opmærksom på egne ønsker til behandlingen, effekt og manglende effekt af behandlingen.

Den behandling, der tilbydes de enkelte patientgrupper, vil i fremtiden kunne målrettes mere. Der skabes øget opmærksomhed på evt. manglende effekt og patientens behov. Data fra modellen vil på sigt kunne bidrage til at synliggøre prognosen for patienterne og indgå som beslutningsstøtte i planlægningen af behandlingen.

Status for måling af behandlingseffekten er, at data indgår i psykiatriens ledelsesinformationssystemer fra 2018 og derfor kan indgå i kvalitets- og driftsmålstyringen.





HURTIG HJÆLP TIL PATIENTER, DER OPLEVER AKUT FORVÆRRING

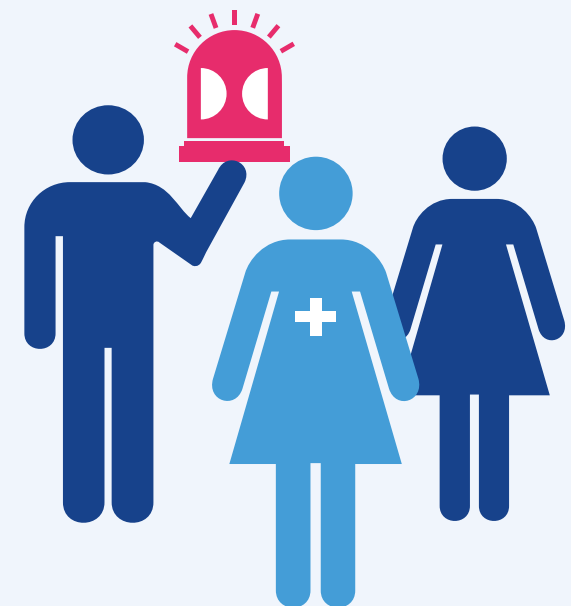
Ambulant akutteam i Vordingborg er et tiltag, der bidrager til et bedre sammenhængende patientforløb og forebyggelse af genindlæggelser.

Et af de nationale mål er at arbejde for bedre sammenhængende patientforløb og forebygge genindlæggelser. Ambulant akutteam i Vordingborg er et tiltag, der bidrager til dette.

Ambulant akutteam i Vordingborg dækker Psykiatrien Syds optageområde (Næstved, Vordingborg, Guldborgsund og Lolland kommuner). Det er bemanded med 3 sygeplejersker, en specialpsykolog og en tilknyttet speciallæge.

Teamet tilbyder hurtig intensiv hjælp til voksne borgere, som henvender sig til Psykiatrisk Akutmodtagelse, fordi de oplever en akut forværring af deres sygdom eller oplever en akut krise-/belastningsreaktion. Den intensive behandling består af hjemmebesøg og ambulante samtaler som erstatning for indlæggelse i Psykiatrisk Akutmodtagelse eller sengeafsnit. Akutteamet tilbyder også patienter, der udskrives fra Psykiatrisk Akutmodtagelse og de stationære afsnit, akut opfølgning i en periode på 6 uger efter udskrivelsen. Dette for at skabe tryghed for patienten i denne sårbare periode.

Tilbuddet startede i 2015 som et satspuljeprojekt, og det har været en succes. Såvel patienter som medarbejdere giver udtryk for tilfredshed, og det vurderes, at tilbuddet har betydet, at færre patienter indlægges i Psykiatrisk Akutmodtagelse og derved modtager et mindre indgribende tilbud. Muligheden for, at sengeafsnittene kan udskrive til akutteamet, gør også, at overgangen og den ventetid, der kan være på behandling i Psykiatriens ambulante tilbud ikke bliver så brat. Tilbuddet udfylder således det "hul", som nogle gange kan være i overgangen mellem indlæggelse og ambulante behandling. Ambulant akutteam indgår nu som en del af driften.





