

BESLUTNINGER

FAGLIG SUNDHEDSKLYNGE BYEN

MØDETIDSPUNKT

18-12-2023 kl. 14-16

MØDESTED

Bispebjerg Hospital, Nielsine Nielsens Vej 6A, opgang 11A, 1. sal, mødelokale 113

MEDLEMMER

Per Bennetsen, Adm. direktør, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Sine Mutanu Jungersted, Centerchef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Stine Mieth-Waldorff, Afdelingsleder, Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns Kommune

Signe Grauslund, Områdechef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune
Afbud

Katrine Ring, Direktør, Socialforvaltningen, Københavns Kommune **Afbud**

Britt Bergstedt, Borgercenterchef, Socialforvaltningen, Københavns Kommune

Winnie Brandt, Chefkonsulent, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Nicolai Kjems, Sundheds- og Omsorgschef, Frederiksberg Kommune

Louise Basse Friediger, Leder for tværsektorielt samarbejde, Frederiksberg Kommune

Heidi Næsted Stuhaug, Leder af hjemmepleje og hjemmesygepleje, Frederiksberg Kommune

Chilli Fredslund, Politisk konsulent, Frederiksberg Kommune

Morten Holm, praktiserende læge, PLO-H repræsentant

Torben Larsen, praktiserende læge, PLO-H repræsentant

Markus Hahn, Chefkonsulent, PLO-H-sekretariatet **Afbud**

Vibeke Hlin Vestereng, Hospitalspraksiskonsulent, KAP-H

Marianne Karstensen, Patientinddragelsesudvalget

Otto Herskind Jørgensen, Bruger- og pårørenderepræsentant

Tommy Brock, Bruger- og pårørenderepræsentant **Afbud**

BESLUTNINGER

Kristian Antonsen, Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital **Afbud**

Sille Arildsen, Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Helen Bernt Andersen, Konstitueret vicedirektør, Rigshospitalet

Irene Harboe Brandt, Enhedschef, Rigshospitalet

Hallur Thorsteinsson, Centerchef, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri **Afbud** (Nina Staal, cheflæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri deltog som stedfortræder under punkt 3)

Berit Juhl Schau, Enhedschef, Region Hovedstadens Akutberedskab **Afbud**

Sekretariat

Melissa Holmes, Københavns Kommune

Ada Printzlau, Københavns Kommune

Ann Marie Fenger Benwell, Københavns Kommune

Sandra Rahel Makonnen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (ref.)

GÆSTER

Katrine Schjønning, Folkesundhedschef i Københavns Kommune (Punkt 3)

Signe Louise Tholstrup Bertelsen, Afdelingsleder Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune (Punkt 4)

Anette Agerholm, Chefsygeplejerske, Lunge-og Infektionsmedicinsk Afdeling på Bispebjerg Frederiksberg Hospital (Punkt 4)

BESLUTNINGER

DAGSORDEN

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN
2. DRØFTELSE: SUNDHEDSKLYNGE BYENS FOKUS I 2024
3. ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSER VEDR. BØRN OG UNGE I MISTRIVSEL
4. ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSER VEDR. DEN SIDSTE TID
5. DRØFTELSE: PRINCIPPER FOR ANVENDELSE OG OPFØLGNING PÅ KLYNGEMIDLER
6. DRØFTELSE: PRINCIPPER FOR BRUGERINDDRAGELSE
7. ORIENTERING: BENCHMARKANALYSE VEDR. ÆLDRES INDLÆGGELSER PÅ MEDICINSKE AFDELINGER
8. BESLUTNING: MØDEPLAN FOR 2024
9. EVENTUELT

BESLUTNINGER

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

-

INDSTILLING

Det indstilles:

- At faglig sundhedsklynge Byen godkender dagsordenen som grundlag for mødets afvikling.

SAGSFREMSTILLING

Sille Arildsen byder velkommen på vegne af formandskabet.

REFERAT

Sille Arildsen bød velkommen til ny bruger- og pårørenderepræsentant Otto Herskind Jørgensen. Derudover er Tommy Brock også ny bruger- og pårørenderepræsentant, men havde afbud til mødet.

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte dagsordenen som grundlag for mødets afvikling.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

BILAG

-

BESLUTNINGER

2. DRØFTELSE: SUNDHEDSKLYNGE BYENS FOKUS I 2024

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge Byen drøftede på mødet den 28. november 2023 ønsker og behov i forhold til samarbejdet og fokus for 2024. Sagen forelægges Faglig sundhedsklynge Byen med henblik på af udarbejde årshjul for 2024 for sundhedsklyngens politiske og faglige niveau.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- at faglig sundhedsklynge Byen tager beslutninger vedr. Politisk sundhedsklynge Byens fokus 2024 til efterretning
- at faglig sundhedsklynge Byen drøfter ønsker til udvikling af det driftsnære samarbejde og fælles fokusområder på fagligt niveau.
- at faglig sundhedsklynge Byen godkender, at sekretariatet på baggrund af drøftelsen udarbejder årshjul for 2024 til godkendelse i formandskabet.

REFERAT

Sille Arildsen orienterede om den politiske sundhedsklynges beslutninger vedr. klyngens fokus i 2024.

Politisk sundhedsklynge har ikke vedtaget nye fokusområder og ønsker, at der i 2024 skal være fokus på at sikre implementering af de mange udviklingsindsatser, som løbende er blevet igangsat under klyngens fokusområder.

Politisk sundhedsklynge godkendte derudover, at faglig sundhedsklynge drøfter eksisterende samarbejde samt udbredelse af metoder og erfaringer fra igangværende projekter, herunder hvorvidt TværSam som metode kan anvendes i samarbejdet om andre kronikergrupper samt mulighederne for en strategisk indsats på baggrund de kommende erfaringerne med hjemmeindlæggelser.

Derudover var der et ønske om at sætte særlig fokus på den ældre skrøbelig patient i 2024.

Faglig sundhedsklynge drøftede politisk sundhedsklynges beslutninger.

Det blev foreslået, at der i forbindelse med drøftelsen af TværSam planlægges et oplæg om erfaringerne fra TværSam for diabetes patienter.

I den forbindelse blev det bemærket, at brugerperspektivet også skal belyses, når der erfaringer fra TværSam og hjemmeindlæggelser skal drøftes.

Som en del af fokusset på den ældre skrøbelig patient blev det foreslået at drøfte en fælles indsats for faldtruede ældre.

Medlemmerne havde følgende ønsker til drøftelser i faglig sundhedsklynge i 2024:

- Drøftelse af selvstændigt virksomhedsområde til sygeplejersker.
- Drøftelse af anvendelsen af IV-aftalen og herunder samarbejdet om kortarmspatienter.
- Drøftelse af behandling i hjemmet. Her blev det forstået at inddrage Videncenter for Specialiseret Hjemmebehandling på Rigshospitalet

BESLUTNINGER

- Status på indsatsen vedr. KOL telemedicin
- Opsamling på afprøvning af 72 timers behandlingsansvar på akut ambulante patienter i Ældremodtagelsen
- Drøftelse af samarbejdet om hjertesvigt patienter i den sidste tid med udgangspunkt i projektet CATCH, som har modtaget innovationsfondsmidler.

Faglig sundhedsklynge godkendte, at sekretariatet udarbejder årshjul for 2024 på baggrund af de fremlagte forslag.

Derudover var der et ønske fra brugerrepræsentanterne om at deltage i den politiske sundhedsklynges temamøde/workshop. Formandskabet vil undersøge mulighederne for dette.

SAGSFREMSTILLING

Politisk sundhedsklynge Byen drøftede på mødet den 28. november 2023 ønsker til fokus i 2024. Der var enighed om at fokus skal være på at sikre gennemførelse af de mange udviklingsindsatser, som løbende er blevet igangsat under klyngens fokusområder. Dette også set i lyset af, at klyngens aftalte indsatser fortsætter i 2024 med planlagte afrapporteringer til politisk klynge. Derudover videreføres modellen for fælles klyngemidler ikke i 2024, hvorfor klyngens indsatser skal afholdes indenfor den eksisterende ramme og de allerede tildelte klyngemidler. Der vil i 2024 derfor også i højere grad være fokus på optimering af eksisterende samarbejder samt udbredelse af metoder og gode erfaringer til andre relevante områder og patientgrupper.

Planlagte drøftelser i Politisk sundhedsklynge Byen

Sundhedsaftale 2024-2027 træder i kraft 1. januar og skal udfoldes og konkretiseres lokalt i sundhedsklyngerne. Samtidig forventes Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering i foråret 2024 at få betydning for det fremtidige samarbejde i sundhedsklyngerne. I den forbindelse er det besluttet at afholde et ekstra møde i 2024 i form af et temamøde eller en workshop. Mødet afholdes efter Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger er blevet politisk behandlet.

Planlagte afrapporteringer for igangværende indsatser til politisk sundhedsklynge

Der er planlagt afrapportering fra de igangsatte indsatser i løbet af 2024. Faglig sundhedsklynge vil forud for afrapportering til politisk sundhedsklynge få forelagt status på indsatserne og den forventede afrapportering.

Indsats	Status/Afrapportering til faglig klynge	Afrapportering til politisk klynge
Børn og unge i mistrivsel	December 2023	April 2024 og november 2024
Dosisdispensering	Marts 2024	April 2024
Indlæggelser fra plejehjem	Marts 2024	April 2024
Den sidste tid	December 2023	April 2024 og november 2024
Træning før/ i stedet for operation	Juni 2024 og september 2024	November 2024
Udsatte borgere somatiske sygdom, herunder indsatserne 'Samarbejde mellem	Juni 2024 og september 2024	November 2024

BESLUTNINGER

socialtandplejen og Flexklinikken' og 'Samarbejde om socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik og behov for abstinensbehandling'		
---	--	--

Politisk sundhedsklynge drøftede fødeområdet på mødet den 10. januar 2023. Der er nedsat en foreløbig arbejdsgruppe med repræsentation fra Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og Center for Sundhed i Region Hovedstaden. Arbejdsgruppen vil i løbet af 2024 give en status på, hvad der er blevet arbejdet med på området.

Eksisterende samarbejde samt udbredelse af metoder og erfaringer fra igangværende projekter

Politisk sundhedsklynge godkendte på mødet den 28. november 2023, at faglig sundhedsklynge drøfter eksisterende samarbejde samt udbredelse af metoder og erfaringer fra igangværende projekter. Der er gennem mange årtier samarbejde i Byen blevet afprøvet indsatser og metoder, hvor der kan være potentiale for udbredelse og opskalering.

Tværasektorielt samarbejde om borgere med kronisk sygdom som metode

Borgere med kronisk sygdom kan have komplekse behandlingsforløb med mange kontakter og forskellige møder på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Sektorerne varetager forskellige opgaver, men borgerne kan opleve manglende sammenhæng, og at deres forløb består af mange parallelle kontakter til forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Siden 2018 har repræsentanter fra almen praksis, kommune og hospital i sundhedsklynge Byen arbejdet tæt sammen om at styrke behandlingsudbytte for populationen af personer med kronisk sygdom indenfor sygdomsområderne type-2 diabetes og hjertesygdomme. I en ekstern evaluering af TværSam (tværasektorielt diabetes-netværk) anbefalede VIVE i 2022, at der arbejdes videre med TværSams resultater med henblik på at afdække mulighederne for udbredelse og videreudvikling.

Faglig sundhedsklynge Byen skal i løbet af 2024 drøfte og tage stilling til, om de opnåede erfaringer fra TværSam kan afprøves som metode til at skabe bedre sammenhæng i forløb for andre grupper af borgere med kroniske sygdomme.

Hjemmeindlæggelser

Hjemmeindlæggelse er et initiativ, som er under udvikling i indsatsen 'Indlæggelser fra plejehjem', og som der er gode erfaringer med i fx Region Midtjylland. Derudover arbejder Bispebjerg og Frederiksberg Hospital med en regional pilotafrøvning af hjemmeindlæggelser i Neurologien. Faglig sundhedsklynge Byen skal på baggrund af erfaringer fra de igangværende piloter, drøfte og tage stilling til mulighederne for en strategisk indsats ift. hjemmeindlæggelse.

