

NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDS- VÆSENET



2021



SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN	3
DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM ER ET LED I EN STØRRE OMSTILLING AF KVALITETSARBEJDET	4
ET DYNAMISK SUNDHEDSVÆSEN – ARBEJDET MED NYE INDIKATORER FORTSÆTTER	7
DATAGRUNDLAGET FOR FLERE AF INDIKATORERNE ER ÆNDRET I DETTE ÅRS STATUSRAPPORT	8
UDVIKLINGEN I MÅL OG INDIKATORER	10
NATIONALE MÅL – FORDELT PÅ REGIONER	11
NATIONALE MÅL – FORDELT PÅ KOMMUNER	14



ÆNDRINGER I OPGØRELSESMETODE FOR FLERE AF INDIKATORERNE (1/3)	19
ÆNDRINGER I OPGØRELSESMETODE FOR FLERE AF INDIKATORERNE (2/3)	20
ÆNDRINGER I OPGØRELSESMETODE FOR FLERE AF INDIKATORERNE (3/3)	21
BRED FORANKRING OG LOKALT EJERSKAB	22
REGIONERNE FØLGER UDVIKLINGEN PÅ TVÆRS	24
KOMMUNERNE ARBEJDER MED DE NATIONALE MÅL	25

SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN

Vores sundhedsvæsen har stået og står fortsat over for en ekstraordinær situation i den nuværende COVID-19 epidemi. Alle aktører i sundhedsvæsenet har udvist fleksibilitet og en utrolig evne til at omstille sig for at sikre kapacitet til og behandling af COVID-19 patienter. Epidemien har ligeledes vist, at samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenets aktører har været et vigtigt omdrejningspunkt for, at vi har klaret os så godt igennem epidemien. Det har banet vejen for nye samarbejdsformer, innovative løsninger og øget brug af data, som har været med til at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen.

Og netop kvalitet, patientsikkerhed og et sammenhængende sundhedsvæsen er essensen bag de nationale mål. Sammen med de øvrige dele af Det Nationale Kvalitetsprogram sikrer de nationale mål en fælles retning for udviklingen af sundhedsvæsenet til gavn for patienterne og med fokus på de resultater, der har betydning for borgeren. 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.

Men arbejdet med de nationale mål har også været ramt af COVID-19 situationen. Bl.a. fordi at COVID-19 medførte forsinkelser i arbejdet med omlægningen til det nye Landspatientsregister (LPR3). Det har betydet, at der ikke udkom en statusrapport i 2020. Derudover kan flere af indikatorerne i dette års statusrapport være direkte eller indirekte påvirket af COVID-19 situationen. Det betyder, at tallene skal tolkes med varsomhed.

Vi står nu klar med et moderniseret LPR3, som i højere grad afspejler dagens sundhedsvæsen, og hvor data er mere tilgængeligt og anvendeligt ift. at understøtte nuværende og fremtidige behov for kvalitetsudvikling og styring på tværs af sundhedsvæsenet. Det betyder, at vi nu igen er klar til at offentliggøre data og resultater for indikatorerne under de nationale mål. Dette års statusrapport er som følge af COVID-19 epidemien en forkortet version, hvor fokus er på data og resultaterne. Det er vigtigt for os, at vi fortsat gennem brug af data er med til at sikre gennemsigtighed og læring på tværs af sundhedsvæsenet.

I 2022 er vi tilbage med en fuld rapport, hvor vi sætter fokus på den sociale ulighed i sundhedsvæsenet.

Juni 2021

Magnus Heunicke
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. To andre hovedelementer er Lærings- og Kvalitetsteams (LKT) og Det Nationale Ledelsesprogram.

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. 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. Der er gennemført lærings- og kvalitetsteams inden for palliation (pleje og behandling af uhelbredeligt syge), rationel anvendelse af antibiotika og apopleksi og hoftenære lårbensbrud. Der er igangværende lærings- og kvalitetsteams inden for børnediabetes og akut kirurgi og to lærings- og kvalitetsteams er undervejs: Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og tvang i psykiatrien. Både kommuner og regioner deltog i LKT hoftenære



lårbensbrud, og det var dermed det første tværsektorielle LKT. Efter planen vil LKT KOL og LKT Tvang i psykiatrien involvere både regioner, kommuner og almen praksis og på den måde understøtte 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 ledelsers kompetencer i forhold til kvalitets- og forbedringsarbejdet. Således at der er det ledelsesfokus, der er nødvendigt, for at kvaliteten kontinuerligt forbedres til gavn for patienterne.

De første fire hold med ledere fra kommunerne og regionerne er gennemført i perioden 2017-2021. Partnerne bag programmet er nu i gang med at udvikle næste version af ledelsesprogrammet, hvor ambitionen bl.a. er, at deltagerantallet skal sættes betragteligt op, og at der skal være endnu mere tværsektorielt fokus.

Systematisk patientinddragelse

Der arbejdes nationalt og lokalt med et styrket fokus på systematisk patientinddragelse. Patientrapporterede oplysninger (PRO) bruges i stigende grad i dialogen mellem læge og patient for bl.a. at kunne tilpasse indsatsen til den enkeltes behov og gøre borgeren til en aktiv



medspiller. ”Strategi for digital sundhed 2018-2022” sætter rammerne for at lykkes med tværgående digitale indsatser på sundhedsområdet for at understøtte de otte nationale mål. For hvert af strategiens fem indsatsområder peger strategien 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 aktiv del i eget behandlingsforløb gennem bedre indsigt i egen sygdom og egne sundhedsdata samt sikre en mere fleksibel kontakt med sundhedsvæsenet, blandt andet i og omkring borgerens eget hjem.

Samtidig investeres der i at understøtte kvalitetsudvikling og sammenhæng i borgerens samlede forløb i sundhedsvæsenet gennem indsamling og aktiv brug af sundhedsdata. Dette sker blandt andet gennem et nationalt sundhedsdataprogram og via lokale indsatser i regioner og kommuner. Udvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser er sat på dagsordenen med strategien ”Viden til et bedre sundhedsvæsen 2019-2023” fra Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP). Fokus i strategien er på læring, dataunderstøttet kvalitetsudvikling, det sammenhængende patientforløb, tidstrohed, den skræddersyede behandling og forskning. Patienter deltager i stigende grad i styregrupperne. Der er 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 SUNDHEDSVÆSENET



**BEDRE
SAMMEN-
HÆNGENDE
PATIENT-
FORLØB**



**STYRKET
INDSATS
FOR KRONIKERE
OG ÆLDRE
PATIENTER**



**FORBEDRET
OVERLEVELSE
OG PATIENT-
SIKKERHED**



**BEHANDLING
AF HØJ
KVALITET**



**HURTIG
UDREDNING
OG
BEHANDLING**



**ØGET
PATIENT-
INDDRAGELSE**



**FLERE
SUNDE LEVEÅR**



**MERE
EFFEKTIVT
SUNDHEDS-
VÆSEN**

INDIKATORER

Akutte somatiske/
psykiatriske
genindlæggelser
inden for 30 dage

Ventetid til
genoptræning

Somatiske/
psykiatriske
færdigbehandlings-
dage på sygehuse

Ajourførte
medicinoplysninger
(praktiserende læge)

Fastholdelse af
somatisk/psykisk
syge på arbejds-
markedet

Fuldført
ungdomsuddannelse
blandt unge med
psykiske lidelser

Sygehusaktivitet
pr. kroniker
(KOL/diabetes)