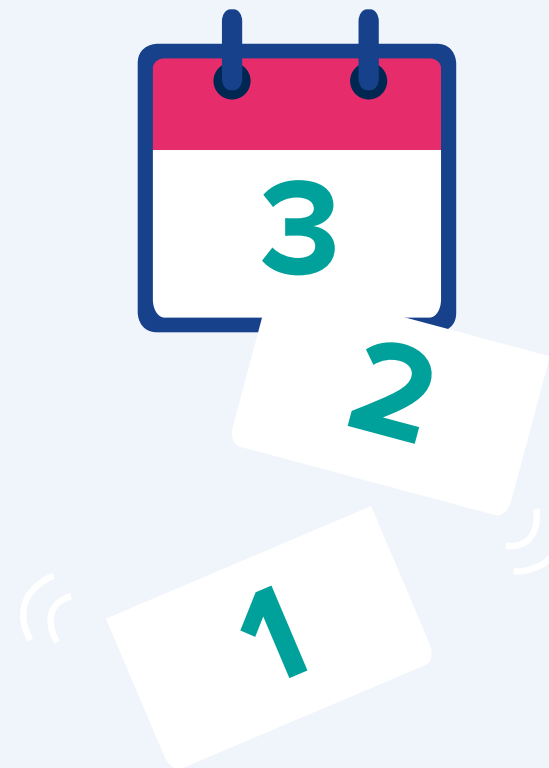
FREMSKUDT SAGSBEHANDLING PÅ PSYKIATRISK SYGEHUS I ROSKILDE

Visitationen i Roskilde kommune er flyttet til den psykiatriske afdeling for bl.a. at nedbringe antallet af færdigbehandlingsdage.

Visitorer fra Roskilde Kommune har de seneste tre år flyttet visitationen til psykiatrisk afdeling. Her går de efter aftale med personalet runder på afsnittet og hilser på de borgere fra Roskilde, der er indlagt for sammen med borgerne at vurdere om der er behov for kommunale indsatser efter udskrivning. Der visiteres til alt fra praktisk bistand til sygepleje, bostøtte eller botilbud. Når det giver mening indledes støtten, mens den enkelte er indlagt, så borgeren er tryk ved udskrivningen. Når der er behov for at koordinere en fortsat psykiatrisk behandling og kommunal indsats, er der gode erfaringer med at bruge de koordinerende indsatsplaner.

Den fremskudte visitation er typisk afgrænset til samlet set to timers tilstedeværelse om ugen på psykiatrisk sygehus, og herefter enkelte timers sagsbehandling. Sagsbehandlingen er fremskudt, men opgaven er ikke større end tidligere, og den ændrede praksis er dermed sket inden for den eksisterende økonomiske ramme.

Roskilde Kommune har konkret erfaret, at der er sket væsentlig reduktion i antallet af færdigbehandlingsdage i målgruppen. Sagsbehandlingstiden er samtidig blevet kortere for de indlagte borgere. Det er samtidig vurderingen, at nogle af borgerne ville have haft svært ved selv at opsøge hjælpen, hvor de med den fremskudte sagsbehandling har fået lettere adgang. Samtidig er samarbejdsrelationerne om den enkelte borger væsentligt styrket grundet de kontinuerlige kontakter mellem visitorer og behandlere.





STYRKET SAMMENHÆNG FOR BORGEREN – ÉN INDGANG FOR BORGERE MED PSYKISKE LIDELSER

Medarbejdere fra det kommunale og regionale regi arbejder i det samme hus i Næstved kommune for at skabe mere sammenhængende patientforløb.

Der er de senere år flere steder i landet arbejdet med på forskellig vis at styrke det tværsektorielle samarbejde på psykiatriområdet for at sikre mere sammenhængende forløb for den enkelte borger på tværs af behandlings og rehabilitering.

Et eksempel er Næstved Kommune og Region Sjælland, som i juni 2015 gik sammen om at starte Psykiatriens Hus i Næstved, hvor tilbud til borgere med psykiske vanskeligheder om behandling, pleje, omsorg og bolig- og jobmæssig rehabilitering udgår fra samme sted.

Det nytænkende ved samarbejdet er, at der kun er én indgang for borgere med psykiske vanskeligheder i og med at medarbejdere fra det kommunale og regionale regi arbejder i det samme hus. Gennem denne fysiske organisering samordnes tilbuddene fra de forskellige sektorer, så systemerne i højere grad arbejder i samme retning og sammen med den enkelte borger finder den optimale løsning.

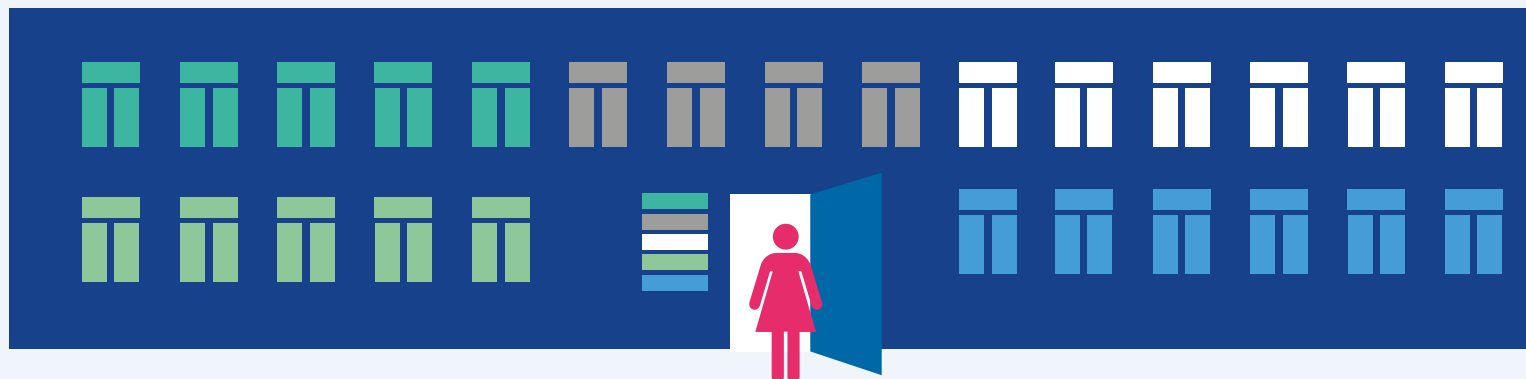
Fra Psykiatrien Region Sjælland indgår:

- Psykiatrisk klinik – Næstved og
- Distriktpsychiatrien – Næstved

Fra Næstved Kommune indgår enheder fra:

- Center for arbejdsmarked
- Rådgivningen for stofmisbrugere
- Socialpsykiatrien og Visitationen

Der er indskrevet 101 borgere i Integreret Psykiatri. 66 borgere er afsluttet. Man oplever, at den fælles organisering med distriktpsychiatri, socialpsykiatri og Jobcenter i samme hus giver pote i form af stor brugertilfredshed på kort sigt og en tro på flere i beskæftigelse/uddannelse på længere sigt, hvilket man i Næstved er begyndt at se de første tegn på.





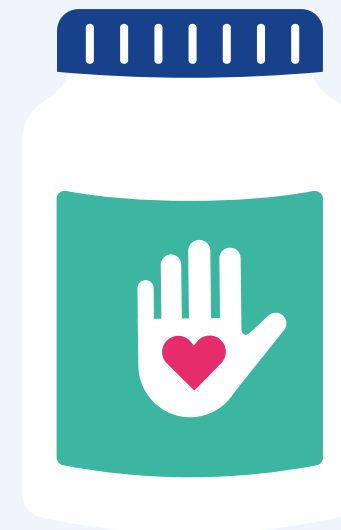
I SIKRE HÆNDER I SOCIALPSYKIATRIEN

Projektet "I sikre hænder" skal være med til at reducere tryksår, medicinfejl, fald og infektioner i kommunerne

18 kommuner deltager i Dansk Selskab for Patientsikkerheds forbedringsarbejde "I sikre hænder". Kommunerne arbejder med at reducere tryksår, medicinfejl, fald og infektioner. I 2013 begyndte Frederiksberg, Lolland, Sønderborg, Viborg og Thisted Kommuner at arbejde med alle seks indsatsområder og har udryddet tryksår og alvorlige medicinfejl, systematiseret inddragelse af borgere og pårørende og skabt en ny form for ledelse.

På baggrund af disse resultater har yderligere 13 kommuner (Allerød, Billund, Brøndby, Greve, Helsingør, Hillerød, Kerteminde, Mariagerfjord, Silkeborg, Syddjurs, Varde, Aabenraa og Aarhus) fra 2016 taget projektets metoder i brug. De 13 nye kommuner fokuserer udelukkende med tryksår og medicin udover de to organisatoriske indsatser (ledelse af forbedringsarbejde og borger- og pårørendesamarbejde).

Thisted Kommune har siden 2013 arbejdet med "I sikre hænder" og forbedringsmodellen og bl.a. udrullet modellen til kommunens socialpsykiatriske tilbud. Implementeringen og kompetenceudvikling af medarbejdere og ledere på tilbuddene har kørt over flere omgange og anvendes nu på hele handicap- og psykiatriområdet. Der har været arbejdet med at øge kvaliteten og sikkerheden omkring medicin, inddragelse af borgerne og egen mestring at reducere fejl via kvalitetstjek og systematiserede arbejdsgange.



Alle de tilbud, som håndterer medicin, har nu uddannede pædagogisk medarbejdere og medicinansvarlige sundhedsfaglige medarbejdere, som er med til at understøtte sikkerheden. Thisted Kommune har for at sikre, at de fastholder målene og arbejdet med kvalitetsforbedringer fokus på ledelse, organisering og netværksdannelse. Kommunen har sat 300 dage uden medicinfejl som mål. Resultaterne viser, at rigtig mange af deres tilbud har opnået dette mål og at enkelte er helt op til 900 dage.



ET GODT SAMARBEJDE MELLEM FAGPERSONALE OG BORGER ER EN FORUDSÆTNING FOR GODE RESULTATER I DEN SOCIALPSYKIATRISKE INDSATS

I Lyngby-Taarbæk kommune arbejder man målbevidst for at understøtte recovery ud fra viden om, at mennesker med psykiske lidelser kan komme sig.

En forudsætning for gode resultater i den socialpsykiatriske indsats er samspillet med borgeren. Dette er et stort fokusområde i kommunerne og sker med afsæt i forskellige tilgange i kommunerne, som fx Åben Dialog og den recovery-baserede tilgang.