Drøftelser og indsatser i Faglig sundhedsklynge Byen

Formandskabet foreslår, at Faglig sundhedsklynge Byen i 2024 også har fokus på det driftsnære samarbejde og udvikling af fælles fokusområder på fagligt niveau fx IV-aftalen, gode udskrivningsforløb og Aftale om 72 timers udvidet behandlingsansvar.

BESLUTNINGER

Derfor ønskes en drøftelse af medlemmernes ønsker til fokus og drøftelser på fagligt niveau i 2024.

BRUGERPERSEKTIVET

Formandskabet ønsker, at sundhedsklyngen i 2024 sætter fokus på at inddrage brugerperspektivet i både drøftelserne og klyngens indsatser jf. punkt 6 på dagsordenen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af faglig sundhedsklynges drøftelser udarbejder sekretariatet årshjul for 2024, som godkendes af formandskabet.

BILAG

-

BESLUTNINGER

3. ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSER VEDR. BØRN OG UNGE I MISTRIVSEL

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge Byen bestilte den 28. september 2022 en kortlægning af indsatser og tilbud i sektorerne for børn og unge i mistrivsel. På den baggrund udarbejdede Frederiksberg Kommune, Børne- og Ungdomspsykiatrien og Københavns kommune et overblik over eksisterende indsatser i relation til børn og unges trivsel. Oversigterne blev suppleret af et tværsektorielt udfordringsbillede, som dannede grundlag for, at Politisk sundhedsklynge Byen den 2. maj 2023 besluttede at igangsætte følgende initiativer:

1. Analyse af henvisninger og brugerrejser (0,75 mio. kr.)
2. Fælles kompetenceudvikling (1 mio. kr.)
3. Afdækning af opgavevaretagelsen mellem region og kommuner (0,25 mio. kr.)

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- at faglig sundhedsklynge Byen tager status til efterretning.

REFERAT

Folkesundhedschef Katrine Schjønning fra Københavns Kommune præsenterede status på indsatser vedr. Børn og unge i mistrivsel

Præsentationen blev taget til efterretning og udsendes med referat.

I forbindelse med indsatsen vedr. Analyse af henvisninger og brugerrejser blev det bemærket, at de praktiserende læger på Frederiksberg har gode erfaringer med en tidligere forsøgsordning, hvor de praktiserende læger kunne henvise børn og unge med mental mistrivsel direkte til PPR. Det blev foreslået, at erfaringerne inddrages i den videre proces.

SAGSFREMSTILLING

Repræsentanter for arbejdsgruppen, Hallur Gilstón Thorsteinsson Centerchef i Region Hovedstadens Psykiatri og Katrine Schjønning, Folkesundhedschef i Københavns Kommune, vil på mødet give en status på arbejdet med indsatserne under 'Børn og unge i mistrivsel'.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Det forventes, at der på mødet i politisk sundhedsklynge Byen den 24. april 2024 kan gives en status på initiativ 1 'Analyse af henvisninger og brugerrejser'.

Da gennemførelsen af initiativ 2 'Fælles kompetenceudvikling' og initiativ 3 'Afdækning af opgavevaretagelsen mellem region og kommuner' har en længere tidshorisont, forventes det, at der kan gives en status på disse initiativer på mødet i politisk sundhedsklynge Byen den 8. november 2024, sammen med arbejdsgruppens samlede anbefalinger til at styrke samarbejdet om børn og unge i mistrivsel.

BILAG:

-

BESLUTNINGER

4. ORIENTERING: STATUS PÅ INDSATSER VEDR. DEN SIDSTE TID

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge Byen udpegede på mødet den 28. september 2022 'Den sidste tid' som et af klyngens fokusområder.

Sagen har været drøftet i faglig sundhedsklynge Byen og en tværsektoriel arbejdsgruppe med deltagere fra Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune, almen praksis, Rigshospitalet, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, som har igangsat arbejdet med følgende indsatser. Indsatserne blev godkendt af Politisk Sundhedsklynge den 2. maj 2023.

1. Organisering og samarbejdsstrukturer
2. Fælles kompetenceudvikling
3. Kommunikation og dokumentation på tværs af sektorer

Der er afsat 2,7 mio. kr. til indsatserne, heraf 2,2 mio. kr. til udviklings- og afprøvningsperioden inkl. projektledelse, frikøb af aktører i både kommuner og på hospitalet, kompetenceudvikling mm. Der er afsat 0,5 mio. kr. til etablering af kompetenceudviklingskonceptet.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- at faglig sundhedsklynge Byen tager status til efterretning.

REFERAT

Chefsygeplejerske Anette Agerholm fra Lunge-og Infektionsmedicinsk Afdeling på Bispebjerg Frederiksberg Hospital og afdelingsleder Signe Louise Tholstrup Bertelsen fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune præsenterede status indsatser vedr. Den sidste tid.

Præsentationen blev taget til efterretning og udsendes med referat.

Det blev drøftet, hvordan erfaringer fra indsatsen kan udbredes til andre patientgrupper.

Chefsygeplejerske Anette Agerholm bemærkede i den forbindelse, at der har været en indledende i dialog med HjerTEafdelingen på Bispebjerg Frederiksberg Hospital i forhold til en lignende indsats for hjertesvigtspatienter (CATCH-projektet jf. punkt 2).

Det blev godkendt, at indsatsen afgiver en foreløbig status til politisk klynge i april 2024 og laver en afsluttende afrapportering til politisk klynge i november 2024.

SAGSFREMSTILLING

Chefsygeplejerske Anette Agerholm, Lunge-og Infektionsmedicinsk Afdeling på Bispebjerg Frederiksberg Hospital og afdelingsleder Signe Louise Tholstrup Bertelsen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune vil på mødet give en status på arbejdet med indsatserne under 'Den sidste tid'.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Det forventes, at der på mødet i politisk sundhedsklynge Byen den 26. april 2024 kan gives en status på indsatserne. Gruppen vil give endelig afrapportering til politisk sundhedsklynge Byen på mødet den 8. november 2024

BILAG:

-

BESLUTNINGER

5. DRØFTELSE: PRINCIPPER FOR ANVENDELSE OG OPFØLGNING PÅ KLYNGEMIDLER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Med indgåelse af den nationale 'Aftale om nærhed og sammenhæng (sundhedsklynger)' mellem Regeringen, KL og Danske Regioner i juni 2021, blev der afsat 80 mio. kr. i centrale midler i hhv. 2022 og 2023 til sundhedsklyngerne. Der er ikke afsat midler fra 2024 og frem. Midlerne skal anvendes til udviklingsinitiativer og ikke sekretariatsbetjening eller drift.

Midlerne er fordelt mellem sundhedsklyngerne på baggrund af befolkningstallet. Sundhedsklynge Byens andel udgør 6,2 mio. kr. årligt i 2022 og 2023, dvs. samlet i alt ca. 12,4 mio. kr. Heraf er udmøntet ca. 6,2 mio. kr. til kommunerne og ca. 6,2 mio. kr. til regionen via bloktilskuddet:

PARTER	BELØB
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (inkl. Rigshospitalet, Region Hovedstadens Psykiatri og Region Hovedstadens Akutberedskab)	6.151.878
Københavns Kommune	4.859.348
Frederiksberg Kommune	1.409.286
I alt	12.420.512

Faglig sundhedsklynge Byen skal drøfte principper for fordeling, budgettering og opfølgning på klyngemidlerne.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- **at** faglig sundhedsklynge Byen drøfter principper for anvendelse, økonomistyring og opfølgning på klyngemidlerne.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede principper for fordeling, budgettering og opfølgning på klyngemidlerne.

Der var enighed om, at klyngemidlerne skal forvaltes med mindst muligt bureaukrati.

Det blev bemærket, at arbejdsgrupperne og tovholderne skal understøttes i egen organisation i at varetage opgaven med opfølgning på udgiftsbudgetterne.

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte principperne for anvendelse og opfølgning på klyngemidler.

SAGSFREMSTILLING

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte den 28. september 2022 overførsel af klyngemidlerne fra 2022 til 2023. Via skriftlig votering i april 2023 besluttede den politisk sundhedsklynge følgende fordeling af de 12,4 mio. kr. på klyngens fokusområder:

BESLUTNINGER

- Børn og unges mentale trivsel: 2 mio. kr.
- Ældre patienter og den sidste tid: 6 mio. kr.
- Træning før/i stedet for operation: 1,4 mio. kr.
- Udsatte borgeres somatiske sygdom: 2 mio. kr.
- Reserverede midler til kommende fokusområder: 1,0 mio. kr.

Der er ingen krav til, hvordan de enkelte sundhedsklynger følger op på anvendelsen af sundhedsklyngemidlerne, ligesom der ikke er krav om afrapportering til nationalt plan.

KL og Danske Regioner har med inddragelse af Sundhedsministeriet udarbejdet en guide, som inspiration til, hvordan kommuner og regioner i fællesskab kan følge op på iværksatte projekter/indsatser og anvendelsen af de fælles midler i sundhedsklyngen (bilag 1). Guiden anbefaler at sundhedsklyngerne udarbejder budget og regnskab for at sikre overblik over anvendelsen af de fælles midler, herunder økonomien for den udførende- og de betalende part(er).

Under sundhedsklyngens fokusområder er der nedsat arbejdsgrupper, som har udarbejdet forslag til indsatser og den overordnede anvendelse og fordeling af midlerne, som løbende er godkendt på møder i sundhedsklyngen. For at sikre et samlet overblik over anvendelsen af klyngemidlerne har sekretariatet i efteråret bedt arbejdsgrupperne om at udarbejde et udgiftsbudget og et estimat på, hvor stor en del af de afsatte klyngemidler, arbejdsgruppen forventer at nå at anvende i 2023. På den baggrund blev Politisk sundhedsklynge Byen på mødet den 28. november 2023 orienteret om, at ca. 10 mio. kr. skal overføres til 2024. De enkelte parter er selv ansvarlige for at sørge for at overføre midlerne.

Generelle principper for fordeling, budgettering og opfølgning

Sundhedsministeriet har på overordnet niveau beskrevet kriterier for udmøntning og anvendelse af klyngemidlerne i notatet "Sundhedsklyngeøkonomi for 2023". I regi af formandskabet for Tværsektoriel Strategisk Styregruppe er der udarbejdet et inspirationsnotat med forslag til, hvordan sundhedsklyngerne internt kan budgettere og følge op på økonomien.

På baggrund af inspirationsguiden fra KL og Danske Regioner samt inspirationsnotatet fra TSS foreslår sekretariatet for sundhedsklynge Byen følgende grundlæggende principper for klyngen som er baseret på Sundhedsministeriets kriterier for udmøntning og anvendelse af klyngemidlerne:

1. Klyngen råder over en samlet økonomi bestående af de midler, som de deltagende kommuner og de(t) deltagende hospital(er), herunder psykiatrien, har fået tildelt.
2. Klyngen beslutter i fællesskab, hvilke indsatser, der skal igangsættes. Udgangspunktet er, at der er tale om udviklingsinitiativer.
3. Udviklingsinitiativer finansieres af de fælles klyngemidler. Som udgangspunkt finansierer den regionale side 50 % og kommunerne finansierer samlet 50 % ud fra deres relative befolkningsandel.
4. For hvert udviklingsinitiativer besluttet, hvem der skal være udførende part(er).
5. Tovholderen for hver arbejdsgruppe er ansvarlig for at sikre, at arbejdsgruppen i fællesskab laver et udgiftsbudget for deres fokusområde/indsatser. Udgiftsbudgettet godkendes i arbejdsgruppen, som selv sørger for relevant godkendelse hos egen part. De samlede udgiftsbudgetter sendes herefter til sekretariatet, som står for den efterfølgende godkendelse i formandskabet.

BESLUTNINGER

6. Summen af de forventede udgifter til de besluttede udviklingsinitiativer/projekter kan ikke overstige den samlede finansiering til klyngen, med mindre alle parter er enige om en ekstra medfinansiering efter samme finansieringsnøgle, der ligger til grund for sundhedsklyngens økonomi.