Forebyggelige
sygehusophold
blandt ældre

Overbelægning
på medicinske
afdelinger

Brug af
antipsykotika
ved patienter
med demens

5 års overlevelse
efter kræft

Hjertedødelighed

Overdødelighed ved
psykisk sygdom

Sygeuserhvervede
infektioner

Overlevelse ved
uventet hjertestop

Indløste recepter
på antibiotika i almen
praksis

Forbrug af opioider
i almen praksis

Opfyldelse
af kvalitetsmål
i de kliniske
kvalitetsdatabaser*

Indlagte patienter
i psykiatrien, der
bæltfikseres

Ventetid til planlagt
sygehusoperation
og til psykiatrien*

Somatiske/
psykiatriske
patienter udredt
inden for
30 dage

Kræftpakkeforløb
gennemført inden
for tiden*

Patienttilfredshed
(somatikken/
psykiatrien)

Patientoplevet
inddragelse
(somatikken/
psykiatrien)

Middellevetid
Daglig rygere
i befolkningen

Liggetid pr.
indlæggelse
Produktivitet på
sygehuse

REGIONALE / KOMMUNALE LOKALE DELMÅL

* Indikatoren indgår uden tal.

ET DYNAMISK SUNDHEDSVÆSEN – ARBEJDET MED NYE INDIKATORER FORTSÆTTER

Indikatorerne under de nationale mål skal løbende udvikles, 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 i forhold 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.

Med sidste statusrapport blev det aftalt at arbejde videre med at udvikle følgende indikator, der er målrettet almen praksis, som dermed er inkluderet i nærværende statusrapport:

- Forbrug af opioider i almen praksis



Ydermere blev det aftalt at sætte øget fokus på den sociale ulighed i sundhedsvæsenet. Som følge af COVID-19 epidemien er indeværende rapport en forkortet version med fokus på dataopgørelserne for indikatorerne under de nationale mål. Temaet, social ulighed i sundhedsvæsenet, udskydes i sundhedsvæsenet udskydes til næste års rapport, hvor der arbejdes på at udvikle nye indikatorer, der måler ulighed i sundhed og i sundhedsvæsenet. Næste års rapport vil igen være en fuld rapport, hvor der inkluderes en række konkrete cases, som viser, hvordan man rundt omkring i landet arbejder med at mindske uligheden i sundhed og sundhedsvæsenet samt en række eksempler, som viser et nuanceret billede af udviklingen for en række udvalgte indikatorer.

DATAGRUNDLAGET FOR FLERE AF INDIKATORERNE ER ÆNDRET I DETTE ÅRS STATUSRAPPORT

En lang række af indikatorerne under de nationale mål er helt eller delvist baseret på Landspatientregisteret (LPR). LPR er et nationalt register over patienter behandlet ved de danske sygehuse siden 1977, og er det mest centrale sundhedsregister i Danmark.

Der har længe været et ønske om en opdatering af LPR, så registeret i højere grad afspejler dagens sundhedsvæsen, og hvor datamodellen moderniseres, så den bedre kan håndtere fremtidige kendte og ukendte behov. Ydermere bliver data med LPR3 mere tilgængelige og anvendelige ift. at understøtte nuværende og fremtidige behov for kvalitetsudvikling og styring på tværs af sundhedsvæsenet.

Primo 2019 overgik regionerne og privathospitalerne til det nye LPR3. Overgangen til LPR3 indebærer en omfattende omlægning af registeret, hvor mange af de oplysninger, der i dag indberettes fra regionerne, rent datamæssigt vil blive struktureret anderledes. Siden implementeringen har der været en række tekniske udfordringer med LPR3-systemet, der har forsinket optimal funktionalitet og dataleverancer. Dataleverancerne blev yderligere forsinket i 2020 grundet prioritering af COVID-19 relaterede leverancer. Som følge heraf udkom der heller ikke en statusrapport for de nationale mål i 2020.

Det moderniserede LPR3 er nu velimplementeret i regionerne og indberetningerne danner grundlag for retvisende dataleverancer og statistikker.



Størstedelen af indikatorerne i de nationale mål er omlagt til LPR3 og indgår i dette års statusrapport. Det gælder bl.a. indikatorerne for udredningsretten, færdigbehandlingsdage og de indikatorer, der indeholder indlæggelse som en del af definitionen.

En række af indikatorerne kan først omlægges i 2. halvår 2021. Det skyldes, at indikatorerne er baseret på kilder (udover LPR), som først på dette tidspunkt vil være opdateret med data, som muliggør kobling til LPR3. Indikatorerne indgår derfor i dette års statusrapport med data fra LPR2, dvs. data fra før 2019. Der er stadig tale om nyere dataopgørelser end i sidste statusrapport. Det drejer sig om følgende fire indikatorer:

- Tilknytning til arbejdsmarkedet, somatisk syge
- Tilknytning til arbejdsmarkedet, psykisk syge
- Brug af antipsykotika ved patienter med demens
- Fuldført ungdomsuddannelse blandt unge med psykiske lidelser

Ydermere indgår der ikke data for ventetidsindikatorerne i dette års statusrapport. LPR3 skaber mulighed for at opgøre den erfarede ventetid til sygehusvæsenet mere nuanceret end i LPR2. Med LPR3 indføres en ny begrebsmodel, hvor kontakten bliver det centrale begreb. Modellen giver samtidig mulighed for, ved hjælp af det såkaldte forløbselement, at sammenknytte kontakter, diagnose(r) og procedurer samt dertil knyttede forløbsmarkører i et sammenhængende klinisk forløb. Forløbsmarkørerne sikrer, at der sker en løbende tidsstempling af de forskellige hændelser i forløbet og er derfor af særlig relevans

for bl.a. ventetidsopgørelserne. Der udvikles på nuværende tidspunkt en ny ventetidsindikator, ”ventetid til behandling”, på baggrund af de nye registreringsmuligheder i LPR3. Det skal yderligere vurderes, om de gamle ventetidsindikatorer baseret på LPR2 meningsfuldt kan videreføres til LPR3. Det drejer sig om følgende tre indikatorer:

- Ventetid til planlagt sygehusoperation
- Ventetid til psykiatrien, børn/unge
- Ventetid til psykiatrien, voksne

Overgangen til LPR3 i 2019 betyder, at der er et data-brud i dette år. Som følge heraf skal sammenligninger foretages med ekstra varsomhed. Det drejer sig om sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018. Ligeledes drejer det sig om sammenligninger af tal for 2019 med tal for 2020 og frem.

COVID-19 påvirker tal for 2020 og 2021

COVID-19 epidemien har medført, at alle aktører i sundhedsvæsenet har skulle omstille sig og udvise fleksibilitet for at sikre kapacitet til og behandling af COVID-19 patienter. Regionerne har som følge heraf haft mulighed for at se bort fra tidsfrister i reglerne om ret til hurtig udredning og ret til udvidet frit sygehusvalg. Indikatorerne for udredningsretten skal derfor fortolkes i lyset af dette.

Flere af indikatorerne kan dog både direkte og indirekte være påvirket af COVID-19 situationen. Derfor skal tal for 2020 og 2021 tolkes med ekstra varsomhed. Dette vil ligeledes gælde for næste års statusrapport.

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.

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.