I det socialpsykiatriske tilbud Slotsvænget i Lyngby-Taarbæk Kommune arbejder man målbevidst for at understøtte recovery. Slotsvænget består af en række socialpsykiatriske tilbud i Lyngby-Taarbæk Kommune til mennesker med psykiske lidelser. Her er unge og ældre med diagnoser som skizofreni, bipolare lidelser personlighedsforstyrrelser og psykoser. Beboerne på Slotsvængets botilbud har tunge, komplekse problemstillinger, og nogle har et højt forbrug af rusmidler. Slotsvængets botilbud har bl.a. en café, en frivillig madordning og mulighed for at være i beskyttet beskæftigelse via Flyverteamet.

Slotsvænget arbejder grundlæggende ud fra viden om recovery, dvs. at mennesker kan komme sig fra psykiske lidelser. Man har derfor udviklet en række kompetencer, som understøtter menneskelig opblomstring, fx gennem projekt "Styr livet", der handler om redskaber og veje til at få det bedre. Tilgangen kaldes personcentreret planlægning. Det betyder blandt andet, at man arbejder ud fra beboerens ønsker, drømme og håb for livet og udvikler redskaber til at sætte mål og nå dem. Tilgangen betyder desuden, at beboerne mødes der hvor de er, og at udgangspunktet er i beboerens forståelser og oplevelser.

Fænomener som fx stemmehøring og selvskade undersøges med udgangspunkt i beboerens forståelse af dem og erfaringer med dem. Der arbejdes for at skabe mening og hjælpe beboeren til at få så meget kontrol som muligt.



TABEL 2 Oversigt over kommunale resultater for udvalgte indikatorer

REGION HOVED-STADEN	AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,2}	AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,4,5,6}	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE ^{2,7,8}	SOMATISK FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{2,9}	PSYKIATRISK FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ³	FASTHOLD-ELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. ¹⁰	FASTHOLD-ELSE AF PSYKIATRISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. ^{4,6,11}	TILKNYTNING TIL UDDAN- NELSE UNGE MED PSYKISKE LIDELSER ¹²	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 KOL- PATIENT ^{2,13}	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT ^{2,13}	FOREBYG- GELIGE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 ÆLDRE ^{2,13}	ANDEL BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTI- PSYKOTIKA, PCT. ^{6,14}	MIDDEL- LEVETID ¹⁵	DAGLIGE RYGERE, PCT. ¹⁶
ALBERTSLUND	12,8	21,3	18	0,8	0,0	82,0	47,7	-	6671	420,5	62,2	32,3	80,5	19,2
ALLERØD	10,0	15,8	10	4,8	1,4	87,3	49,7	-	529,6	353,1	53,7	25,6	82,8	9,1
BALLERUP	11,2	31,3	13	0,7	2,9	81,9	51,5	-	622,8	377,1	69,0	22,7	80,2	17,3
BORNHOLM	10,1	18,8	13	0,9	2,9	79,8	46,7	-	483,2	336,4	64,1	29,8	79,5	20,2
BRØNDBY	12,5	26,2	15	42,2	11,0	82,6	55,2	-	684,2	420,1	77,9	24,1	79,5	18,5
DRAGØR	10,5	15,6	13	2,6	1,5	84,9	43,2	-	518,1	360,2	70,7	25,2	81,5	12,2
EGEDAL	10,3	27,0	24	7,5	1,0	83,8	55,3	-	550,7	337,7	50,0	18,4	81,9	12,1
FREDENSBORG	11,7	21,7	14	1,8	0,0	84,8	52,3	-	603,9	420,1	58,8	27,0	81,8	13,5
FREDERIKSBERG	12,0	18,0	5	0,4	1,9	85,1	58,5	-	670,5	444,6	84,7	23,4	80,9	12,6
FREDERIKS- SUND	12,7	21,1	12	3,8	7,2	82,4	52,0	-	705,2	436,8	76,6	24,7	80,1	17,4
FURESØ	10,5	14,8	8	15,0	2,9	85,2	52,8	-	530,7	361,2	58,8	14,0	82,4	13,1
GENTOFTE	9,9	26,8	12	2,7	2,5	83,6	50,6	-	488,2	336,4	60,8	23,1	83,1	11,1
GLADSAXE	11,2	29,1	15	2,7	1,6	85,1	54,0	-	641,9	370,9	70,7	17,9	80,0	16,1
GLOSTRUP	13,0	24,7	12	7,1	0,2	81,3	38,5	-	680,4	424,7	58,3	29,8	80,4	17,3
GRIBSKOV	11,6	19,5	10	14,9	2,6	82,4	51,2	-	631,3	440,3	73,2	27,1	80,6	17,3
HALSNÆS	12,0	21,9	13	5,9	0,1	83,9	53,0	-	709,4	436,4	75,5	24,8	78,9	20,0
HELSINGØR	12,3	27,2	14	4,6	8,0	84,2	49,9	-	593,2	406,7	64,6	25,2	80,4	19,7
HERLEV	11,4	21,8	-	22,6	2,6	83,9	54,4	-	658,2	405,7	75,1	15,9	79,7	15,8
HILLERØD	11,4	26,1	16	7,7	8,5	85,4	57,1	-	646,4	453,7	74,1	20,2	81,5	13,9
HVIDOVRE	13,2	17,0	10	0,8	2,4	83,3	47,2	-	704,2	448,2	83,4	16,2	80,5	16,4
HØJE-TAASTRUP	12,8	26,1	15	5,6	1,9	81,7	61,1	-	716,1	404,8	54,4	21,9	80,1	18,2
HØRSHOLM	11,1	27,3	8	0,2	0,0	86,4	48,1	-	516,0	354,5	53,9	24,8	82,6	9,6
ISHØJ	13,4	17,1	14	1,0	3,3	79,9	49,3	-	718,4	396,4	70,1	21,6	79,5	19,7
KØBENHAVN	12,6	24,2	13	7,2	9,0	82,5	51,9	-	697,9	445,7	88,5	20,3	78,6	17,3
LYNGBY- TAARBÆK	11,6	28,8	12	2,9	0,2	83,7	44,6	-	667,5	368,4	59,9	17,6	82,2	12,3
RUDERSDAL	11,4	23,4	14	0,3	0,3	84,5	53,8	-	479,6	342,1	52,5	21,2	83,1	11,2
RØDOVRE	11,9	14,7	15	16,3	0,8	79,9	49,0	-	601,5	412,7	75,5	24,8	80,0	17,1
TÅRNBY	13,5	19,6	14	11,1	7,1	81,1	52,4	-	611,2	431,4	74,7	21,5	80,0	17,0
VALLENSBÆK	12,2	25,2	14	0,2	0,0	81,3	55,1	-	773,3	444,5	55,7	26,9	81,4	12,2