7. Sekretariatet står for at holde det samlede overblik over sundhedsklyngens initiativer og udgifter. For at sikre det samlede overblik skal arbejdsgrupperne kvartalsvist sende en opdateret budgetoversigt til sekretariatet. Tovholderen for arbejdsgruppen er ansvarlig for at sikre dette. Ved markante afvigelser i den enkelte arbejdsgruppe skal tovholderen hurtigst muligt indmelde det til sekretariatet.

8. Når et projekt/initiativ er afsluttet, opgøres de faktiske udgifter til det pågældende projekt/initiativ af den enkelte arbejdsgruppe. Ved årets afslutning laves en samlet opgørelse over alle afsluttede projekter. Opgørelsen skal vise, hvad de udførende parter skal modtage og hvad de ikke-udførende parter skal betale. På baggrund af denne opgørelse fakturerer de modtagende parter de betalende parter i det pågældende regnskabsår.

9. Projekter, der ikke er afsluttet ved årsskiftet, kan fortsætte hen over årsskiftet og finansieres af overførte midler jf. princip 10.

10. Hvis ikke alle midler i projektet er forbrugt ved årets afslutning, skal klyngen beslutte om de skal overføres til initiativer i året efter. Udgangspunktet er, at de afsatte midler skal anvendes indenfor det afsatte år og overførsel kun bør ske undtagelsesvist. De overførte midler kan finansiere nye projekter eller projekter, der strækker sig hen over et årsskifte. De deltagende parter er selv ansvarlig for at søge midlerne overført. De afsatte midler fra 2022 og 2023, hvor der er sket overførsel, skal anvendes i 2023-2024 og vil som udgangspunkt ikke blive overført til 2025.

For at undgå unødigt bureaukrati og intern fakturering imellem parterne foreslår sekretariatet følgende supplerende retningslinjer:

11. Udgifter til frikøb af egne medarbejdere til aktiviteter, der alene understøtter egen organisation – såsom kompetenceudvikling af egne medarbejdere, implementering i egen organisation mm. - afholdes af de enkelte parter, der får gavn heraf, inden for partens tildelte klyngemidler. Da de regionale klyngemidler er udmøntet til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, afholder Bispebjerg og Frederiksberg Hospital udgifter for de regionale parter i henhold til de godkendte udgiftsbudgetter.

12. Udgifter til tværgående aktiviteter og indsatser, som fx tværsektoriel kortlægning, udarbejdelse af fælles materiale etc., afholdes som udgangspunkt primært af de parter, der har modtaget flest klyngemidler.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

BILAG:

1. Guide til opfølgning på sundhedsklynger – KL og DR

BESLUTNINGER

6. DRØFTELSE: PRINCIPPER FOR BRUGERINDDRAGELSE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I sundhedsklyngerne er brugerne med i det faglige og strategiske arbejde for at styrke udvikling af sundhedsvæsenet gennem patient- og pårørendeperspektiver. Erfaringer har vist, at brugerinddragelse skaber bedre behandlingsresultater og større tilfredshed hos patienter og deres pårørende. I Region Hovedstaden er det aftalt, at der i hver klynge deltager 1 repræsentant fra patientinddragelsesudvalget og 2 lokalt udpegede bruger- og pårørenderepræsentanter.

Det fremgår af Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.), som trådte i kraft 1. juli 2022, at sundhedsklyngernes faglige niveau består af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for patienter og pårørende.

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede forslag til styrket inddragelse af bruger- og pårørendeperspektivet på mødet den 14. juni 2023. På den baggrund forelægger faglig sundhedsklynge Byen forslag til principper for brugerinddragelse i sundhedsklyngen. Principperne bygger bl.a. på beslutningen om metodefrihed ift., hvordan brugerperspektivet inddrages i udvikling af indsatser.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- **at** faglig sundhedsklynge Byen drøfter forslag til principper for brugerinddragelse i Sundhedsklynge Byen.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede forslag til principper for brugerinddragelse.

Det blev bemærket, at brugerperspektivet er hele klyngens ansvar.

Brugerperspektivet er allerede indtænkt i mange af klyngens indsatser, men kan synliggøres endnu mere i sagsfremstillingerne og præsentationerne.

Marianne Karstensen foreslog, at principperne suppleres af et princip om årlig evaluering af outputtet af brugerperspektivet.

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte principperne med tilføjelse af et princip om evaluering af outputtet af brugerperspektivet.

SAGSFREMSTILLING

Faglig sundhedsklynge Byen har der siden september 2023 ikke haft nogen lokalt udpegede brugerrepræsentanter. I oktober og november 2023 har sekretariatet derfor været i proces med at rekruttere to lokalt udpegede bruger- og pårørenderepræsentanter. I en rekrutteringsproces er der udviklet et stillingsopslag og informationsmateriale. Stillingsopslaget er delt i de bydækkende

BESLUTNINGER

enheder, på afdelingerne på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og i lokale (København og Frederiksberg) afdelinger af patientforeninger med frist den 10. december 2023. Pr. 11. december 2023 er sekretariatet i proces med 2 kandidater til pladserne som brugerrepræsentanter.

På møde i faglig sundhedsklynge Byen den 14. juni 2023, var der enighed om, at der skal være metodefrihed ift. hvordan brugerperspektivet inddrages i udvikling af indsatser. I nogle tilfælde kan arbejdsgruppen konsultere fx brugerpaneler eller brugerorganisationer. I andre tilfælde kan klyngens egne brugerrepræsentanter eller ad hoc udpeget brugerrepræsentanter inddrages mere direkte i arbejdsgruppernes arbejde. Det er desuden vigtigt, at indsatserne evalueres ift. om formålet for brugerne er opnået.

I afviklingen af møderne i faglig sundhedsklynge skal der gives plads til, at brugerperspektivet kommer frem fx ved at give tid til refleksion efter sagen er præsenteret. Fremover skal det fremgå af mødematerialet, hvorledes brugerperspektivet er anvendt i processen op til, at sagen er sat på dagsordenen samt hvilken betydning en indsats vil have for brugerne.

På den baggrund har sekretariatet udarbejdet forslag til principper for brugerinddragelse i sundhedsklynge Byen (se *bilag 1*).

Principper for brugerinddragelse

I faglig Sundhedsklynge Byen vil vi sikre, at brugerrepræsentanterne har de bedste forudsætninger for at bidrage konstruktivt i klyngesamarbejdet. Derfor bygger principperne for brugerinddragelse i Sundhedsklynge Byen på retningslinjer for rekruttering, gensidig forventningsafstemning, introduktion til klyngesamarbejdet samt dialog og kommunikation mellem alle parter.

For at skabe de bedste betingelser for, at brugerrepræsentanterne kan indgå i et ligeværdigt samarbejde med de øvrige parter i klyngen, har klyngesekretariatet udarbejdet principper, som skal danne rammerne for rekruttering af og løbende dialog og opfølgning med brugerrepræsentanterne. Principperne bygger på følgende:

1. Grundig introduktion til rollen som brugerrepræsentant
2. Gensidig dialog og informationsudveksling før og efter møderne.
3. Brugerperspektivet fremgår tydeligt, brugerrepræsentanterne inddrages og brugerperspektivet fastholdes i arbejdet.
4. Løbende opsamling med brugerrepræsentanterne ift. deres oplevelser af samarbejdet, herunder understøttelse af, at brugerrepræsentanternes erfaringer omdannes til relevant input.
5. Sparring og evaluering med brugerrepræsentanterne for at justere og forbedre proces og vilkår herunder planlægning, logistik og praktiske forhold.

Udover principperne har sekretariatet udarbejdet et årshjul for brugerrepræsentanternes opgaver, en samlet oversigt over møder og aktiviteter samt en informationsfolder, som kan give brugerrepræsentanterne et overblik over opgavens omfang.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af drøftelsen i faglig sundhedsklynge vil sekretariatet justere principper for brugerinddragelse i sundhedsklynge Byen.

BILAG:

1. Principper for brugerinddragelse i sundhedsklynge Byen

BESLUTNINGER

7. ORIENTERING: BENCHMARKANALYSE VEDR. ÆLDRES INDLÆGGELSER PÅ MEDICINSKE AFDELINGER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udarbejdet benchmarkrapporten "Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger" for at tilvejebringe viden om de ældre (+65 år) borgeres indlæggelser og blandt andet undersøge sammenhænge mellem antal indlæggelsesdage og kommunale og regionale forhold, som fx kapacitet og organisering.

Rapporten blev drøftet i Tværsektoriel strategisk styregruppe den 3. november 2023, hvor der var enighed om, at rapportens resultater kan tænkes ind i sundhedsklyngernes arbejde med ældres ind- og genindlæggelser.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- **at** faglig sundhedsklynge Byen tager orientering om Benchmarkanalyse vedr. ældres indlæggelser på medicinske afdelinger til efterretning.

REFERAT

Sille Arildsen orienterede om, at sundhedsklyngens datagruppen har holdt første møde om Benchmarkanalyse vedr. ældres indlæggelser på medicinske afdelinger. Gruppen har i første omgang drøftet hvad rapporten viser og mulige forklaringer på de nationale forskelle.

Datagruppens anbefaling vil blive forelagt faglig sundhedsklynge på mødet den 11. marts 2024 med henblik på en drøftelse af rapportens resultater og evt. videre proces i klynge Byen.

Det blev aftalt at supplere drøftelsen med data om den patientoplevede kvalitet, som ikke belyses i rapporten.

SAGSFREMSTILLING

Indenrigs- og Sundhedsministeriets benchmarkingenhed offentliggjorde ultimo februar 2023 rapporten "Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger"

Analysen belyser udviklingen i antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på medicinske afdelinger fra 2008 til 2021. I analysen undersøges også en række simple årsagssammenhænge i forbindelse med udviklingen i antallet af indlæggelsesdage, herunder betydningen af primærsektor

Se 'Ledelsesresume' og 'Sundhedsklyngespecifikke nøgletal' i bilag 1 og 2.

Hovedrapporten kan findes på følgende link: <https://benchmark.dk/analyser/aeldre-og-sundhed/aeldres-indlaeggelser-paa-medicinske-afdelinger>

Videre drøftelse i Faglig sundhedsklynge Byen

Formandskabet har på baggrund af drøftelsen i TSS bedt Sundhedsklynge Byens dataarbejdsgruppe om at se på rapporten og komme med bud på evt. yderligere data og analyser, der kan være relevante at arbejde videre med i den faglig sundhedsklynge.

BESLUTNINGER

BRUGERPERSEKTIVET

Det bemærkes, at rapporten ikke belyser patienternes oplevelser af antallet af indlæggelsesdage eller forskelle i den patientoplevede kvalitet før, under eller efter medicinsk indlæggelse.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedsklynge Byens datagruppe mødes i december for at drøfte rapporten. Datagruppens anbefaling vil blive forelagt faglig sundhedsklynge marts 2024 med henblik på en drøftelse af rapportens resultater og evt. videre proces i klynge Byen.

BILAG

1. Ledelsesresumé: 'Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger'
2. Sundhedsklyngespecifikke nøgletal

BESLUTNINGER

8. BESLUTNING: MØDEPLAN FOR 2024

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Faglig sundhedsklynge Byen skal jf. bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg mødes min. 4 gange årligt. Mødeplanen fastsættes for et år, og møder indkaldes i kalenderen for et år ad gangen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- **at** faglig sundhedsklynge Byen godkender mødeplan for 2024

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte mødeplan for 2024.