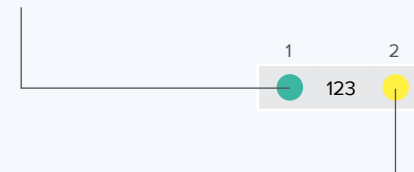
For at understøtte forbedringsarbejdet i regionerne har Danske Regioner udarbejdet en version af nøgletallene for de nationale mål, som gør det muligt for den enkelte region at følge den løbende udvikling. Denne version findes her!¹

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 2019 til 2020 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.

NATIONALE MÅL – FORDELT PÅ REGIONER

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 <p>BEDRE SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB</p>	Akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage, pct. ¹	● 11,3	● 10,9 ●	● 12,1 ●	● 10,7 ●	● 11,0 ●	● 12,7 ●
	Akutte psykiatriske genindlæggelser indenfor 30 dage, pct. ¹	● 23,2	● 16,9 ●	● 25,6 ●	● 21,3 ●	● 23,8 ●	● 22,8 ●
	Ventetid til genoptræning, dage ²	● 7					
	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage ¹	● 1,9	● 1,9 ●	● 0,5 ●	● 2,4 ●	● 2,3 ●	● 2,2 ●
	Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage ¹	● 3,1	● 1,3 ●	● 2,4 ●	● 2,5 ●	● 4,4 ●	● 3,5 ●
	Ajournførte medicinoplysninger, pct. (marts 2021) ³	● 22,6	● 25,3 ●	● 24,3 ●	● 26,3 ●	● 17,8 ●	● 19,6 ●
	Fastholdelse af somatisk syge på arbejdsmarkedet, pct. (2018) ⁴	● 77,6	● 76,5 ●	● 76,6 ●	● 76,4 ●	● 79,9 ●	● 76,4 ●
	Fastholdelse af psykisk syge på arbejdsmarkedet, pct. (2018) ⁴	● 59,7	● 55,5 ●	● 57,4 ●	● 59,4 ●	● 61,8 ●	● 60,6 ●
Fuldført ungdomsuddannelse blandt unge med psykiske lidelser, pct. (2014-2018)	56,8	51,5 ●	56,1 ●	51,1 ●	66,3 ●	45,5 ●	
 <p>STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER</p>	DRG-værdi pr. kroniker (med KOL og/eller type 2-diabetes), kr. ^{1,5}	● 1.950	● 1.917 ●	● 1.764 ●	● 1.829 ●	● 2.346 ●	● 1.726 ●
	Forebyggelige akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre (65+), antal ¹	● 54,8	● 47,0 ●	● 50,0 ●	● 51,1 ●	● 62,0 ●	● 60,0 ●
	Overbelægning på medicinske afdelinger på de offentlige sygehuse, pct. ⁶	● 0,23	● 1,01 ●	● 0,21 ●	● 0,04 ●	● 0,01 ●	● 0,36 ●
	Andel borgere med demens, antipsykotika, pct. (2019)	● 18,9	● 16,0 ●	● 18,6 ●	● 18,7 ●	● 20,8 ●	● 17,3 ●

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 <p>FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENTSIKKERHED</p>	5 års overlevelse efter kræft, pct. (2016-2018) ⁷	● 67	● 65 ●	● 67 ●	● 67 ●	● 66 ●	● 68 ●
	Hjertedødelighed, dødsfald pr. 100.000 borgere (2019)	● 110	● 111 ●	● 105 ●	● 109 ●	● 112 ●	● 117 ●
	Overdødelighed blandt borgere med udvalgte psykiske lidelse ¹	● 3,7	● 3,3 ●	● 3,4 ●	● 3,5 ●	● 4,0 ●	● 3,7 ●
	Sygehuserhvervede infektioner – bakteriemier antal pr. 10.000 risikodøgn (apr.-okt. 2019-apr.-okt. 2020) ^{8,9}	● 6,5	● 5,1 ●	● 5,8 ●	● 7,1 ●	● 6,9 ●	● 6,4 ●
	Sygehuserhvervede infektioner – clostridium difficile, antal pr. 100.000 borgere (apr.-okt. 2019-apr.-okt. 2020) ⁸	● 31,2	● 25,1 ●	● 25,2 ●	● 28,6 ●	● 37,4 ●	● 35,1 ●
	Andel patienter som overlever mindst 30 dage efter hjertestop, pct.	● 29	● 29 ●	● 38 ●	● 29 ●	● 26 ●	● 22 ●
	Indløste recepter på antibiotika i almen praksis, antal	● 236	● 245 ●	● 233 ●	● 247 ●	● 218 ●	● 259 ●
	Forbrug af opioider i almen praksis (2019)	● 9,9	● 11,1 ●	● 9,6 ●	● 11,7 ●	● 7,4 ●	● 12,4 ●
 <p>BEHANDLING AF HØJ KVALITET</p>	Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser, pct. ^{**10}						
	Indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres, pct. ¹	● 4,8	● 5,8 ●	● 6,1 ●	● 5,2 ●	● 4,0 ●	● 3,4 ●
 <p>HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING</p>	Gennemsnitlig erfaret ventetid til planlagt sygehusoperation, dage ¹⁰						
	Gennemsnitlig erfaret ventetid til psykiatrien børn og unge, dage ¹⁰						
	Gennemsnitlig erfaret ventetid til psykiatrien voksne, dage ¹⁰						
	Somatiske udredningsforløb, hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, pct. (4. kv. 2019-4. kv. 2020) ¹¹	● 69	● 60 ●	● 64 ●	● 63 ●	● 85 ●	● 71 ●
	Psykiatriske udredningsforløb (børn og unge), hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, pct. (4. kv. 2019-4. kv. 2020) ¹	● 91	● 73 ●	● 88 ●	● 96 ●	● 92 ●	● 98 ●
	Psykiatriske udredningsforløb (voksne), hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, pct. (4. kv. 2019-4. kv. 2020) ¹	● 91	● 93 ●	● 89 ●	● 85 ●	● 100 ●	● 95 ●
	Pakkeforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for kræft, pct. ¹⁰						

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 ØGET PATIENT- INDDRAGELSE	Patientoplevet tilfredshed – patienter i somatikken (gennemsnitlig score 1-5)**12	4,27	4,32 ●	4,30 ●	4,30 ●	4,25 ●	4,17 ●
	Patientoplevet tilfredshed – patienter i psykiatrien, børn og unge (gennemsnitlig score 1-5)**12	4,10	4,10 ●	4,23 ●	4,15 ●	4,00 ●	4,00 ●
	Patientoplevet tilfredshed – patienter i psykiatrien, voksne (gennemsnitlig score 1-5)**12	4,28	4,20 ●	4,24 ●	4,34 ●	4,26 ●	4,24 ●
	Patientoplevet inddragelse – patienter i somatikken (gennemsnitlig score 1-5)**12	3,92	3,96 ●	3,97 ●	3,95 ●	3,92 ●	3,75 ●
	Patientoplevet inddragelse – patienter i psykiatrien, børn og unge (gennemsnitlig score 1-5)**12	3,94	3,92 ●	4,06 ●	4,02 ●	3,83 ●	3,73 ●
	Patientoplevet inddragelse – patienter i psykiatrien, voksne (gennemsnitlig score 1-5)**12	4,10	4,00 ●	4,05 ●	4,18 ●	4,11 ●	3,96 ●
 FLERE SUNDE LEVEÅR	Middellevetid, år***	● 81,5	● 81,4 ●	● 81,9 ●	● 81,6 ●	● 81,7 ●	● 80,7 ●
	Daglige rygere, pct. (2017)****13	● 16,9	● 16,9 ●	● 15,7 ●	● 18,7 ●	● 15,9 ●	● 18,4 ●
 MERE EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN	Gns. liggetid pr. indlæggelse, dage ¹	● 4,2	● 4,4 ●	● 4,0 ●	● 4,2 ●	● 4,1 ●	● 4,3 ●
	Produktivitet på sygehusene, indeks: hele landet = 100 (2018) ¹⁴	● 100	● 95 ●	● 99 ●	● 109 ●	● 99 ●	● 94 ●