REGION MIDT- JYLLAND	AKUTTE SOMATISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,2}	AKUTTE PSYKIATRISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,4,5,6}	VENTETID TIL GENOP- TRÆNING, DAGE ^{2,7,8}	SOMATISK FÆRDIGBE- HANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{2,9}	PSYKIATRISK FÆRDIGBE- HANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ³	FASTHOLD- ELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ¹⁰	FASTHOLD- ELSE AF PSYKIATRISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ^{4,6,11}	TILKNYTNING TIL UDDAN- NELSE UNGE MED PSYKISKE LIDELSER ¹²	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 KOL- PATIENT ^{2,13}	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT ^{2,13}	FOREBYG- GELIGE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 ÆLDRE ^{2,13}	ANDEL BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTI- PSYKOTIKA, PCT. ^{6,14}	MIDDEL- LEVETID ¹⁵	DAGLIGE RYGERE, PCT. ¹⁶
FAVRSKOV	11,8	25,8	9	0,9	0,0	84,2	57,1	-	510,8	386,7	49,6	23,9	81,7	14,5
HEDENSTED	11,2	15,3	11	0,2	0,0	81,9	44,8	-	504,2	336,3	59,1	18,4	81,3	17,6
HERNING	12,2	15,8	10	3,7	2,9	78,0	50,1	-	455,7	308,9	51,1	20,9	81,1	15,7
HOLSTEBRO	12,7	22,4	14	0,1	1,5	80,0	38,5	-	563,9	334,5	63,0	25,4	81,1	14,8
HORSSENS	12,6	26,0	14	0,8	3,8	79,4	48,8	-	644,0	398,2	75,4	15,1	81,0	19,6
IKAST-BRANDE	12,2	15,9	13	0,7	0,0	73,2	44,3	-	463,3	350,7	60,3	18,0	81,2	17,2
LEMVIG	12,9	19,1	9	0,5	0,0	77,7	-	-	494,2	331,8	57,0	26,0	80,5	18,0
NORDDJURS	11,7	23,4	13	0,0	0,2	76,5	39,7	-	506,8	381,9	46,1	20,8	79,5	19,7
ODDER	11,1	10,3	13	2,4	3,5	81,0	55,1	-	568,0	356,7	56,7	19,3	81,6	16,0
RANDERS	12,6	18,8	12	0,2	5,8	79,1	45,7	-	608,2	425,7	59,3	20,0	79,8	17,8
RINGKØBING- SKJERN	11,9	8,3	11	1,5	0,0	79,0	43,4	-	477,9	320,5	44,8	23,2	81,2	17,1
SAMSØ	8,4	-	10	3,2	0,0	77,4	-	-	454,1	417,9	42,6	18,8	-	18,1
SILKEBORG	11,7	17,2	12	1,2	0,6	79,6	38,7	-	573,5	379,8	49,1	18,2	81,3	15,5
SKANDERBORG	11,2	13,0	13	0,5	1,6	80,7	39,2	-	473,4	326,0	63,1	13,7	82,1	13,3
SKIVE	14,3	14,7	14	0,4	0,0	79,8	44,5	-	590,8	415,4	35,6	20,1	80,7	17,6
STRUER	12,8	20,0	12	4,9	3,8	78,1	24,2	-	459,0	378,4	54,9	22,5	81,1	16,7
SYDDJURS	12,0	16,9	11	1,4	0,4	78,8	40,2	-	495,4	339,7	50,5	21,5	81,3	17,8
VIBORG	13,5	24,9	14	0,3	11,4	81,3	46,2	-	620,5	417,6	35,9	19,6	81,5	16,6
AARHUS	10,5	31,4	15	5,3	10,7	79,4	47,9	-	484,6	312,6	60,3	17,6	81,2	12,8