SAGSFREMSTILLING

Sekretariatet foreslår følgende mødedatoer for faglig sundhedsklynge Byen:

- Mandag den 11. marts 2024 kl. 14.00-16.00
- Mandag den 17. juni 2024 kl. 14.00-16.00
- Fredag den 20. september 2024 kl. 13.00-15.00
- Onsdag den 11. december 2024 kl. 14.00-16.00

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sekretariatet indkalder til møder i 2024

BILAG:

-

BESLUTNINGER

9. EVENTUELT

- Det var et ønske fra brugerrepræsentanterne om bedre ordforklaring i sagsfremstillingerne og oplæggene i faglig sundhedsklynge.
- Otto Herskind Jørgensen opfordrede til, at klyngen havde fokus på data, og en nysgerrighed på hvad de viser fremfor bortforklaring. Formandskabet bemærkede, at klyngen netop har et ønske om at være datadrevet og dele data.
- Irene Brandt orienterede om forbedringsindsatsen 'Styrket sammenhæng på kræftområdet' som er en del af Det nationale ledelsesprogram.
- Sille Arildsen gav status på afprøvning af 72 timers udvidet behandlingsansvar for akut ambulante patienter i Ældremodtagelsen.
Siden 1. november har der været to opkald ud af i alt 103 patienter som har været inkluderet i afprøvningen fra Ældremodtagelsen. Det ene opkald omhandlede vejledning ift. håndtering af natlig dyspnø. Det andet opkald omhandlede et ordineret lægemiddel, som var i restordre.

Kommunerne bemærkede, at der er en udfordring ift. at opdage de borgere, der er omfattet af afprøvningen i hjemmesygeplejen pga. opsætningen i CURA. Det blev foreslået at forlænge afprøvningsperioden til udgangen af 1. kvartal for at sikre, at der opnås tilstrækkelig erfaring med ordningen. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital vil undersøge muligheden.

Guide til opfølgning på sundhedsklynger

Formålet med guiden er at tjene som inspiration til, hvordan kommuner og regioner i fællesskab kan følge op på iværksatte projekter/indsatser og anvendelsen af de fælles midler i sundhedsklyngerne. Guiden er til inspiration i klyngerne.

Opfølgning på indsats eller projekt i en sundhedsklynge

Sundhedsklyngerne skal understøtte udvikling og nytænkning med fokus på forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen gennem afprøvning af lokalt forankrede indsatser og projekter.

Det er vigtigt, at gode erfaringer og resultater for de afprøvede indsatser deles på tværs af klynger og også danner grundlag for udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen på både regions- og landsplan.

Medformænd i de enkelte klynger har en fast plads i Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU). De har derfor en rolle i at sikre denne vidensdeling på tværs af regionen, samt til det nationale niveau.

Evalueringer af virksomme projekter og indsatser bør afrapporteres til sundhedssamarbejdsudvalget, som på denne baggrund drøfter, hvorvidt den konkrete indsats kan udbredes til andre klynger.

Relevante spørgsmål, når et projekt afsluttes, er f.eks.:

- Hvilken udfordring adresseres?
- Hvad er succeskriterierne?
- Hvordan måles succeskriterier/resultater af indsatsen?
- Hvornår måles resultaterne?
- Hvem er ansvarlig for opfølgningen (region eller kommune)?

Sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene kan derudover udvikle evalueringsguiden med yderligere spørgsmål eller specificeringer, som de finder det relevant for deres lokale evalueringsindsats.

Håndtering af budget- og regnskab i sundhedsklyngerne

I sammenhæng med evaluering af en indsats eller et projekt anbefales det, at sundhedsklyngerne lokalt udarbejder et sundhedsklyngebudget og -regnskab med henblik på følgende:

- At have overblik over sundhedsklyngens indsatser, herunder økonomien for den udførende- og de betalende part(er).
- At have overblik med sundhedsklyngens forbrug i forhold til de fælles midler.

Inden sundhedsklyngen igangsætter en indsats, bør der udarbejdes en opgørelse over det forventede forbrug på indsatsen/projektet. Opgørelsen kan

tage udgangspunkt i prognose for dem/de aktiviteter, som sundhedsklyngen forventer at gennemføre for de fælles midler.

Opgørelsen kan eksempelvis beregnes ud fra løndata eller på baggrund af en aftalt timesats. Der er ikke krav til hvilken timetakst der anvendes, så længe der er enighed i klyngen.

Konteringspraksis i kommunerne og regionerne

Udgangspunktet er, at der alene skal følges op på klyngeøkonomien via et overblik over anvendelsen af midlerne i klyngerne. Opgaveløsningen - uanset om den varetages i kommunalt eller regionalt regi finansieres af kommunernes og regionens egen andel af de fælles midler.

I regnskabsmæssige forstand kan aktørerne i sundhedsklynge opdeles i den udførende kommune(r)/region og den/de betalende kommuner og region.¹ Nedenstående skitserer anbefalinger til konteringspraksis.

Ubrugte sundhedsklyngemidler fra 2022 kan videreføres til 2023, såfremt kommuner og region sikrer et tilsvarende råderum for afløbet inde for det samlede kommunale/regionale udgiftsloft for 2023. Sundhedsklyngens parter skal koordinere, at der skabes plads de enkelte medlemmers servicerramme.

Anbefalinger til konteringspraksis

Udførende kommune(r) eller region

Den/de udførende kommune(r) eller region i sundhedsklyngen konterer indtægten og udgiften til opgaven/initiativet på den relevante funktion og gruppering i det kommunale/regionale budget- og regnskabssystem.

Betalende kommune(r) eller region

De øvrige kommuner og region i sundhedsklyngen foretager en mellemkommunal eller -regional afregning til den/de udførende kommune(r)/region. Udgiften på den relevante funktion og gruppering i budget- og regnskabssystemet.

Eksempel

En kommune afprøver varetagelsen af en opgave til 3 mio. kr. inden for sundhedsfremme og forebyggelse på vegne af sundhedsklyngen.

Kommunen konterer egen andel og sundhedsklyngens øvrige parter andel af de 3. mio. kr., som overføres til kommunen (indtægten), og udgiften til det konkrete initiativ på funktion 4.62.88 Sundhedsfremme og forebyggelse.

Således balancerer indtægten og udgiften i forhold til servicerrammen (ekskl. kommunens egen andel af udgiften) for den udførende kommune. Tilsvarende

¹ Se budget- og regnskabssystemet her:

Kommunerne: <https://budregn.im.dk/Media/637611586764660623/3.4.pdf>

Regionerne: <https://budregn.im.dk/media/14562/31.pdf>

konterer de øvrige medlemmer af klyngen deres andel af udgiften til initiativet på funktion 4.62.88 som mellemkommunal og -regional afregning.

Det generelle tilskud af fælles midler vil være identisk med de afholdte udgifter for den enkelte kommune eller region.

Illustration af pengestrømme i en sundhedsklynge (mio. kr.)

Nr.	1	2	3
Aktør	Udførende kommune	Betalende kommune	Betalende region
Indtægt	2,0	0,0	0,0
Udgift	3,0	1,0	1,0
Udgifter i alt	3,0	1,0	1,0
Nettoramme-påvirkning	1,0	1,0	1,0

Note: Eksemplet antager, at sundhedsklyngen udgøres af 3 medlemmer. Kommune 1 varetager sundhedsklyngens initiativ, som samlet koster 3 mio. kr.



Brugerinddragelse i Sundhedsklynge Byen

Principper for brugerinddragelse i Sundhedsklynge Byen, inkl. tjekliste til brug ved rekruttering og kommunikation

Principper for brugerinddragelse

Sundhedsklyngerne har til opgave at styrke forebyggelsen af sygdomme, øge kvaliteten af sundhedstilbuddene og bidrage til omstilling til det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsklyngernes tre sundhedsfaglige parter, hospitaler, almen praksis og kommuner skal i samarbejde med brugerrepræsentanter (patienter og pårørende) arbejde for at løse disse opgaver. Brugerrepræsentanternes opgave er at bringe brugernes perspektiver og behov ind i arbejdet med at styrke sammenhæng og bedre forløb for patienterne i deres undersøgelser, behandling og rehabilitering.

Sundhedsklyngerne har metodefrihed til at arbejde med lokale problemstillinger og løsninger. Det kan være ift. hvordan brugerperspektivet inddrages i udvikling af indsatser og ift. det løbende arbejde med rekruttering af og dialog og opfølgning med brugerrepræsentanterne. For at skabe de bedste betingelser for, at brugerrepræsentanterne kan indgå i et ligeværdigt samarbejde med de øvrige parter i klyngen, har klyngesekretariatet udarbejdet principper, som skal danne rammerne for arbejde og samarbejde.

Principperne bygger på følgende kriterier:

1. Grundig introduktion til rollen som brugerrepræsentant.
2. Gensidig dialog og informationsudveksling før og efter møderne.
3. Brugerperspektivet fremgår tydeligt, brugerrepræsentanterne inddrages og brugerperspektivet fastholdes i arbejdet.
4. Løbende opsamling med brugerrepræsentanterne ift. deres oplevelser af samarbejdet, herunder understøttelse af, at brugerrepræsentanternes erfaringer omdannes til relevant input.
5. Sparring og evaluering med brugerrepræsentanterne for at justere og forbedre proces og vilkår herunder planlægning, logistik og praktiske forhold.

Rammer for inddragelse af brugerrepræsentanter

Med afsæt i disse principper har klyngesekretariatet udarbejdet rammer for inddragelse af brugerrepræsentanterne. Klyngesekretariatets opgaver er opdelt i klyngesekretariatets planlægning og forarbejde, opgaver før og efter klyngemøderne, opgaver i forbindelse med arbejdsgrupper samt evaluering af proces og vilkår.

**Klyngesekretariatets opgaver ift. planlægning og forarbejde**

- Plan for rekruttering, inklusive fastlæggelse af sammensætningen af brugerrepræsentanter med konkrete erfaringer fra sundhedsvæsenet, der taler ind i sundhedsklyngens fokusområder.
- Sikre et rul for rekruttering af brugerrepræsentanter med overvejelse om suppleanter for at sikre kontinuitet. Der tages højde for at løfte populationsansvaret, dvs. at der tages hensyn til klyngeområdets befolkningsmæssige sammensætning med hensyn til livsstil og sygdomsbillede.
- Skabelon til stillingsopslag og ansøgningsskema for brugerrepræsentanter.
- Oversigt over tidligere og nuværende brugerrepræsentanter for eventuel erfaringsudveksling.
- Årshjul over møder og aktiviteter så brugerrepræsentanter er forberedte på mødedatoer og opgaver.
- Uddeling, udvikling og opdatering af informationsmateriale (bl.a. Regionens e-læring "Bliv en god brugerrepræsentant").
- Evaluering af sundhedsklyngens egne erfaringer før ny rekruttering af brugerrepræsentanter.

Klyngesekretariatets opgaver ift. brugerrepræsentanterne***Før klyngemødet******Introduktion:***

- Afholde introduktionsmøder med informations- og oplæringsmateriale og løbende forventningsafstemme.
- Sikre at brugerrepræsentanter er godt informerede om sundhedsklynger generelt. Herunder at de kender deres roller på lige fod med de øvrige deltagere, kender til formandskabet, og er vidende om klyngens deltagersammensætning (region, kommune, praktiserende læger og brugerrepræsentanter samt sekretariatet).
- Sørge for at brugerrepræsentanter kender opgavens omfang mht. klyngemøder, formøder, netværksgrupper og eventuelt deltagelse i relevante arbejdsgrupper.
- Sikre god dialog, kommunikation og viden om kontaktinfo til klyngesekretariatet.

Forberedelse og løbende opfølgning:

- Udsende dagsorden med bilag 7 dage før klyngemøder.
- Opfordre brugerrepræsentanterne til egne (evt. virtuelle) formøder.
- Opbygge gensidig tillid og relation mellem patient- og pårørenderepræsentanter, formandskabet og øvrige mødedeltagere gennem god mødeledelse og facilitering.
- Sikre at formål og hyppighed af møder i klyngen er meldt ud (informationsmøder, klyngemøder, formøder og netværksgrupper på tværs af klynger og arbejdsgrupper).
- Inddrage brugerrepræsentanterne i udarbejdelse af årshjul for sundhedsklyngen.