NATIONALE MÅL – FORDELT PÅ KOMMUNER

REGION MIDT- JYLLAND	AKUTTE SOMATISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ¹	AKUTTE PSYKIATRISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,15,16}	VENTETID TIL GENOP- TRÆNING, DAGE ²	SOMATISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	PSYKIATRISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. (2018) ⁴	FASTHOLDELSE AF PSYKIA- TRISKE SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. (2018) ^{4,17}	FULDFØRT UNGDOMSUD- DANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2014-2018) ¹⁵	FOREBYGGE- LIGE AKUTTE SYGEHUS- OPHOLD PR. 1.000 ÆLDRE ¹	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTIPSYKO- TIKA (2018) ¹⁵	MIDDEL- LEVETID**** ¹⁸	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2017)**** ¹³
FAVRSKOV	11,2	19,8	...	0,7	2,6	77,1	55,2	44,3	52,5	25,5	81,9	14,5
HEDENSTED	11,9	19,5	...	0,4	3,1	79,3	59,3	43,8	44,4	14,8	82,0	17,6
HERNING	13,0	26,6	8	0,1	1,9	75,7	57,0	50,5	46,9	22,1	81,6	15,7
HOLSTEBRO	12,2	28,2	6	0,7	0,3	74,8	47,3	46,5	54,4	27,0	81,9	14,8
HORSENS	12,3	24,5	7	0,5	0,5	76,4	52,7	48,5	56,5	10,8	81,2	19,6
IKAST-BRANDE	12,7	21,7	...	0,5	4,4	71,7	53,0	43,9	48,9	20,7	81,7	17,2
LEMVIG	13,2	22,9	7	1,9	2,4	75,0	54,4	46,7	44,3	26,2	80,9	18,0
NORDDJURS	12,0	28,9	8	0,0	0,8	77,2	46,2	35,4	39,3	20,1	79,8	19,7
ODDER	12,8	15,4	7	0,3	0,0	82,1	50,4	45,4	44,1	20,4	82,7	16,0
RANDERS	11,7	23,7	6	0,1	1,3	74,6	58,2	47,6	52,9	16,6	80,4	17,8
RINGKØBING- SKJERN	11,9	15,9	6	1,5	0,0	73,9	54,6	42,6	43,8	21,5	81,7	17,1
SAMSØ	8,4	...	8	0,0	0,0	71,1	0,0	...	32,3	...	..	18,1
SILKEBORG	12,8	27,1	9	0,8	3,8	75,8	52,4	48,4	52,4	19,5	81,7	15,5
SKANDERBORG	11,8	22,3	8	0,5	0,0	77,5	56,1	41,2	46,6	10,2	82,4	13,3
SKIVE	13,5	14,4	8	0,1	0,0	73,4	61,9	42,2	52,1	19,5	81,2	17,6
STRUER	11,6	20,9	...	0,5	2,8	75,4	62,4	41	51,6	25,7	81,8	16,7
SYDDJURS	11,9	18,3	...	0,1	2,6	77,7	56,7	42,2	46,3	16,4	81,7	17,8
VIBORG	13,8	24,9	10	0,2	2,5	77,1	63,4	45	56,8	18,7	81,9	16,6
AARHUS	10,8	26,5	...	0,7	4,2	78,8	60,3	72,2	50,2	17,1	81,6	12,8

REGION HOVED-STADEN	AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ¹	AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,15,16}	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE ²	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	PSYKIATRISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. (2018) ⁴	FASTHOLDELSE AF PSYKIATRISKE SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. (2018) ^{4,17}	FULD FØRT UNGDOMSUD-DANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2014-2018) ¹⁵	FOREBYGGELIGE AKUTTE SYGEHUS-OPHOLD PR. 1.000 ÆLDRE ¹	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTIPSYKOTIKA (2018) ¹⁵	MIDDEL-LEVETID**** ¹⁸	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2017)**** ¹³
ALBERTSLUND	10,8	24,6	...	1,1	2,0	80,0	59,3	54,3	55,8	32,1	81,4	19,2
ALLERØD	10,1	23,5	...	0,1	0,0	80,0	60,1	57,9	54,6	18,3	83,2	9,1
BALLERUP	11,7	20,4	5	4,1	0,0	80,5	58,5	52,4	62,8	19,6	80,5	17,3
BORNHOLM	9,7	10,6	...	0,1	1,9	76,3	55,2	34,5	64,3	21,4	79,6	20,2
BRØNDBY	11,8	26,5	6	1,8	11,7	77,5	51,5	48,7	58,6	21,7	79,6	18,5
DRAGØR	6,2	18,4	...	0,8	1,9	74,7	64,2	51,9	55,9	23,9	81,6	12,2
EGEDAL	11,3	31,2	...	2,2	1,5	82,0	77,1	57,8	50,0	20,2	82,3	12,1
FREDENSBORG	10,2	27,0	5	2,1	9,1	81,1	59,6	55	50,5	22,6	81,9	13,5
FREDERIKSBERG	11,2	17,9	...	0,2	1,1	81,5	62,0	79,9	62,2	21,9	81,6	12,6
FREDERIKS-SUND	11,9	17,5	...	2,7	0,6	79,1	54,9	45,6	65,7	23,2	80,9	17,4
FURESØ	9,8	16,2	...	1,6	3,2	81,7	63,3	54,9	49,5	22,9	82,8	13,1
GENTOFTE	11,4	18,6	6	0,6	0,0	83,0	68,3	69,2	58,6	22,7	83,5	11,1
GLADSAXE	11,4	24,4	5	0,3	4,1	82,0	63,8	58,4	67,1	20,3	80,8	16,1
GLOSTRUP	13,2	28,5	...	13,3	0,3	77,7	60,1	57,6	73,4	15,5	81,3	17,3
GRIBSKOV	10,6	18,8	7	9,3	1,8	78,9	63,7	43,2	55,9	21,1	81,2	17,3
HALSNÆS	12,5	15,2	6	0,4	2,6	77,5	60,3	44,6	65,1	22,4	80,3	20,0
HELSINGØR	11,5	18,4	7	5,6	4,3	79,2	57,4	51,3	63,2	22,1	81,5	19,7
HERLEV	12,7	16,3	6	0,0	2,1	79,2	65,2	51,5	65,0	15,5	80,0	15,8
HILLERØD	11,2	27,2	5	3,8	2,8	80,3	61,9	49,9	70,8	21,0	81,8	13,9
HVIDOVRE	11,1	18,6	...	1,2	5,4	79,2	62,2	52,9	64,0	17,9	80,9	16,4
HØJE-TAASTRUP	10,4	18,5	...	2,1	8,0	78,9	62,2	53,1	53,8	22,2	80,5	18,2
HØRSHOLM	8,9	19,2	...	0,6	0,0	82,0	68,4	56,5	44,5	20,5	83,5	9,6
ISHØJ	10,4	22,4	...	0,3	1,6	80,1	61,4	48	71,9	25,6	79,9	19,7
KØBENHAVN	10,7	24,2	...	2,6	8,1	78,7	61,5	76,1	69,2	21,0	79,7	17,3
LYNGBY-TAARBÆK	11,2	17,4	6	3,2	0,6	82,5	59,7	71	60,9	13,8	82,5	12,3
RUDERSDAL	9,9	17,0	6	0,9	0,1	84,9	63,1	62,6	52,7	15,6	83,5	11,2
RØDOVRE	10,9	14,6	...	0,5	0,9	78,1	65,4	58,1	64,4	21,1	80,8	17,1
TÅRNBY	6,3	23,9	...	0,5	1,2	78,5	61,7	45	73,8	20,8	80,2	17,0
VALLENSBÆK	10,2	26,5	...	2,3	0,0	83,1	66,5	54,9	53,8	29,3	81,6	12,2