REGION SYD-DANMARK	AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,2}	AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,4,5,6}	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE ^{2,7,8}	SOMATISK FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{2,9}	PSYKIATRISK FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ³	FASTHOLD-ELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. ¹⁰	FASTHOLD-ELSE AF PSYKIATRISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. ^{4,6,11}	TILKNYTNING TIL UDDAN- NELSE UNGE MED PSYKISKE LIDELSER ¹²	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 KOL- PATIENT ^{2,13}	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT ^{2,13}	FOREBYG- GELIGE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 ÆLDRE ^{2,13}	ANDEL BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTI-PSYKOTIKA, PCT. ^{6,14}	MIDDEL- LEVETID ¹⁵	DAGLIGE RYGERE, PCT. ¹⁶
ASSENS	10,5	21,2	12	7,0	0,5	76,1	57,6	-	364,0	230,0	53,5	12,6	80,8	20,5
BILLUND	10,5	13,7	17	1,4	0,0	82,4	57,4	-	465,9	293,8	48,4	16,0	80,9	18,0
ESBJERG	12,1	25,2	13	5,1	2,5	81,5	49,2	-	507,1	315,9	46,0	19,4	80,2	19,0
FANØ	13,3	-	13	0,6	0,6	78,5	-	-	408,7	221,2	58,4	-	-	17,0
FREDERICIA	11,6	25,6	13	0,2	0,1	82,0	42,6	-	460,2	321,1	38,7	15,4	80,3	20,1
FAABORG- MIDTFYN	9,8	21,7	13	3,1	0,1	76,6	46,9	-	401,2	237,4	45,5	13,9	80,7	18,0
HADERSLEV	11,1	23,4	12	3,4	4,7	79,3	47,0	-	493,3	334,3	54,4	24,2	81,2	21,8
KERTEMINDE	9,2	30,5	13	2,6	0,0	84,8	52,2	-	449,7	332,8	50,2	16,9	81,4	20,6
KOLDING	11,8	20,7	12	0,8	1,2	77,6	45,2	-	474,2	347,9	30,8	16,2	80,7	18,0
LANGELAND	9,2	15,5	17	2,9	2,8	79,7	33,7	-	385,3	270,4	56,7	16,4	79,8	23,8
MIDDELFART	10,7	24,8	16	1,1	1,9	77,2	41,1	-	469,3	294,1	33,3	14,9	80,7	18,5
NORDFYNS	9,8	21,5	14	1,0	0,0	75,7	50,1	-	377,0	229,8	53,9	15,0	80,6	20,0
NYBORG	11,1	22,4	5	7,9	0,2	78,3	41,3	-	366,0	261,0	54,2	11,7	80,6	20,2
ODENSE	10,3	21,4	14	0,7	1,0	78,3	50,7	-	396,4	243,9	55,9	16,7	80,6	16,7
SVENDBORG	10,1	25,4	14	5,6	5,8	75,6	54,8	-	398,1	288,3	54,4	24,2	80,9	18,5
SØNDERBORG	11,7	25,7	11	1,6	2,8	80,8	41,8	-	495,0	325,2	58,1	25,8	81	18,5
TØNDER	10,2	14,3	21	1,5	2,4	75,9	30,7	-	436,2	279,7	51,4	34,2	80,4	20,1
VARDE	10,8	15,3	10	1,7	2,1	80,4	43,8	-	389,4	264,0	32,1	20,4	81,8	18,5
VEJEN	10,4	15,2	11	0,0	0,2	78,1	57,1	-	461,0	306,3	32,6	18,8	81,1	20,7
VEJLE	11,0	25,7	20	1,4	0,8	83,0	44,4	-	522,1	322,6	51,1	14,5	80,8	16,5
ÆRØ	10,2	-	7	0,5	0,0	71,1	-	-	517,1	277,8	57,2	15,9	-	23,7
AABENRAA	12,3	16,0	15	3,0	0,8	81,5	62,5	-	567,6	312,2	51,5	30,4	80,4	19,3