Formøder:



- Afholde formøder mellem sekretariat og brugerrepræsentanter cirka en uge før hvert klyngemøde med fokus på brugerperspektivet.
- Introducere dagsordner, mødematerialer og sørge for, at materialet er forståeligt og tilgængeligt med tilstrækkelig tid til forberedelse.
- Sørge for at brugerperspektivet tydeligt fremhæves i sagsfremstillingerne til klyngemøderne, og at mødelederen er opmærksom på at inddrage brugerrepræsentanterne.
- Tilstræbe at brugerrepræsentanterne kender deres rolle som faglige repræsentanter, der konstruktivt udtrykker ønsker, forventninger og bekymringer på vegne af patienter og pårørende
- Aftale med brugerrepræsentanterne at de, om muligt, kan at sidde sammen med de andre brugerrepræsentanter, præsentere sig kort, huske deres rolle og holde sig til og fastholde brugerperspektivet.
- Aftale med brugerrepræsentanterne, hvilke punkter de gerne vil have ordet på og sørge for, at de får taletid. Gøre opmærksom på, at der er kort tid til hvert punkt, hvorfor indlæg skal være korte og præcise, og hvis formuleret lidt uklart, så følger afklaring efterfølgende, evt. i referatet.

Efter klyngemødet

- Klyngesekretariatet følger op med brugerrepræsentanterne snarest efter klyngemøderne.
- Alle deltagere/brugerrepræsentanter modtager referat fra klyngemøderne.
- Brugerrepræsentanterne opfordres til at være opmærksomme på, om deres perspektiver er med og korrekt refereret.
- Brugerrepræsentanterne opfordres til at mødes for at evaluere på, hvordan det gik til mødet.

Formandskabets opgave ifm. brugerinddragelse**Under klyngemødet**

- Sørge for god mødeledelse med ligelig fordeling af taletid.
- Sørge for at være opmærksom på at inddrage brugerrepræsentanterne.
- Være opmærksom på mødekultur og tone, herunder at faglige begreber og forkortelser forklares.
- Sørge for, at brugerrepræsentanterne sidder centralt i rummet ift. formandskabet

Arbejdsgruppernes opgave ift. brugerinddragelse

- Klyngesekretariatet prioriterer mellem mulige arbejdsgrupper/indsatser inden forelæggelsen for politisk sundhedsklynge.
- Klyngesekretariatet koordinerer udpegning til arbejdsgrupper.
- Sekretariatet afklarer sammen med brugerrepræsentanterne, om det er relevant at være repræsenteret i arbejdsgrupper og indmelder deres deltagelse til tovholderne for arbejdsgrupperne.
- Arbejdsgrupperne og brugerrepræsentanterne indtænker brugerperspektivet i udviklingen af indsatserne.



- Brugerrepræsentanternes opgave og ansvar i arbejdsgrupper er at være i løbende dialog med klyngesekretariatet og at udarbejde referater og/eller anbefalinger til videre drøftelser af indsatsen i arbejdsgruppen.

Klyngesekretariatets opgaver ift. sparring og evaluering

- Løbende samle op med brugerrepræsentanter ift. deres perspektiver og oplevelser af møderne og samarbejdet for at identificere områder, hvor forbedringer er nødvendige.
- Løbende undersøge hvordan brugerrepræsentanternes erfaringer omdannes til relevant input i forhold til konkrete sager.
- Indhente brugerrepræsentanternes erfaringer ved afslutning af deres periode.
- Dele erfaringer og resultater med de fem faglige sundhedsklynger i Region Hovedstaden for at fremme god praksis og forståelsen for betydningen af brugerinddragelse.

Ledelsesresumé

Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger

Antallet af ældre over 64 år er steget 38 pct. fra 2008 til 2021 og vil fortsætte med at stige i fremtiden, hvilket øger behovet for sundhedsydelser. Der har igennem mange år været fokus på ældre medicinske patienter¹, som er en gruppe af skrøbelige ældre, der ofte har behov for behandling i sundhedsvæsenet herunder på medicinske afdelinger. Det har været med til at understrege behovet for omstilling fra behandling og pleje i sygehussektoren til primærsektoren.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed har tidligere på året udgivet analysen "Kommunal sygepleje til ældre", hvor fokus var på kapacitet og omfang af sygepleje blandt ældre i kommunerne. I nærværende analyse undersøger vi ældres indlæggelsesaktivitet på de medicinske afdelinger. I analysen vises den geografiske variation i antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på de medicinske afdelinger, ligesom der også er fokus på udviklingen i indlæggelsesaktivitet.

Analysen har flere formål. For det første har analysen til formål at skabe viden, der giver den enkelte region, kommune og sundhedsklynge viden om indlæggelsesaktiviteten for deres ældre borgere, og herunder også mulighed for at sammenligne sig med andre. Det gør vi bl.a. ved at vise udvikling og variation i indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger på tværs af geografiske områder. Da der på tværs af landet kan være stor variation i ældres livsvilkår, tages der i analysen højde for, at ældre kan have forskelligt socioøkonomisk og helbredsmæssigt udgangspunkt. Det gode behandlingsforløb handler ud over de rette indsatser i den enkelte sektor også om dialog på tværs af sektorerne. Det er derfor relevant at se analysen på henholdsvis regionsniveau, sundhedsklyngeniveau og kommunalt niveau i sammenhæng.

For det andet har analysen også til formål at være med til at understøtte dialogen mellem regioner, kommuner og sundhedsklynger i forhold til samarbejdet om de ældre medicinske patienter. Den ældre medicinske patients behandlingsforløb er ikke kun regionernes ansvar. Der arbejdes både i almen praksis og i kommunalt regi med indsatser i forhold til opsporing og forebyggelse af helbredsforværring, samt pleje, behandling og opfølgning, når indlæggelse ikke længere er nødvendigt. Derfor undersøger vi, om der er en sammenhæng mellem, hvor mange indlæggelsesdage, de ældre har på medicinske afdelinger, og kommunale og regionale forhold som fx kapacitet og organisering. Endelig vises kontaktmønstret i almen praksis og den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse samt variationen i dette på tværs af landet.

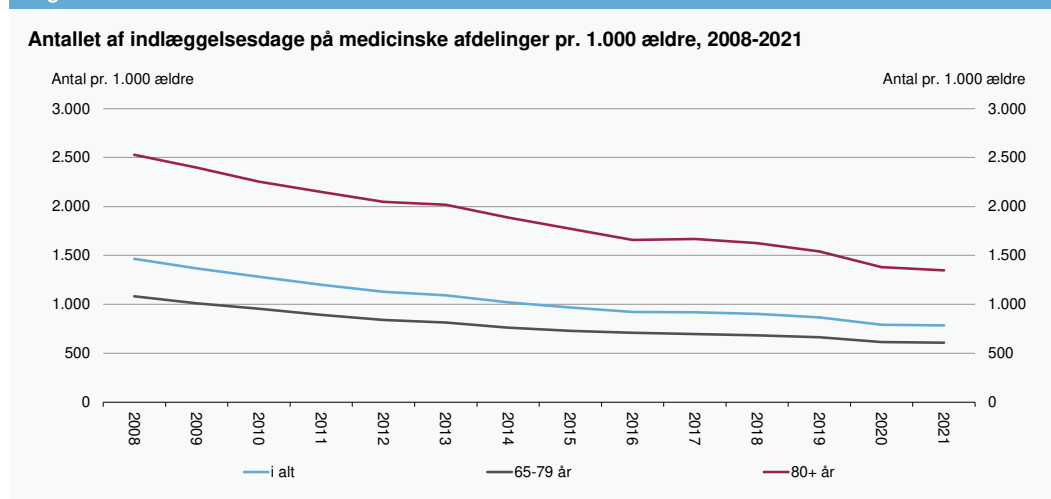
Udover selve rapporten er der udarbejdet følgende bilag. Bilag 1: "Sådan placerer din region sig", bilag 2 "Sådan placerer din kommune sig" og bilag 3 "Sådan placerer din sundhedsklynge sig" indeholder centrale figurer fra rapporten præsenteret for hver enkelt region, kommune og sundhedsklynge. I Bilag 4 "Regionsspecifikke nøgletal", bilag 5 "Kommunespecifikke nøgletal" og bilag 6 "Sundhedsklyngespecifikke nøgletal" kan man finde de væsentligste tal fra rapporten for hver enkelt region, kommune og sundhedsklynge. I Bilag 7: "Metode" er metoden bag analysen præsenteret.

¹ I denne analyse sætter vi lighedstegn mellem den ældre medicinske patient og ældre med indlæggelse på medicinsk afdeling. Det ligger fint i tråd med Sundhedsdatastyrelsens afgrænsning af den ældre medicinske patient, se evt. "Ældre medicinske patienters kontakt med det regionale sundhedsvæsen og den kommunale pleje" (2016). Dog skal man være opmærksom på, at vi har modificeret afgrænsningen af medicinske indlæggelser en smule, se også kapitel 3 og bilag 7.

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre er næsten halveret siden 2008

Siden 2008 er antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre faldet med 46 pct., så der i 2021 var 784 indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, jf. figur 1.1. En meget markant udvikling, som ses både blandt de 65-79-årige og de 80+ årige. De 80+ årige er dog mere indlagt end de 65-79-årige og har gennem hele perioden mere end dobbelt så mange indlæggelsesdage.

Figur 1.1



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Faldet i indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre sker samtidig med, at en lidt større andel af ældre er diagnosticeret med alvorlig sygdom. Det ser altså ikke umiddelbart ud til at være et generelt bedre helbred i ældregruppen, der kan forklare den faldende indlæggelsesaktivitet. Samtidig med at vi næsten ser en halvering i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, konstateres en let stigende tendens (fra 12,0 pct. i 2008 til 13,3 pct. i 2021) i andelen af medicinske indlæggelser for ældre, hvor der efterfølgende finder en akut genindlæggelse sted. Opgør vi i stedet antallet af akutte genindlæggelser efter medicinsk indlæggelse pr. 1.000 ældre er der et lille fald fra 2008 til 2021.

Ældre modtager mere behandling ambulant og har mere kontakt med almen praksis

Samtidig med faldet i indlæggelsesaktiviteten har der været en stigning i den ambulante aktivitet på de medicinske afdelinger. Tilsvarende ses en tendens til, at kontakten til praksissektoren er øget. Ligeledes vi også ser, at ældre i mindre grad er indlagt på sygehuset, når de er færdigbehandlede sammenlignet med tidligere, hvilket kan indikere, at kommunerne er hurtigere til at hente ældre hjem².

Det samlede billede kan altså tyde på, at noget af den pleje og behandling, der tidligere foregik under indlæggelse, nu finder sted ambulant eller foregår i primærsektoren. Vi ved da også, at samtidig med faldet i indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, så har kommunerne oprustet med

² I nyere data ses der umiddelbart en stigning i antal færdigbehandlingsdage i 2021. Det kan ikke udelukkes, at sygeplejerskestrejken have betydning for stigningen fra 2020 til 2021, da det kan være problematisk for strejkeramte kommuner at hente borgere hjem til fortsat behandling i kommunalt regi. Herudover kan det ikke udelukkes, at overgangen til LPR3 kan have betydning for de foregående års tal, ligesom der kan være andre ting på spil fx i forhold til COVID-19. På trods af denne stigning i antallet af færdigbehandlingsdage i 2021 ser vi dog ikke en stigning i antallet af indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre. Vi ser samtidig, at den gennemsnitlige indlæggelsestid fra 2020 til 2021 er stort set uændret.

akutfunktioner, som bl.a. har til formål at overtage noget af den behandling og pleje, der tidligere foregik på sygehuset.