REGION SYD-DANMARK	AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ¹	AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,15,16}	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE ²	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	PSYKIATRISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. (2018) ⁴	FASTHOLDELSE AF PSYKIATRISKE SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. (2018) ^{4,17}	FULDFØRT UNGDOMSUD-DANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2014-2018) ¹⁵	FOREBYGGE-LIGE AKUTTE SYGEHUS-OPHOLD PR. 1.000 ÆLDRE ¹	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTIPSYKOTIKA (2018) ¹⁵	MIDDEL-LEVETID**** ¹⁸	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2017)**** ¹³
ASSENS	9,4	18,7	8	20,3	0,6	77,7	58,9	39,4	54,8	11,7	81,6	20,5
BILLUND	10,1	19,4	7	1,6	0,9	78,4	58,7	35,6	43,6	14,8	81,4	18,0
ESBJERG	11,1	19,8	7	2,6	0,9	75,6	60,4	52,3	52,9	17,2	80,8	19,0
FANØ	8,9	...	...	18,1	0,0	72,5	47,7	...	51,1	23,1	..	17,0
FREDERICIA	11,1	17,5	7	0,1	1,8	77,4	61,4	43,9	50,2	15,7	81,1	20,1
FAABORG-MIDTFYN	10,4	12,2	7	3,5	3,5	75,4	58,0	44,7	52,3	16,5	81,3	18,0
HADERSLEV	10,6	19,9	7	0,7	1,0	75,6	59,0	42,3	52,5	22,5	81,5	21,8
KERTEMINDE	12,4	17,2	7	1,4	0,3	76,2	54,7	34,3	54,7	16,4	81,6	20,6
KOLDING	11,4	18,5	8	0,5	0,5	76,6	55,5	52,7	48,1	17,7	81,5	18,0
LANGELAND	10,5	12,3	7	3,8	4,0	78,5	65,7	44,6	72,4	18,5	80,1	23,8
MIDDELFART	9,7	24,2	7	1,1	4,5	79,3	65,8	41,5	46,3	15,8	80,8	18,5
NORDFYEN	8,8	18,1	2	8,3	0,3	75,0	58,1	34,3	46,2	16,9	80,8	20,0
NYBORG	9,5	9,9	6	3,3	4,8	76,7	56,4	44,2	52,1	9,6	80,5	20,2
ODENSE	9,9	23,6	7	2,8	1,3	76,9	60,6	67,5	54,3	16,6	81,2	16,7
SVENDBORG	10,6	18,8	6	1,1	6,4	72,5	63,9	44,4	60,9	18,9	80,9	18,5
SØNDERBORG	11,1	23,0	...	1,5	9,5	77,8	58,1	42,9	45,4	26,9	81,7	18,5
TØNDER	11,1	16,1	5	0,4	1,0	75,1	49,5	40,6	48,1	33,9	80,7	20,1
VARDE	10,5	14,5	6	1,3	0,5	74,7	48,2	44,8	45,8	20,8	81,7	18,5
VEJEN	10,6	14,4	7	0,2	0,7	78,7	57,9	43	47,6	18,0	81,6	20,7
VEJLE	10,6	24,7	7	0,3	3,0	75,9	61,7	46,6	46,1	16,0	81,1	16,5
ÆRØ	10,3	6,2	6	1,2	0,3	80,0	56,4	51,3	51,9	17,6	..	23,7
AABENRAA	11,1	22,5	5	2,0	6,4	77,7	58,1	44,8	53,2	29,4	80,8	19,3

REGION SJÆL- LAND	AKUTTE SOMATISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ¹	AKUTTE PSYKIATRISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,15,16}	VENTETID TIL GENOP- TRÆNING, DAGE ²	SOMATISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	PSYKIATRISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. (2018) ⁴	FASTHOLDELSE AF PSYKIA- TRISKE SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. (2018) ^{4,17}	FULDFØRT UNGDOMSUD- DANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2014-2018) ¹⁵	FOREBYGGE- LIGE AKUTTE SYGEHUS- OPHOLD PR. 1.000 ÆLDRE ¹	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTIPSYKO- TIKA (2018) ¹⁵	MIDDEL- LEVETID**** ¹⁸	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2017)**** ¹³
FAXE	13,0	20,6	...	0,4	0,3	78,2	59,7	45,4	62,3	19,6	80,5	18,2
GREVE	11,2	11,6	7	0,5	3,1	76,8	65,1	49,6	57,1	15,1	81,6	14,8
GULDBORG- SUND	13,3	23,4	7	5,1	1,9	75,4	53,0	38,7	65,8	18,3	78,9	21,0
HOLBÆK	12,5	23,0	6	3,8	1,7	74,8	61,3	42,7	59,9	17,0	80,4	18,6
KALUNDBORG	12,3	19,7	5	1,1	8,8	77,9	60,0	42,3	53,8	20,9	80,6	21,6
KØGE	11,6	19,9	6	0,2	1,1	77,2	65,9	49	63,8	19,2	81	15,0
LEJRE	10,7	23,5	...	1,1	0,0	76,7	67,7	48	46,8	13,7	82,5	13,5
LOLLAND	13,3	21,1	6	5,1	0,4	73,1	56,4	33,7	65,3	18,8	78,2	22,8
NÆSTVED	13,3	18,8	...	0,6	0,7	76,8	59,2	46,8	61	18,0	80,3	16,5
ODSHERRED	12,2	29,1	...	2,8	12,7	74,7	61,7	33	52,8	12,3	79,9	22,5
RINGSTED	12,7	19,1	...	2,7	2,9	81,1	67,7	44,1	58,7	29,2	80,5	18,5
ROSKILDE	12,0	19,7	6	1,2	8,3	79,5	67,8	57,9	54,7	12,2	81,4	15,3
SLAGELSE	12,7	23,6	...	1,0	5,5	72,8	56,6	45	64,1	16,1	79,9	20,8
SOLRØD	10,9	12,5	...	0,7	0,0	78,9	70,4	59,2	61,9	19,4	82,6	13,2
SORØ	12,2	28,2	...	1,4	1,6	75,0	64,9	41,1	63,3	19,3	80,0	17,7
STEVNS	12,1	8,1	...	3,1	2,3	78,5	62,3	46,3	57,1	15,4	81,0	20,3
VORDINGBORG	12,8	28,1	6	7,0	3,5	76,7	60,8	43,9	62,3	19,8	79,4	20,7