REGION SJÆLLAND	AKUTTE SOMATISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,2}	AKUTTE PSYKIATRISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,4,5,6}	VENTETID TIL GENOP- TRÆNING, DAGE ^{2,7,8}	SOMATISK FÆRDIGBE- HANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, ^{2,9} DAGE	PSYKIATRISK FÆRDIGBE- HANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ³	FASTHOLD- ELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ¹⁰	FASTHOLD- ELSE AF PSYKIATRISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ^{4,6,11}	TILKNYTNING TIL UDDAN- NELSE UNGE MED PSYKISKE LIDELSER ¹²	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 KOL- PATIENT ^{2,13}	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT ^{2,13}	FOREBYG- GELIGE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 ÆLDRE ^{2,13}	ANDEL BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTI- PSYKOTIKA, PCT. ^{6,14}	MIDDEL- LEVETID ¹⁵	DAGLIGE RYGERE, PCT. ¹⁶
FAXE	12,0	22,7	6	1,0	1,0	81,8	48,5	-	564,6	413,2	57,8	16,3	79,8	18,2
GREVE	13,2	13,5	11	2,4	0,9	82,9	38,9	-	601,8	354,4	61,1	13,7	81,1	14,8
GULDBORG- SUND	12,2	16,9	11	2,2	2,7	79,7	46,2	-	606,4	426,1	61,4	15,7	78,9	21,0
HOLBÆK	11,8	22,7	8	4,5	3,2	81,4	48,3	-	577,4	394,0	69,6	15,5	80,5	18,6
KALUNDBORG	11,0	16,1	10	1,9	5,0	81,4	51,3	-	613,6	360,2	64,3	18,9	79,9	21,6
KØGE	11,5	16,4	8	13,3	0,6	82,7	48,5	-	568,1	368,0	70,5	18,0	80,7	15,0
LEJRE	10,4	11,0	9	2,1	3,2	80,3	54,8	-	626,7	353,0	64,0	11,4	81,8	13,5
LOLLAND	12,7	17,6	12	0,9	0,1	77,5	45,8	-	662,7	407,8	67,8	19,4	77,4	22,8
NÆSTVED	11,9	18,1	12	1,4	0,8	81,0	53,1	-	628,6	411,6	68,5	15,8	79,8	16,5
ODSHERRERED	11,3	21,8	16	4,4	3,0	79,9	46,6	-	532,9	365,6	68,0	15,4	79,2	22,5
RINGSTED	13,0	11,6	7	0,9	1,1	79,6	46,6	-	536,3	386,9	64,2	24,1	80,1	18,5
ROSKILDE	11,7	23,9	10	0,4	27,7	82,5	53,5	-	591,7	387,7	68,9	10,1	81,0	15,3
SLAGELSE	12,9	18,0	-	3,4	9,9	81,1	57,3	-	630,3	424,8	65,6	17,9	79,2	20,8
SOLRØD	10,6	10,7	8	4,7	0,0	82,9	42,9	-	531,4	321,4	56,1	11,4	81,7	13,2
SORØ	11,0	30,7	12	0,8	0,3	77,7	53,0	-	636,5	402,7	60,0	19,0	79,3	17,7
STEVNS	11,7	19,0	14	4,4	0,0	81,6	67,9	-	509,8	384,4	62,4	16,5	80,6	20,3
VORDINGBORG	12,6	26,6	8	5,2	1,7	79,5	53,7	-	585,1	391,8	56,5	17,1	78,7	20,7