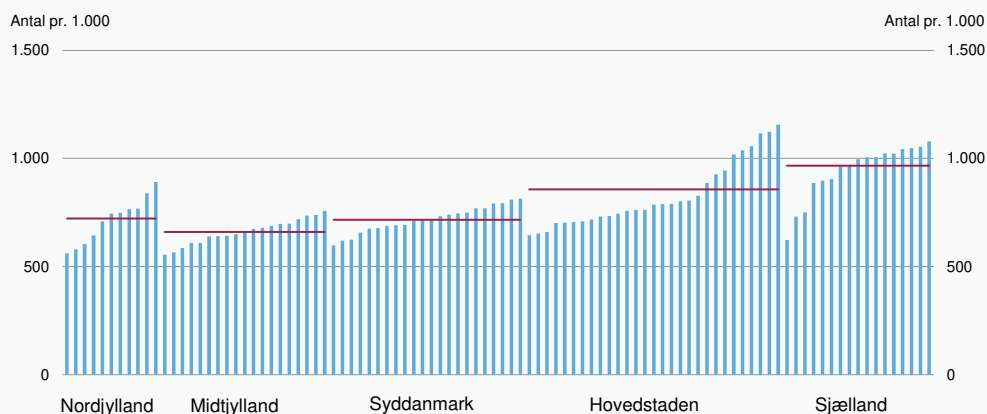
En anden del af forklaringen på det markante fald i indlæggelsesaktiviteten kan dog også være, at ældre modtager mindre behandling end tidligere, eller at man i højere grad lykkes med at forebygge indlæggelser. Det kan vi ikke vide på baggrund af denne analyse.

Ældre vest for Storebælt har markant færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger

Der er også stor geografisk variation i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre både på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Fx var der i Region Sjælland 46 pct. flere indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre i 2021 end i Region Midtjylland. Samtidig er der også en del variation inden for de enkelte sundhedsklynger og regioner, se bl.a. figur 1.2.

Figur 1.2

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på kommunalt niveau ind-delt efter regioner, 2021



Anm.: De røde linjer viser det regionale antal gennemsnitlige indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Stadig store forskelle når der tages højde for ældres socioøkonomi og generelle helbred

Noget af den geografiske variation kan forklares af forskelle i ældres baggrundskarakteristika, men der er stadig store forskelle, efter der er taget højde for disse forskelle. Fx er der i den sundhedsklynge, hvor ældre har færrest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til forventet, 22 pct. færre indlæggelsesdage end forventet, jf. tabel 1.1. Mens der er 24 pct. flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til forventet i den sundhedsklynge, hvor der er flest. Også efter kontrol for ældres baggrundskarakteristika har ældre vest for Storebælt generelt færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet, mens ældre øst for Storebælt har flere end forventet.

Det geografiske mønster er meget stabilt på tværs af de fem aktivitetsår, der indgår i analysen (2017-2021). Så selv i årene med COVID-19 ligner resultaterne i benchmarkinganalysen dem i de andre år. I hovedrapporten og bilagene kan man også finde resultaterne for de andre år på regions- og kommuneniveau. For sundhedsklyngerne viser vi udelukkende resultaterne for det seneste år, da klyngerne er en ny konstruktion.

Tabel 1.1

Forskelle i indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger, 2021

	Regioner ¹	Kommuner ²	Sundhedsklynger ³
Faktiske antal indlæggelsesdage	<i>Antal pr. 1.000 ældre</i>		
Færrest	660	555	610
Flest	967	1.157	1.048
Justeret for ældres baggrundskarakteristika	<i>Pct.</i>		
Færrest (ift. forventet)	-8	-30	-22
Flest (ift. forventet)	15	47	24

Anm.: 1) Regionen med henholdsvis færrest og flest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2) Kommunen med henholdsvis færrest og flest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre. Hverken minimum eller maksimum udgøres af Ø-kommuner, 3) Sundhedsklyngen med henholdsvis færrest og flest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Sammenhæng til kapacitet og overdragelse

I en række simple sammenhængsanalyser, som der ikke kan drages konklusioner omkring kausalitet og årsagssammenhænge på baggrund af, findes en tendens til, at i de kommuner, hvor der er relativt mange sygeplejersker ansat på sundheds- og ældreområdet, har de ældre færre indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre end forventet. Vi finder ikke det samme i forhold til antallet af social- og sundhedsassistenter³. Til gengæld ses en tendens til, at i de kommuner, hvor der i højere grad sker overdragelse af udførelsen af sygeplejeindsatser til social- og sundhedsassistenter, har ældre færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet.

Endelig ser vi på regionsniveau en tendens til, at i regioner med relativt mange medicinske sengepladser pr. 1.000 ældre, har ældre flere medicinske indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre end forventet.

Under halvdelen af ældre er i kontakt med almen praksis ugen før akut indlæggelse

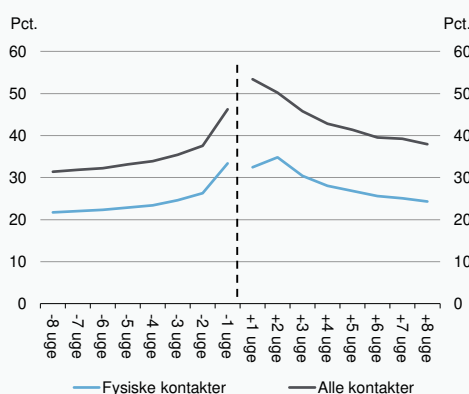
Vi har set på kontaktmønstrene i almen praksis og hjemmesygeplejen før og efter ældres akutte medicinske indlæggelser⁴. Under halvdelen af ældre, der bliver indlagt akut på medicinsk afdeling, er i kontakt med den praktiserende læge den sidste uge inden indlæggelse, jf. figur 1.3. Omvendt er der altså over halvdelen, der ikke har kontakt med den praktiserende læge den sidste uge inden den akutte indlæggelse. Omkring hver tredje har en fysisk kontakt (dvs. en kontakt som ikke er en e-mail- eller telefonkonsultation) den sidste uge inden indlæggelse. Ses der på kontakten med den kommunale sygepleje, er det knap hver tredje ældre, der er i kontakt med den kommunale sygepleje den sidste uge inden den akutte indlæggelse.

³ Resultaterne vedrørende sammenhæng til antallet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter skal ses i lyset af, at vi ikke har adgang til personaledata for private leverandører.

⁴ De akutte indlæggelser udgør over 80 pct. af indlæggelserne på medicinske afdelinger. De bagvedliggende årsager til akutte og planlagte indlæggelser kan være ret forskellige, og da de akutte indlæggelser udgør langt den største del af indlæggelserne, fokuseres der i denne del kun på de akutte indlæggelser.

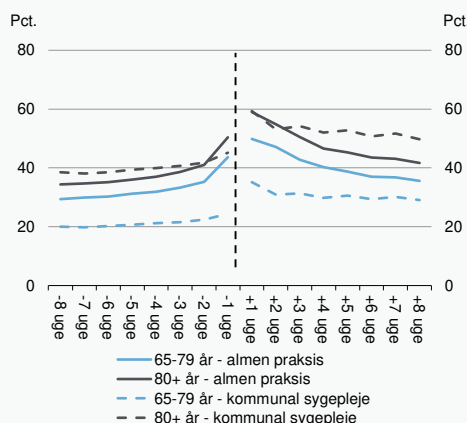
Figur 1.3

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den alment praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på kontakttyper, 2021



Figur 1.4

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den alment praktiserende læge og den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på aldersgrupper, 2021



Anm.: I figurerne viser den stiplede linje indlæggelsen. I opgørelsen af kontaktmønstrene beregnet i forhold til den kommunale sygepleje indgår 89 kommuner. De resterende 9 kommuner har enten ikke indberettet eller godkendt data, eller data lever ikke op til de valideringskrav, vi har opstillet i analysen, se også bilag 7 Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Det kan fx i et forebyggelsesperspektiv være relevant at se på kontaktmønstrene i almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje opgjort for forskellige diagnoser. Når vi ser på kontaktmønstrene for ni udvalgte diagnosegrupper, ser vi, at under hver tredje ældre, der indlægges akut på medicinsk afdeling med diagnoserne apopleksi (blodprop i hjernen) og akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet), er i kontakt med den praktiserende læge i ugen op til indlæggelse. Det er ikke i sig selv overraskende, da disse sygdomme er kendetegnet ved at være ekstremt akutte. Men selv for diagnoser som blærebetændelse og dehydrering, som ofte kan forebygges blandt ældre, er det kun omkring 55 pct., der har kontakt med den alment praktiserende læge i ugen op til den akutte indlæggelse. Det samme mønster ses i forhold til den kommunale sygepleje.

Der er forskel på kontaktmønstrene på tværs af aldersgrupper. Mest markant er det i den kommunale sygepleje, hvor andelen af de 80+ årige, der modtager sygeplejeindsatser før og efter den akutte indlæggelse, er næsten dobbelt så høj som andelen af de 65-79-årige, jf. figur 1.4.

Der er også geografiske forskelle i kontaktmønstrene – særligt i kontakten til den kommunale sygepleje. Fx er det for kommunerne i Region Midtjylland over halvdelen af ældre, der har kontakt til den kommunale sygepleje i ugen efter akut medicinsk indlæggelse, mens det er under 40 pct. i kommunerne i Region Hovedstaden.

Flere er i kontakt med primærsektoren efter den akutte indlæggelse end før indlæggelsen

Kontaktmønstrene i almen praksis og den kommunale sygepleje omkring den akutte medicinske indlæggelse tegner et generelt billede af, at andelen af ældre, der er i kontakt med primærsektoren stiger op til indlæggelse, og andelen, der modtager indsatser af den alment praktiserende læge eller i den kommunale sygepleje, er større et godt stykke tid efter indlæggelsen end før indlæggelsen, jf. figur 1.3 og 1.4. Det kan indikere, at den helbredsforværring, der har ført til den akutte indlæggelse, betyder et øget behov for indsatser i primærsektoren et godt stykke tid efter udskrivning i hvert fald på et overordnet niveau.

Bilag 6 Sundhedsklyngespecifikke nøgletal

Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger



Indenrigs- og
Boligministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed:
www.benchmark.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Indlæggelsesdage og indlæggelser på medicinske afdelinger	4
3 Kontakt til almen praksis før og efter indlæggelse.....	9
4 Kontakt til den kommunale sygepleje før og efter indlæggelse	12

1 Læsevejledning

I dette bilag præsenteres en række tabeller med sundhedsklyngespecifikke nøgletal. I bilaget er tallene afgrænset som i hovedrapporten. Læs mere i Bilag 7 Metode.

Tabel 1 – Indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre faktisk antal, forventet antal og benchmarkingindikatoren, 2021

I tabel 1 vises det faktiske og forventede antal af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på sundhedsklyngeniveau, samt benchmarkingindikatoren i 2021. Det forventede niveau er beregnet på baggrund af populationen af ældre i sundhedsklyngen vha. en statistisk model. Du kan læse mere om den statistiske model i hovedrapportens kapitel 3 og 5, samt i bilag 7 Metode. Beregning af benchmarkingindikatoren er beskrevet i hovedrapportens kapitel 3.

Tabel 2 – Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på kommuneniveau indenfor hver sundhedsklynge, 2021

I tabel 2 kan du finde det faktiske antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i hver kommune indenfor hver sundhedsklynge. Du kan også se sundhedsklyngens indlæggelsesdage. Da Københavns Kommune i forhold til sundhedsklyngerne opdeles i to, så den ene del af Københavns Kommune indgår i Klynge Byen (Hovedstaden) og den anden del i Klynge Syd (Hovedstaden), er det i denne tabel indlæggelsesdagene tallene for den givne del af København, der ses i tabel 2.

Tabel 3 – Indlæggelser og indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2021

I tabel 3 kan du finde sundhedsklyngens faktiske antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i 2021. Indlæggelser og indlæggelsesdage opgøres både for alle ældre samlet, samt aldersgrupperne 65-79-årige og 80+ årige.

Tabel 4-6 – Andel af de ældre med kontakt til den praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse, 2021

I tabel 4 vises andelen af de ældre i sundhedsklyngen, der er i kontakt med den alment praktiserende læge fra 4 uger før til 4 uger efter akut medicinsk indlæggelse. Indlæggelsesdagen er ekskluderet i opgørelsen, da vurderingen her er, at denne kontakt mere handler om henvisning til behandling på sygehus end om egentlige indsatser i forhold til fx forebyggelse af helbredsforværring. I tabel 5 findes tallene for de 65-79-årige, mens tallene for de 80+ årige findes i tabel 6.