REGION NORD- JYLLAND	AKUTTE SOMATISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ¹	AKUTTE PSYKIATRISKE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. ^{1,15,16}	VENTETID TIL GENOP- TRÆNING, DAGE ²	SOMATISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	PSYKIATRISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE ^{1,16}	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. (2018) ⁴	FASTHOLDELSE AF PSYKIA- TRISKE SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. (2018) ^{4,17}	FULD FØRT UNGDOMSUD- DANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2014-2018) ¹⁵	FOREBYGGE- LIGE AKUTTE SYGEHUS- OPHOLD PR. 1.000 ÆLDRE ¹	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTIPSYKO- TIKA (2018) ¹⁵	MIDDEL- LEVETID**** ¹⁸	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2017)**** ¹³
BRØNDERSLEV	10,2	11,9	7	1,5	1,3	77,9	58,5	37,9	52,0	15,0	81,1	17,6
FREDERIKSHAVN	9,4	14,3	...	2,5	1,7	77,5	55,7	38,8	49,7	17,7	80,6	19,4
HJØRRING	10,8	19,3	...	6,1	2,1	73,6	55,2	41,5	48,5	17,0	81,3	17,1
JAMMERBUGT	11,8	16,8	7	3,0	1,7	76,5	50,8	34,2	47,7	17,8	81,0	18,4
LÆSØ	7,1	...	3	0,0	34,9	63,5	0,0	...	36,4	...	..	20,4
MARIAGERFJORD	11,6	19,7	...	0,3	0,1	76,9	59,7	40,1	40,2	15,2	80,9	17,6
MORSØ	13,6	14,6	9	0,2	2,0	75,0	51,5	33,6	53,3	15,1	80,2	19,1
REBILD	10,0	8,0	...	0,6	0,2	78,0	58,7	46,4	42,5	18,0	80,9	14,7
THISTED	11,8	15,4	...	0,3	0,4	74,9	57,4	36,1	56,2	21,9	80,4	17,1
VESTHIMMER- LANDS	10,9	11,8	...	0,8	0,7	78,9	49,3	34,3	46,5	13,0	80,6	17,3
AALBORG	10,5	17,2	...	1,4	1,2	76,5	56,3	65,7	43,4	13,9	81,0	15,6
HELE LANDET	11,3	23,2	7	1,9	3,1	77,6	60,2	56,8	54,8	18,9	81,5	16,9

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

Anmærkninger:

Farvemærkerne og pilene er beregnet pba. det antal decimaler, der er vist i oversigten. Indikatorbeskrivelser og datagrundlaget (inkl. længere tidsserier) kan findes på <https://sum.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>.

- Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3), og sammenligninger på tværs af årene før og efter skal foretages med ekstra varsomhed.
- Det er konstateret, at der hos kommunerne er udfordringer forbundet med indberetning pga. mangelfulde dataleverancer fra systemleverandøren. Metoden til opgørelse af ventetid er justeret, så der tages højde for denne problemstilling. Tallet for hele landet for 2019 og 2020 bygger på tal for kommuner, der indgår begge år (56 kommuner). Indikatoren er derfor heller ikke opgjort på regionsniveau i 2019 og 2020.
- Niveauet er relativt lavt og afspejler, at der fortsat er den del steder i almen praksis, hvor der sker begrænset ajourføring.
- 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.

- Kun DRG-sygehusforløb, hvor DRG-værdien af forløbet er under 75.000 kr, er inkluderet i opgørelsen.
- Farvemærkerne er alene foretaget på baggrund af udviking fra 2019 til 2020.
- Ekskl. anden hudkræft end modernærkekræft.
- Indikatoren er baseret på HAIBA, som på nuværende tidspunkt kun indeholder data fra april 2019 til oktober 2020 (LPR3 data). Ifm. omlægningen til LPR3 er der ændret i casedefinitionen for indikatoren ift., hvordan infektionen tilknyttes den pågældende afdeling. Nu tilknyttes infektionen den afdeling, hvor patienten var 48 timer inden prøvetagningen. Infektionerne vises fortsat på prøvetagningstidspunktet.
- Ifm. omlægningen til LPR3 er der ændret i casedefinitionen, således at der tælles en ny infektion, når den opstår >30 dage efter den første positive dyrkning. Tidligere var det 14 dage efter den sidste positive dyrkning. Derudover inkluderes også ambulante ophold i definitionen.
- Indikatoren er under revision og indgår uden data i år.
- Udredningsretten i somatikken var suspenderet i en stor del af 2020 (herunder 4. kvartal) for at sikre, at der på sygehusene kunne foretages den nødvendige prioritering under COVID-19.

- Der er databrud i indikatorerne vedrørende patienttilfredshed og – inddragelse på grund af ændrede spørgsmålsformuleringer og ændringer i udvælgelsen af respondenterne på grund af overgangen til LPR3. Af disse to grunde dækker datagrundlaget kun 2020 og frem. Yderligere er datagrundlaget for indikatorerne i somatikken i år udvidet, således at de også dækker akut indlagte og planlagt ambulante patienter. Hidtil har de kun dækket planlagt indlagte.
- Udviklingen fra 2013 til 2017.
- Overgang til nyt DRG-system (DRG2018) kan påvirke resultaterne.
- Hvis der er mindre end 20 observationer i nævneren eller mindre end 5 observationer i tælleren, er raten ikke beregnet.
- Kommunetallene er generelt behæftet med relativt stor statistisk usikkerhed.
- Raterne på kommuneniveau er opgjort som 2-årige rater pga. få observationer.
- 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.

ÆNDRINGER I OPGØRELSESMETODE FOR FLERE AF INDIKATORERNE (1/3)

I dette års statusrapport er opgørelsesmetoden for flere af indikatorerne ændret. Det skyldes i de fleste tilfælde overgangen til LPR3 samt anvendelsen af ny metode til opgørelse af indlæggelser og sygehusophold.

Det skal i den forbindelse understreges, at selve definitionerne af indikatorerne er uændrede. Det er altså alene den rent tekniske opgørelsesmetode, der er ændret. Følgende beskriver de væsentligste ændringer i metode for de berørte indikatorer.

Ny metode til opgørelse af indlæggelse

Med overgangen til LPR3 afskaffes den tidligere registrering og indberetning af, om en fysisk sygehuskontakt er en indlæggelse eller en ambulant kontakt. Det har bl.a. derfor været nødvendigt at udvikle en metode, der ud fra regler definerer en indlæggelse (og et ambulant ophold). Den nye metode baserer sig på et tidsmæssigt sammenhængende længere ophold på et eller flere sygehuse. Sygehusopholdene dannes ved at koble registreringer af fysiske sygehuskontakter, hvor der højst er 4 timer mellem to kontakter. En indlæggelse defineres herefter til at være et sygehusophold på 12 timer eller derover (ambulante ophold defineres til at være sygehusophold under 12 timer).