REGION NORD- JYLLAND	AKUTTE SOMATISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,2}	AKUTTE PSYKIATRISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,4,5,6}	VENTETID TIL GENOP- TRÆNING, DAGE ^{2,7,8}	SOMATISK FÆRDIGBE- HANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{2,9}	PSYKIATRISK FÆRDIGBE- HANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ³	FASTHOLD- ELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ¹⁰	FASTHOLD- ELSE AF PSYKIATRISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ^{4,6,11}	TILKNYTNING TIL UDDAN- NELSE UNGE MED PSYKISKE LIDELSER ¹²	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 KOL- PATIENT ^{2,13}	AKUTTE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT ^{2,13}	FOREBYG- GELIGE INDLÆGGEL- SER PR. 1.000 ÆLDRE ^{2,13}	ANDEL BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTI- PSYKOTIKA, PCT. ^{6,14}	MIDDEL- LEVETID ¹⁵	DAGLIGE RYGERE, PCT. ¹⁶
BRØNDERSLEV	11,9	12,7	13	3,9	2,3	77,4	44,2	-	462,8	263,8	53,5	10,0	80,6	17,6
FREDERIKSHAVN	10,8	14,2	11	0,1	2,1	76,6	42,1	-	428,0	298,8	58,0	18,9	80,0	19,4
HJØRRING	11,3	13,3	6	1,0	4,9	78,9	47,0	-	460,6	293,5	56,4	13,7	81,2	17,1
JAMMERBUGT	10,5	15,7	20	7,3	0,5	77,8	29,6	-	516,9	302,3	57,8	17,9	80,7	18,4
LÆSØ	11,2	-	5	0,0	0,0	49,6	-	-	373,7	212,6	28,8	-	-	20,4
MARIAGERFJORD	10,5	15,2	12	1,9	4,1	77,9	49,9	-	482,5	285,8	42,3	17,1	80,1	17,6
MORSØ	10,8	27,5	17	0,4	0,0	77,8	27,9	-	602,0	360,6	69,9	12,6	79,8	19,1
REBILD	10,6	6,6	7	0,6	4,7	81,5	27,4	-	518,3	313,8	45,0	12,7	80,8	14,7
THISTED	11,1	16,1	14	0,0	2,0	78,4	28,9	-	626,8	426,9	82,4	15,1	79,8	17,1
VESTHIMMER- LANDS	11,2	13,7	9	0,4	1,1	77,1	41,5	-	426,3	305,3	40,6	15,4	80,6	17,3
AALBORG	10,2	15,8	16	1,7	6,0	77,2	47,1	-	422,2	276,1	37,9	12,9	80,5	15,6
HELE LANDET	11,6	22,3	12	3,6	4,1	80,9	49,9	-	547,2	356,7	59,0	19,2	80,6	16,9

Kilder: Sundhedsdatastyrelsen. *Danmarks Statistik **Den Nationale Sundhedsprofil.

Anmærkninger:

I regi af Sundhedsdataprogrammet er der igangsat et projekt vedrørende bedre præsentation af de indikatorer, der indgår i Nationale mål for sundhedsvæsenet. Projektet indebærer en omfattende gennemgang og en teknisk omlægning af indikatoropgørelserne, som potentielt også kan afdække uhensigtsmæssigheder i opgørelserne. I forbindelse med håndtering heraf kan indikator-værdierne blive revideret og dermed ændre sig.

Farvemarkørerne er beregnet pba. det antal decimaler, der er vist i oversigten.

- Ny definition af indikator, jf. boks s. 7.
- Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen.
- Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstadens Psykiatri fra og med maj 2017 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen.

- Hvis der er mindre end 20 observationer i nævneren eller mindre end 5 observationer i tælleren, er raten ikke beregnet.
- Tallene er ikke standardiserede pga. for få observationer.
- Tallene er generelt behæftet med relativt stor statistisk usikkerhed.
- Det er konstateret, at der hos kommunerne er udfordringer forbundet med denne indberetning pga. mangelfulde dataleverancer fra systemleverandøren. Den opgjorte ventetid skal derfor tages med forbehold. Det gælder særligt på kommuneniveau.
- Ventetid for kommuner med færre end 20 genoptræningsforløb er ikke vist på grund af statistisk usikkerhed.
- 2016-tal for Region Hovedstaden og kommuner i Region Hovedstaden skal specielt fortolkes med stor varsomhed, da der ikke blev indberettet færdigbehandlingsdage fra Herlev og Gentofte Hospital for juni og juli 2016 grundet implementeringen af Sundhedsplatformen. Indberetningsniveauet for august 2016 var desuden meget lavt.
- Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 kan have indflydelse på opgørelsen.

- Raterne er opgjort som 4-årige rater pga. få observationer (2013-2016).
- Under udvikling – mulig sammenkobling med arbejdsmarkedsindikatoren undersøges.
- Indførelsen af de fælles akutmodtagelser (FAM) har medført en løbende registreringsomlægning, hvor patienter, der modtages og færdigbehandles på FAM'en, indberettes til Landspatientregisteret som akutte ambulante kontakter og dermed ikke indgår i indikatoropgørelsen. Det kan betyde, at antallet af indlæggelser undervurderes og påvirker muligheden for sammenligning over tid og mellem regioner/kommuner.
- Tal for kommuner med færre end 20 borgere med demens eller under 5 borgere med receptindløsning på antipsykotika er ikke vist på grund af statistisk usikkerhed.
- Middellevetid for 0-årige i Ærø, Samsø, Fanø og Læsø kommuner er ikke vist i tabellen, da tallene pga. kommunernes størrelse vurderes at være for usikre.
- Udvikling fra 2013 til 2017.



NATIONALE MÅL
FOR SUNDHEDSVÆSENET

2018, 1. UDGAVE

UDGIVET AF
SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET,
KL OG DANSKE REGIONER

ELEKTRONISK PUBLIKATION
ISBN: 978-87-7601-394-3

DESIGN: BGRAPHIC
FOTO: JOHNER