Tabel 7-9 – Andel af de ældre med kontakt til den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse, 2021

I tabel 7 vises andelen af de ældre i sundhedsklyngen, der er i kontakt med den kommunale sygepleje fra 4 uger før til 4 uger efter akut medicinsk indlæggelse. Indlæggelsesdagen er ekskluderet i opgørelsen, da vurderingen her er, at denne kontakt snarere vil være den, der giver anledning til behandling på sygehus, end den handler om egentlige indsatser i forhold til fx forebyggelse af helbredsforværring. I tabel 8 findes tallene for de 65-79-årige, mens tallene for de 80+ årige findes i tabel 9. Der er ni kommuner, hvor data ikke er vurderet tilstrækkelig komplet, og aktivitetsdata for disse kommuner indgår derfor ikke i opgørelserne på sundhedsklyngeniveau. Kommunerne er Egedal, Horsens, Hørsholm, Læsø, Mariagerfjord, Morsø, Ringsted, Syddjurs og Vesthimmerland. Plejehjemsbeboere indgår ikke i opgørelserne.

2 Indlæggelsesdage og indlæggelser på medicinske afdelinger

Tabel 1

Indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre faktisk antal, forventet antal og benchmarkingindikatoren, 2021

	Faktisk	Forventet	Benchmarking-indikator
Bornholm (Hovedstaden)	806	915	88
Fynsklyngen (Syddanmark)	716	781	92
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	671	702	96
Horsensklyngen (Midtjylland)	661	693	95
Klynge Byen (Hovedstaden)	1012	909	111
Klynge Midt (Hovedstaden)	737	720	102
Klynge Midt (Nordjylland)	746	775	96
Klynge Nord (Hovedstaden)	735	708	104
Klynge Nord (Nordjylland)	610	781	78
Klynge Syd (Hovedstaden)	988	919	108
Klynge Syd (Nordjylland)	840	784	107
Klynge Vest (Nordjylland)	749	757	99
Klyngen Holbæk (Sjælland)	1001	805	124
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	1017	991	103
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	1048	869	121
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	841	742	113
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	689	787	87
Midtklyngen (Midtjylland)	678	716	95
Randersklyngen (Midtjylland)	647	779	83
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	758	792	96
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	701	758	92
Aarhusklyngen (Midtjylland)	643	712	90
Landsplan	784	-	-

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 2

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på kommuneniveau indenfor hver sundhedsklynge, 2021

Sundhedsklynge	Kommune	Indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, klynge	Indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, kommune
Fynsklyngen (Syddanmark)	Bornholm (Hovedstaden)	806	806
	Assens	716	770
	Faaborg-Midtfyn	716	733
	Kerteminde	716	693
	Langeland	716	719
	Middelfart	716	624
	Nordfyns	716	674
	Nyborg	716	794
	Odense	716	687
	Svendborg	716	770
	Ærø	716	810
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	Herning	671	688
	Holstebro	671	675
	Ikast-Brande	671	735
	Lemvig	671	697
	Ringkøbing-Skjern	671	587
	Struer	671	680
Horsensklyngen (Midtjylland)	Hedensted	661	643
	Horsens	661	739
	Odder	661	555
	Skanderborg	661	610
Klynge Byen (Hovedstaden)	Frederiksberg	1012	927
	København (Klynge Byen)	1012	1049
Klynge Midt (Hovedstaden)	Ballerup	737	790
	Egedal	737	645
	Furesø	737	702
	Gentofte	737	704
	Gladsaxe	737	758
	Herlev	737	731
	Lyngby-Taarbæk	737	828
	Rudersdal	737	718
	Rødovre	737	744
Klynge Midt (Nordjylland)	Jammerbugt	746	750
	Aalborg	746	745

Sundhedsklynge	Kommune	Indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, klynge	Indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, kommune
Klynge Nord (Hovedstaden)	Allerød	735	653
	Fredensborg	735	762
	Frederikssund	735	734
	Gribskov	735	707
	Halsnæs	735	762
	Helsingør	735	803
	Hillerød	735	709
	Hørsholm	735	661
Klynge Nord (Nordjylland)	Brønderslev	610	604
	Frederikshavn	610	643
	Hjørring	610	581
	Læsø	610	561
Klynge Syd (Hovedstaden)	Albertslund	988	944
	Brøndby	988	1123
	Dragør	988	786
	Glostrup	988	1157
	Hvidovre	988	1117
	Høje-Taastrup	988	887
	Ishøj	988	1019
	København (Klynge Syd)	988	1019
	Rødovre	988	744
	Tårnby	988	1057
	Vallensbæk	988	790
Klynge Syd (Nordjylland)	Mariagerfjord	840	839
	Rebild	840	765
	Vesthimmerlands	840	892
Klynge Vest (Nordjylland)	Morsø	749	709
	Thisted	749	769
Klyngen Holbæk (Sjælland)	Holbæk	1001	1024
	Kalundborg	1001	1024
	Lejre	1001	896
	Odsherred	1001	1005
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	Guldborgsund	1017	1006
	Lolland	1017	1054
	Vordingborg	1017	997
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	Næstved	1048	1047
	Ringsted	1048	1043
	Slagelse	1048	1079
	Sorø	1048	968

Sundhedsklynge	Kommune	Indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, klynge	Indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, kommune
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	Faxe	841	966
	Greve	841	751
	Køge	841	905
	Roskilde	841	887
	Solrød	841	623
	Stevns	841	731
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	Billund	689	814
	Fredericia	689	750
	Kolding	689	621
	Middelfart	689	624
	Vejen	689	678
	Vejle	689	712
Midtklyngen (Midtjylland)	Silkeborg	678	720
	Skive	678	641
	Viborg	678	660
Randersklyngen (Midtjylland)	Favrskov	647	609
	Norddjurs	647	566
	Randers	647	699
	Syddjurs	647	650
Sydvestjysk Klynge (Syddanmark)	Billund	758	814
	Esbjerg	758	792
	Fanø	758	597
	Varde	758	741
	Vejen	758	678
Sønderjysk Klynge (Syddanmark)	Haderslev	701	657
	Sønderborg	701	715
	Tønder	701	747
	Aabenraa	701	691
Aarhusklyngen (Midtjylland)	Samsø	643	759
	Aarhus	643	640

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 3

Indlæggelsesdage og indlæggelser på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2021

	Indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre			Indlæggelser pr. 1.000 ældre		
	Alle ældre	65-79-årige	80+ årige	Alle ældre	65-79-årige	80+ årige
Bornholm (Hovedstaden)	806	639	1354	150	119	251
Fynsklyngen (Syddanmark)	716	526	1301	149	112	262
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	671	548	1051	153	121	253
Horsensklyngen (Midtjylland)	661	534	1083	161	126	278
Klynge Byen (Hovedstaden)	1012	764	1875	187	147	327
Klynge Midt (Hovedstaden)	737	523	1300	179	132	302
Klynge Midt (Nordjylland)	746	631	1114	129	105	204
Klynge Nord (Hovedstaden)	735	555	1315	174	134	301
Klynge Nord (Nordjylland)	610	489	972	117	90	196
Klynge Syd (Hovedstaden)	988	756	1750	188	146	327
Klynge Syd (Nordjylland)	840	686	1318	147	117	241
Klynge Vest (Nordjylland)	749	584	1263	160	122	279
Klyngen Holbæk (Sjælland)	1001	749	1908	173	133	315
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	1017	786	1777	217	173	361
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	1048	813	1829	206	165	343
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	841	652	1484	163	127	285
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	689	535	1161	141	108	240
Midtklyngen (Midtjylland)	678	541	1118	137	106	240
Randersklyngen (Midtjylland)	647	554	952	139	113	224
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	758	546	1410	143	106	257
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	701	535	1182	137	106	224
Aarhusklyngen (Midtjylland)	643	524	1035	112	90	186
Landsplan	784	607	1346	159	124	271

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

3 Kontakt til almen praksis før og efter indlæggelse

Tabel 4

Andel af alle ældre med kontakt til den praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse, 2021 (pct.)

	-4 uger	-3 uger	-2 uger	-1 uger	1 uger	2 uger	3 uger	4 uger
Bornholm (Hovedstaden)	29,8	32,7	34,1	41,8	49,6	43,0	42,0	37,3
Fynsklyngen (Syddanmark)	34,1	36,0	38,1	45,7	53,4	51,9	47,0	43,3
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	33,0	35,5	37,7	46,9	57,5	54,2	47,3	43,2
Horsensklyngen (Midtjylland)	35,6	36,2	37,4	48,0	52,9	51,5	47,0	44,6
Klynge Byen (Hovedstaden)	32,7	33,2	34,9	43,1	48,6	43,1	40,2	38,5
Klynge Midt (Hovedstaden)	33,0	34,4	36,9	44,4	55,0	48,2	44,4	42,7
Klynge Midt (Nordjylland)	36,2	38,0	39,2	49,0	53,4	53,6	47,9	43,8
Klynge Nord (Hovedstaden)	33,4	35,5	37,9	45,2	54,8	49,8	46,0	43,4
Klynge Nord (Nordjylland)	33,8	35,9	37,0	46,0	50,9	53,5	48,7	45,2
Klynge Syd (Hovedstaden)	33,1	35,1	37,7	45,3	53,6	47,9	44,5	41,5
Klynge Syd (Nordjylland)	35,1	37,2	40,7	50,9	54,9	54,8	48,3	47,0
Klynge Vest (Nordjylland)	33,9	35,8	36,9	47,2	54,9	54,0	47,2	44,0
Klyngen Holbæk (Sjælland)	32,8	34,2	36,9	44,1	51,8	47,3	44,3	39,9
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	32,1	33,4	35,4	43,5	50,9	46,9	42,8	40,2
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	34,7	34,9	37,9	47,9	56,0	50,5	47,8	42,6
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	34,9	35,1	37,8	47,5	56,7	51,7	47,2	44,6
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	33,0	34,7	36,8	47,1	51,1	52,1	46,0	42,8
Midtklyngen (Midtjylland)	34,5	35,5	38,4	47,0	53,0	51,5	47,6	44,6
Randersklyngen (Midtjylland)	34,7	35,9	39,4	48,1	54,6	53,6	49,0	45,3
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	35,4	36,8	37,8	48,6	54,9	55,1	47,6	44,2
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	36,3	38,8	40,8	49,3	58,4	56,0	49,6	46,7
Aarhusklyngen (Midtjylland)	36,4	37,3	38,6	48,8	50,8	48,3	46,5	44,4
Landsplan	33,9	35,4	37,6	46,3	53,5	50,2	45,8	42,8

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 5

Andel af 65-79-årige med kontakt til den praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse, 2021 (pct.)