Den nye metode er dermed anvendt for alle indikatorer, der indeholder indlæggelse eller sygehusophold som en del af indikatordefinitionen. Det drejer sig om:

- Akutte genindlæggelser (somatiske/psykiatriske)
- Forebyggelige akutte sygehusophold
- Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres
- Sygehus erhvervede infektioner (bakteriæmier og clostridium difficile)
- Liggetid pr. indlæggelse

Den nye metode blev allerede benyttet i statusrapporterne for Nationale Mål 2018 og Nationale Mål 2019, idet at den har kunne benyttes bagud i tid. I forbindelse med overgangen til LPR3 er metoden blevet justeret og forbedret bagud i tid. Der kan læses mere om ændringen i indikatorer, som følge af den nye metode, i disse statusrapporter. Tidligere statusrapporter kan findes her.²

2. <https://sum.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>

ÆNDRINGER I OPGØRELSESMETODE FOR FLERE AF INDIKATORERNE (2/3)

Et nyt akutkriterie

Der er ændret i kriteriet for, hvornår en indlæggelse karakteriseres som akut. Det nye kriterie betyder, at en indlæggelse karakteriseres som akut, såfremt der optræder minimum et akut fysisk fremmøde i indlæggelsen med samme startdato som indlæggelsesdatoen. Det hidtidige kriterie har været, at en indlæggelse blev karakteriseret som akut, hvis første fysiske fremmøde i indlæggelsen var akut.

Ændringen i kriteriet skyldes, at det hidtidige kriterie anvendt i LPR3 vil ekskludere indlæggelser, der før indgik som akutte indlæggelser. Dette sker som følge af overgangen til et ægte kontakregister i form af LPR3 samt ændringen i indlæggelsesdefinitionen som følge heraf. Det drejer sig mere specifikt om de indlæggelser, hvor det i forbindelse med en patients planlagte besøg på et sygehus konstateres, at patienten må indlægges akut. Disse indlæggelser vil i de fleste tilfælde mest meningsfuldt være karakteriseret som akutte, selvom de er startet med et planlagt fysisk fremmøde.

Det nye akutkriterie er anvendt for alle indikatorer, der indeholder akut som en del af definitionen. Det drejer sig om:

- Akutte somatiske genindlæggelser
- Akutte psykiatriske genindlæggelser
- Forebyggelige akutte sygehusophold



Nyt kriterie for psykiatrisk indlæggelse i indikatoren for indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres

Da der i indikatoren for indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres, nu anvendes den nye metode til opgørelse af indlæggelser, er der ændret i kriteriet for, hvornår en patient betragtes som indlagt i psykiatrien. Det betyder, at kun patienter med en indlæggelse, som indeholder minimum 12 timers sammenhængende ophold på en eller flere psykiatriske afdelinger, inkluderes. Herved ekskluderes en række primært somatiske indlæggelser, hvor patienten kun har et kort fysisk fremmøde på en psykiatrisk afdeling som en del af en indlæggelse. Disse patienter vurderes ikke i risiko for bæltefiksering.

Inklusion af uafsluttet aktivitet for akutte psykiatriske genindlæggelser

Indikatoren inkluderer nu også akutte genindlæggelser, som er uafsluttede på opgørelsestidspunktet. Det skyldes, at der inden for psykiatrien ofte ses længerevarende indlæggelser af flere måneders, nogle gange års, varighed. En række af disse indlæggelser vil derfor være uafsluttede på opgørelsestidspunktet for indikatoren.

ÆNDRINGER I OPGØRELSESMETODE FOR FLERE AF INDIKATORERNE (3/3)

Indikatorer for udredningsretten opgøres med ny metode

Indikatorerne for udredningsretten opgøres metodisk anderledes, mens definitionen af indikatorerne fastholdes. Det skyldes, at den anvendte metode i LPR2 til dannelse af udredningsforløb, ikke kan genanvendes i LPR3.

Rationalet for den nye metode er den samme som for ventetidsopgørelserne, dvs. at forløbsmarkørerne i LPR3 sikrer, at der sker en løbende tidsstempling af de forskellige hændelser i patientens forløb. På baggrund heraf er det muligt at danne udredningsforløb ud fra et sæt af regler.

Ventetid til genoptræning opgøres med ny metode

Der er foretaget en række metodiske ændringer i opgørelsen af indikatoren for ventetid til genoptræning, mens definitionen og de overordnede principper fastholdes. Rationalet bag de metodiske ændringer er at sikre, at genoptræningsydelse knyttes til de relevante genoptræningsplaner. Idet der ikke er et id, der binder genoptræningsplaner og –ydelser sammen, er det nødvendigt at foretage en metodisk og tidsmæssig afgrænsning.



Det betyder, at borgeren nu skal have en genoptræningsydelse senest 30 dage efter genoptræningsplanen for at indgå i ventetidsopgørelsen. Den hidtidige afgrænsning har været, at borgeren skal have en genoptræningsydelse inden for samme år. Yderligere afgrænses indikatoren, så der kun kan medtages en genoptræningsplan pr. forløb. Hidtidig har samme borger kunne indgå med flere genoptræningsplaner.³

3. Det er konstateret, at der hos kommunerne er udfordringer forbundet med indberetning pga. mangelfulde dataleverancer fra systemleverandøren. Derfor ekskluderes data fra kommuner, hvor det ikke er muligt at relatere en genoptræningsydelse til mindst 50 pct. af genoptræningsplanerne.

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.

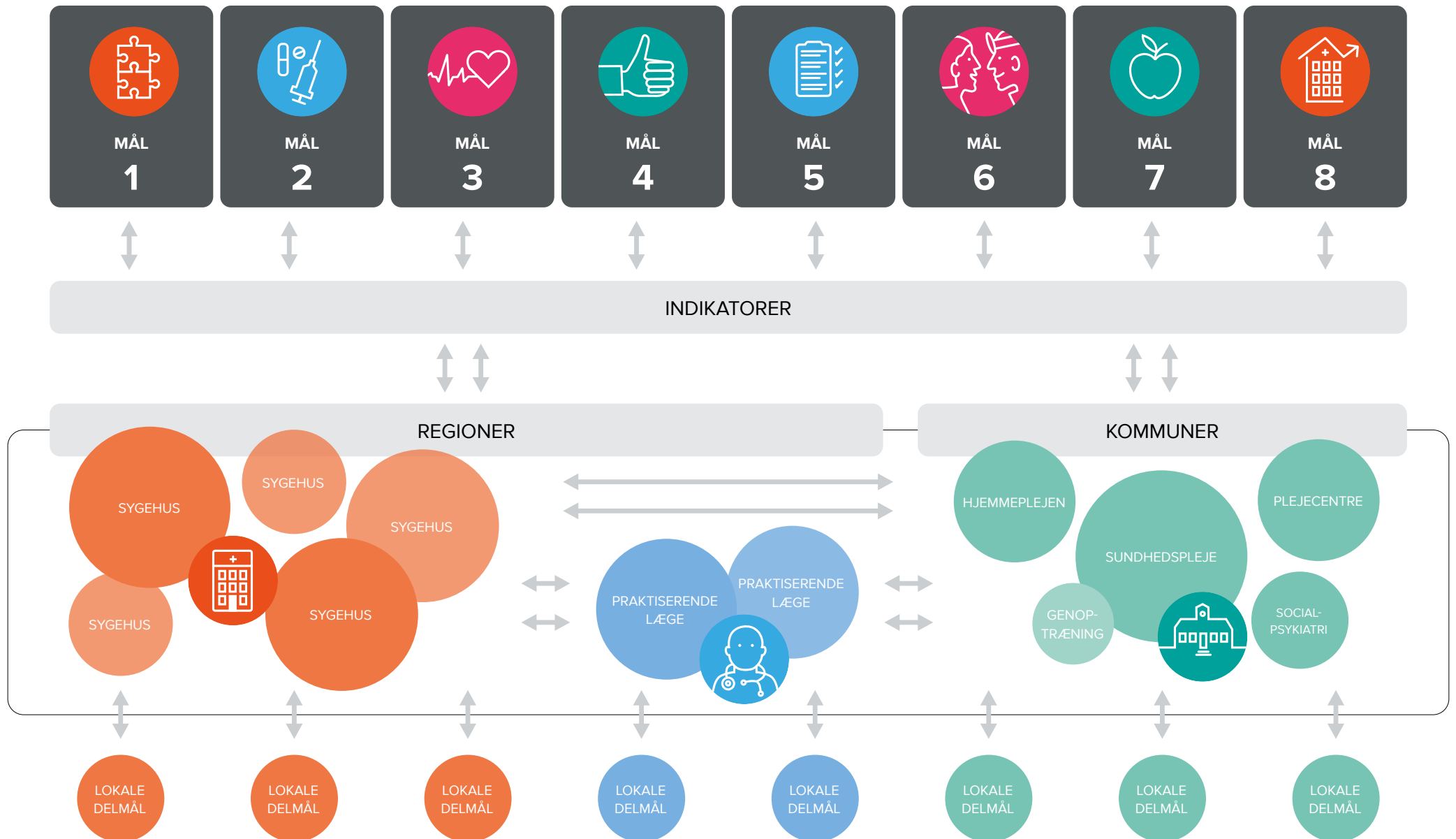
På den måde får personalet større frihed til at identificere de indsatser, der kan løfte kvaliteten for netop deres patienter. De nationale mål og aktiv brug af data skaber synlighed og transparens på tværs af regioner og kommuner og danner derigennem basis for benchmarking og gensidig læring, hvilket er til gavn for patienterne. Det kræver politisk fokus og forankring hos ledelse og medarbejdere.