	-4 uger	-3 uger	-2 uger	-1 uger	1 uger	2 uger	3 uger	4 uger
Bornholm (Hovedstaden)	28,7	32,1	31,8	39,3	44,9	39,8	39,0	34,8
Fynsklyngen (Syddanmark)	32,3	33,9	35,3	42,1	49,6	48,2	43,8	40,6
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	30,8	32,6	35,0	43,8	52,2	49,5	43,6	40,0
Horsensklyngen (Midtjylland)	33,8	33,8	36,1	46,5	50,3	48,9	44,6	42,5
Klynge Byen (Hovedstaden)	29,4	31,1	32,3	39,7	45,4	40,6	38,7	36,7
Klynge Midt (Hovedstaden)	30,7	31,8	33,9	40,9	51,2	44,8	40,8	39,4
Klynge Midt (Nordjylland)	34,0	35,7	36,4	46,7	50,1	49,9	44,7	40,4
Klynge Nord (Hovedstaden)	31,6	34,0	35,7	42,8	50,3	46,1	43,0	40,2
Klynge Nord (Nordjylland)	31,8	34,2	35,2	42,4	45,5	49,8	44,7	43,4
Klynge Syd (Hovedstaden)	31,2	33,2	35,3	42,4	50,1	44,9	41,1	39,0
Klynge Syd (Nordjylland)	34,3	35,7	38,2	49,2	50,3	50,9	45,7	44,2
Klynge Vest (Nordjylland)	32,0	33,4	34,5	43,1	52,3	49,8	43,2	42,1
Klyngen Holbæk (Sjælland)	31,3	32,9	35,3	42,4	48,8	45,2	41,3	37,2
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	31,4	32,2	35,1	41,5	48,1	45,6	40,9	38,9
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	32,9	32,8	35,6	45,9	53,4	48,0	45,1	41,2
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	32,3	33,3	36,4	45,3	54,2	49,1	44,6	42,4
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	30,4	31,5	34,7	44,6	47,7	49,0	42,2	40,1
Midtklyngen (Midtjylland)	31,5	31,8	35,2	43,2	49,1	48,7	42,9	41,7
Randersklyngen (Midtjylland)	33,1	34,3	37,3	45,9	50,2	50,2	46,8	42,8
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	33,6	34,2	35,0	46,8	51,4	52,9	44,6	42,5
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	34,0	36,5	38,2	46,6	54,0	52,4	47,3	44,4
Aarhusklyngen (Midtjylland)	34,6	35,5	35,7	46,3	47,2	45,2	42,2	40,6
Landsplan	31,9	33,2	35,3	43,6	49,8	47,1	42,8	40,3

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 6

Andel af 80+ årige med kontakt til den praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse, 2021 (pct.)

	-4 uger	-3 uger	-2 uger	-1 uger	1 uger	2 uger	3 uger	4 uger
Bornholm (Hovedstaden)	31,6	33,7	37,8	46,0	57,3	48,3	47,0	41,4
Fynsklyngen (Syddanmark)	36,5	39,0	42,0	50,5	58,6	56,8	51,4	47,1
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	36,5	40,1	41,9	51,8	65,9	61,4	53,1	48,1
Horsensklyngen (Midtjylland)	38,3	40,1	39,6	50,3	57,0	55,5	50,7	47,8
Klynge Byen (Hovedstaden)	38,0	36,5	39,2	48,5	53,8	47,0	42,7	41,4
Klynge Midt (Hovedstaden)	35,8	37,6	40,6	48,7	59,6	52,2	48,8	46,7
Klynge Midt (Nordjylland)	40,2	41,8	44,1	53,0	58,9	60,2	53,4	49,5
Klynge Nord (Hovedstaden)	36,3	37,9	41,3	48,9	61,7	55,4	50,5	48,3
Klynge Nord (Nordjylland)	36,6	38,2	39,5	51,1	58,5	58,7	54,3	47,7
Klynge Syd (Hovedstaden)	36,1	38,0	41,3	49,8	59,1	52,6	49,7	45,2
Klynge Syd (Nordjylland)	36,4	39,8	44,7	53,7	62,3	61,1	52,5	51,5
Klynge Vest (Nordjylland)	36,7	39,4	40,3	53,2	58,6	60,1	53,2	46,8
Klyngen Holbæk (Sjælland)	35,2	36,4	39,4	46,7	56,6	50,7	49,4	44,4
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	33,4	35,6	35,9	47,0	55,8	49,2	45,9	42,4
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	37,7	38,4	41,8	51,3	60,4	54,8	52,5	44,9
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	39,1	38,0	40,2	51,1	60,7	55,8	51,4	48,1
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	36,6	39,1	39,7	50,6	55,8	56,3	51,2	46,4
Midtklyngen (Midtjylland)	38,9	40,9	43,0	52,5	58,8	55,6	54,6	48,8
Randersklyngen (Midtjylland)	37,5	38,8	43,1	51,9	62,3	59,7	53,1	49,8
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	37,7	40,2	41,4	50,8	59,2	57,8	51,4	46,3
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	39,6	42,1	44,4	53,1	64,7	61,1	52,8	49,9
Aarhusklyngen (Midtjylland)	39,2	40,1	43,3	52,7	56,6	53,4	53,2	50,4
Landsplan	37,0	38,6	41,1	50,3	58,9	54,8	50,4	46,6

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

4 Kontakt til den kommunale sygepleje før og efter indlæggelse

Tabel 7

Andel af alle ældre med kontakt til den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse, 2021 (pct.)

	-4 uger	-3 uger	-2 uger	-1 uger	1 uger	2 uger	3 uger	4 uger
Bornholm (Hovedstaden)	28,4	29,1	29,8	32,3	47,6	42,5	43,2	41,6
Fynsklyngen (Syddanmark)	32,9	33,2	34,5	37,0	51,3	46,3	46,5	45,1
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	30,5	31,9	32,5	35,5	53,0	45,2	45,1	42,8
Horsensklyngen (Midtjylland)	28,5	30,3	31,2	34,8	50,5	45,9	46,0	43,7
Klynge Byen (Hovedstaden)	23,2	23,6	24,4	26,6	32,3	28,3	30,0	28,8
Klynge Midt (Hovedstaden)	26,0	26,7	27,4	30,1	41,4	36,1	36,8	35,4
Klynge Midt (Nordjylland)	25,2	25,1	26,9	27,8	39,9	34,8	34,8	33,7
Klynge Nord (Hovedstaden)	24,6	25,1	26,2	27,8	40,4	34,1	34,6	33,1
Klynge Nord (Nordjylland)	28,3	28,4	28,9	30,9	44,7	39,2	40,4	38,3
Klynge Syd (Hovedstaden)	26,3	26,4	27,7	29,6	41,0	36,2	37,9	34,9
Klynge Syd (Nordjylland)	35,6	35,1	39,0	41,0	52,7	49,7	50,5	49,0
Klynge Vest (Nordjylland)	31,4	32,7	31,7	35,6	43,1	42,3	41,4	41,8
Klyngen Holbæk (Sjælland)	26,8	27,7	28,1	31,0	42,7	37,1	37,9	36,4
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	28,9	28,5	29,7	32,1	42,5	38,3	39,8	38,3
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	27,4	28,0	28,8	30,9	41,2	36,8	37,9	36,6
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	26,9	27,4	28,3	31,1	41,6	37,8	38,3	36,7
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	30,9	31,0	32,2	35,2	47,1	42,4	43,5	41,1
Midtklyngen (Midtjylland)	34,4	35,0	36,4	39,6	54,5	49,1	49,7	46,3
Randersklyngen (Midtjylland)	29,6	29,6	31,9	35,0	47,8	43,0	43,6	41,6
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	32,6	33,2	34,8	37,0	48,4	43,7	44,9	41,9
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	32,9	34,0	34,9	37,1	48,9	44,8	44,6	43,6
Aarhusklyngen (Midtjylland)	26,2	27,2	27,7	31,0	44,1	39,2	39,0	37,2
Landsplan	31,9	33,2	35,3	43,6	49,8	47,1	42,8	40,3

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 8

Andel af 65-79-årige med kontakt til den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse, 2021 (pct.)

	-4 uger	-3 uger	-2 uger	-1 uger	1 uger	2 uger	3 uger	4 uger
Bornholm (Hovedstaden)	21,4	22,4	22,8	25,9	37,7	32,7	33,9	31,6
Fynsklyngen (Syddanmark)	23,8	23,7	25,2	26,8	39,3	34,8	35,0	33,8
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	23,1	24,7	25,0	27,5	43,7	36,5	35,7	34,2
Horsensklyngen (Midtjylland)	21,5	23,9	23,7	27,2	40,9	37,0	36,7	34,7
Klynge Byen (Hovedstaden)	17,7	18,4	18,7	21,0	26,4	23,4	24,8	23,4
Klynge Midt (Hovedstaden)	18,4	18,9	19,2	21,4	31,5	27,5	27,2	26,2
Klynge Midt (Nordjylland)	21,2	20,9	22,7	22,7	33,9	29,6	29,6	28,7
Klynge Nord (Hovedstaden)	18,4	18,9	19,8	21,5	32,0	26,7	26,7	26,1
Klynge Nord (Nordjylland)	20,3	20,8	21,3	22,5	35,0	30,0	31,4	29,4
Klynge Syd (Hovedstaden)	20,1	19,9	21,2	22,5	32,3	28,9	29,8	27,5
Klynge Syd (Nordjylland)	29,9	28,5	32,3	32,3	41,9	39,9	40,9	38,1
Klynge Vest (Nordjylland)	20,1	20,7	20,4	23,8	30,8	30,0	29,6	30,0
Klyngen Holbæk (Sjælland)	20,3	19,8	21,0	23,3	32,7	27,8	28,8	27,9
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	22,2	21,9	22,9	24,7	34,6	30,8	32,0	30,5
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	20,2	20,7	21,6	23,0	32,1	28,4	29,6	28,1
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	20,2	20,5	21,4	23,3	33,6	30,0	30,5	28,4
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	22,4	22,6	24,0	26,4	37,2	33,0	34,0	31,8
Midtklyngen (Midtjylland)	25,3	25,8	26,7	29,8	43,6	38,1	38,7	36,1
Randersklyngen (Midtjylland)	23,8	24,1	26,0	28,6	40,8	36,3	36,6	34,4
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	22,3	23,2	24,8	26,1	36,4	32,4	33,3	31,1
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	24,4	24,7	25,9	27,5	38,2	35,1	35,1	34,0
Aarhusklyngen (Midtjylland)	20,2	21,2	21,6	24,1	35,7	31,8	31,4	29,5
Landsplan	21,2	21,5	22,5	24,4	35,1	30,9	31,4	29,8

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 9

Andel af 80+ årige med kontakt til den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse, 2021 (pct.)

	-4 uger	-3 uger	-2 uger	-1 uger	1 uger	2 uger	3 uger	4 uger
Bornholm (Hovedstaden)	40,8	40,8	42,2	43,7	65,1	59,8	59,5	59,2
Fynsklyngen (Syddanmark)	45,8	46,7	47,6	51,6	68,4	62,6	62,8	61,1
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	42,6	43,8	44,9	48,6	68,3	59,6	60,5	56,9
Horsensklyngen (Midtjylland)	40,3	41,0	43,8	47,3	66,5	60,8	61,5	58,8
Klynge Byen (Hovedstaden)	33,3	33,3	34,7	37,1	43,2	37,3	39,6	38,6
Klynge Midt (Hovedstaden)	35,6	36,6	37,6	41,0	53,9	46,8	48,8	47,0
Klynge Midt (Nordjylland)	32,9	33,0	34,8	37,3	51,3	45,0	44,6	43,3
Klynge Nord (Hovedstaden)	34,6	35,4	36,6	38,3	54,2	46,4	47,6	44,7
Klynge Nord (Nordjylland)	39,9	39,6	40,1	43,3	58,9	52,7	53,6	51,4
Klynge Syd (Hovedstaden)	36,5	37,3	38,7	41,4	55,7	48,3	51,4	47,2
Klynge Syd (Nordjylland)	45,3	46,5	50,6	55,9	71,2	66,5	67,1	67,6
Klynge Vest (Nordjylland)	50,9	53,5	51,4	55,9	64,5	63,4	61,9	62,1
Klyngen Holbæk (Sjælland)	38,1	41,5	40,4	44,4	60,0	53,2	53,6	50,9
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	40,8	40,1	41,7	45,1	56,5	51,5	53,5	52,0
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	40,8	41,5	42,4	45,5	58,2	52,4	53,4	52,4
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	38,1	38,9	39,9	44,3	55,1	50,9	51,4	50,8
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	43,2	43,1	44,1	48,0	61,6	56,0	57,4	54,7
Midtklyngen (Midtjylland)	48,6	49,2	51,3	54,8	71,3	65,9	66,6	62,2
Randersklyngen (Midtjylland)	40,3	39,9	43,1	47,1	60,6	55,4	56,5	54,8
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	46,4	46,5	48,2	51,7	64,3	59,0	60,3	56,3
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	45,7	48,1	48,6	51,6	65,2	59,3	59,0	58,2
Aarhusklyngen (Midtjylland)	36,1	37,2	37,7	42,5	58,0	51,3	51,6	49,9
Landsplan	39,9	40,7	41,8	45,1	59,3	53,0	54,1	52,0

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.