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 Dialogpanel – 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.



LOKAL FORANKRING



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 læring mellem regionerne og dialog om, hvor regionerne kan hjælpe hinanden frem mod bedre resultater eller målopfyldelse. Regionerne samarbejder bl.a. om kræft- og hjerteområdet i behandlingsfællesskaber, hvor kapacitet og viden udveksles på tværs. Derudover samarbejder regionerne om at sikre lægedækning i hele landet, de nationale screeningsprogrammer og overholdelse af patientrettighederne.

Alle regioner arbejder med datadrevet forbedringsarbejde, som betyder at sygehuse og afdelinger har tilgængelig information om udvikling og resultater.

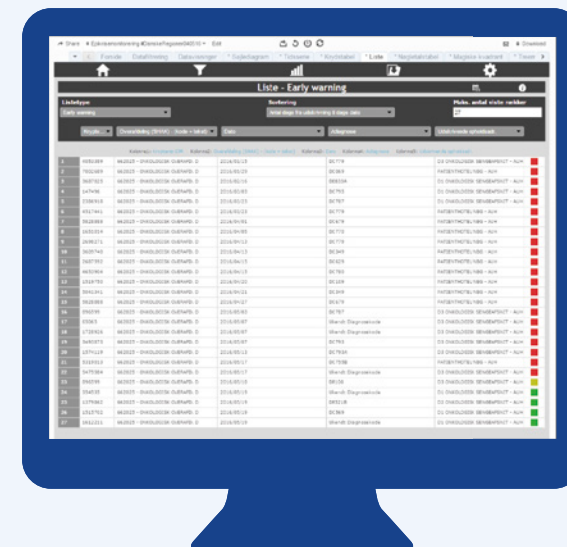
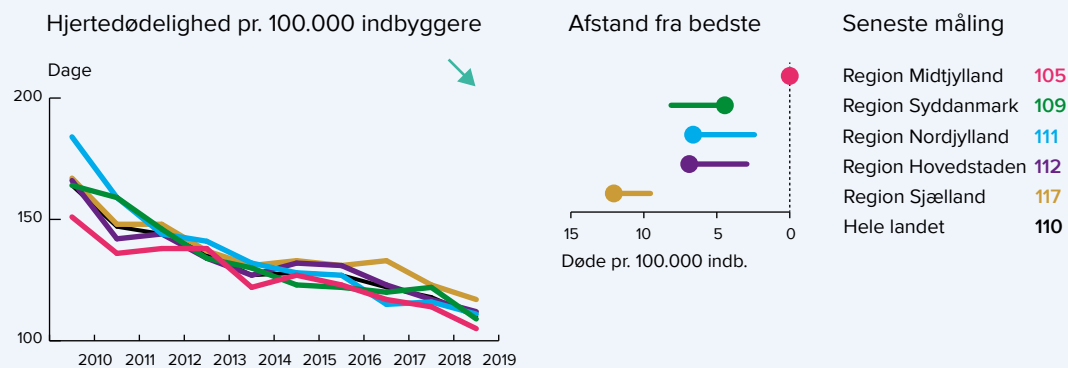
En vigtig del af dette er ledelsesinformation, som hospitalerne og afdelingerne kan handle på. Her har særligt overholdelse af patientrettigheder og kræftpakker været i fokus, eksempelvis med monitorering, "early warning" systemer mv.

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. Regionerne har oversat de nationale mål til KPI'er, som understøtter kvalitetsudvikling lokalt og centralt i regionerne. Data anvendes også i de årlige budgetaftaler og den løbende politiske prioritering til at følge udviklingen, afdække forbedringspotentialer og sikre en kontinuerlig udvikling af behandlingen.

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.

FAKTA

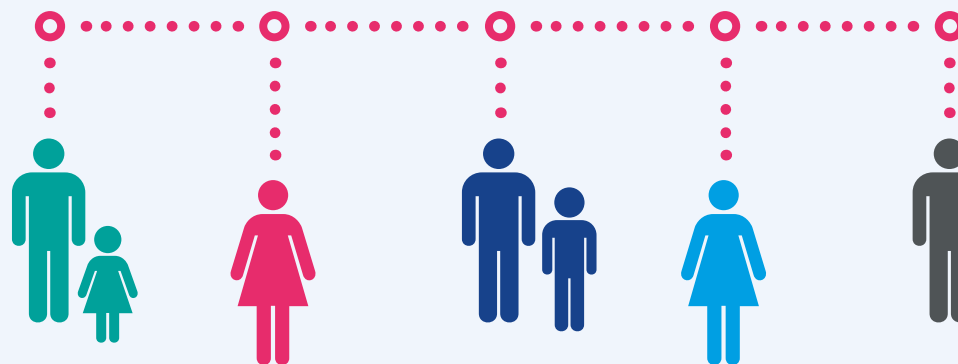
Alle kvalitetsindikatorerne følges tværregionalt efter dette KPI-koncept



KOMMUNERNE ARBEJDER MED DE NATIONALE MÅL

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.

Kommunerne og KL arbejder aktuelt på at anvende data om borgernes sundhed og behandling mere systematisk. 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. Ligeledes er KL i gang med at etablere en fælleskommunal gateway, som skal understøtte deling af sundhedsdata såvel mellem kommunerne, men også til andre aktører. Som en vigtig del af dette arbejde er KL i gang med et forarbejde som skal resultere i et oplæg til, hvordan kommunerne og KL bedst tilgår kvalitetsmonitorering på rehabiliteringsområdet. KL og staten er i dialog om at give kommunerne bedre adgang til sundhedsdata, bl.a. indikatorer baseret på de nationale mål.



sum.dk · regioner.dk · kl.dk