



REFERAT

Mødefora: Faglig sundhedsklynge Byen
Dato og tid: Tirsdag den 13. september 2022 kl. 15-16.30
Sted: Københavns Rådhus, 1. sal, Udvalgsværelse D

21. september 2022

Sagsnummer
2022-0038174

Dokumentnummer
2022-0038174-27

Deltagere

Kristian Antonsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Sille Arildsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Charlotte Rahbek, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Eckart Pressel, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Michaela Louise Schiøtz, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Lone Bjørklund, Region Hovedstadens Psykiatri
Susanne Poulsen, Rigshospitalet
Berit Juhl Schau, Region Hovedstadens Akutberedskab
Katja Kayser, Københavns Kommune
Katrine Ring, Københavns Kommune
Britt Bergstedt, Københavns Kommune
Karen Nørskov Toke, Københavns Kommune
Sine Mutanu Jungersted, Københavns Kommune
Jette Bolding, Københavns Kommune
Jeppe Bøgh Andersen, Frederiksberg Kommune
Nicolai Kjems, Frederiksberg Kommune
Henrik Tafdrup, Frederiksberg Kommune
Heidi Næsted Stuhau, Frederiksberg Kommune
Mette Vingtoft Jacobsen, Frederiksberg Kommune
Morten Holm, almen praksis, PLO-H repræsentant
Torben Larsen, almen praksis, PLO-H repræsentant
Markus Hahn, PLO-H-sekretariatet
Vibeke Hlin Vestereng, KAP-H
Mona Ulsted, Patientinddragelsesudvalget
Annette Hellmann, Bruger- og pårørenderepræsentant
Winnie Brandt, Region Hovedstaden

Afbud

Afbud

Afbud

Sekretariat

Sandra Rahel Makonnen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Melissa Holmes, Københavns Kommune (ref.)

Center for Sundhed og
Rehabilitering
Afdeling for det Nære
Sundhedsvæsen 2
Borups Allé 41
2200 København N

EAN-nummer
5798009290458

www.kk.dk

DAGSORDEN

1. Velkomst og godkendelse af dagsorden
 2. Præsentation af sundhedsklyngens medlemmer
 3. Orientering: Rammer for sundhedsklynger
 4. Drøftelse: Samarbejdet i klyngen og områder klyngen vil sætte særligt fokus på
 5. Drøftelse: Dagsorden for det politiske klyngemøde den 28. september 2022
 6. Eventuelt
-

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN v/Karen Nørskov Toke

Sagsfremstilling

Katja Kayser byder velkommen på vegne af formandskabet.

Det er aftalt i formandskabet, at afholdelse af møder går på skift imellem Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Møderne vil derfor blive afholdt skiftevis på Københavns Rådhus og på Bispebjerg Hospital.

Indstilling

Sekretariatet indstiller:

- at faglig sundhedsklynge Byen godkender dagsorden.
-

Referat

Der var afbud fra følgende mødedeltagere:

Katja Kayser, Jette Bolding og Vibeke Hlin Vestereng.

Sundhedschef Karen Nørskov Toke fra Københavns Kommune varetog mødeledelsen på vegne af formandskabet.

Dagsorden blev godkendt.

2. PRÆSENTATION AF SUNDHEDSKLYNGENS MEDLEMMER v/Karen Nørskov Toke

Sagsfremstilling

Mødet er det første i den faglige sundhedsklynge Byen og indledes derfor med en præsentation af medlemmer og sekretariat.

En oversigt over medlemmer af den politiske og den faglige sundhedsklynge Byen er vedlagt i bilag.

Indstilling

Sekretariatet indstiller:

- at medlemmer og sekretariat i den faglige sundhedsklynge Byen præsenterer sig

Referat

Mødet blev indledt med en præsentation af medlemmer og sekretariat.

Karen Nørskov Toke orienterede om, at der udestår udpegning af den sidste lokale brugerrepræsentant i sundhedsklyngen, som evt. bliver for psykiatrien.

Bilag

Oversigt over medlemmer i sundhedsklynge Byen.

3. ORIENTERING: RAMMER FOR SUNDHEDSKLYNGER v/Karen Nørskov Toke

Sagsfremstilling

Tværsektoriel Strategisk Styregruppe godkendte den 30. august 2022 et rammepapir for sundhedsklynger. Formålet er at tydeliggøre rammerne for sundhedsklyngernes opgaver og arbejde, samt opgaveafgrænsningen mellem sundhedsklyngerne og Sundhedssamarbejdsudvalget.

Målgruppen for rammepapiret er både den politiske sundhedsklynge og den faglige sundhedsklynge. Rammepapiret adresserer og uddyber:

- Opgave- og ansvarsdeling mellem klynger og SSU
- Populationsansvar
- Økonomi – håndtering af finansiering
- Balance mellem ensartethed i sundhedstilbud vs. plads til lokal variation og afprøvning
- Mulighed for videndeling.

Brugerinddragelse indgår ikke i rammepapiret, da det beskrives i 'Ramme for organisatorisk brugerinddragelse i sundhedsklynger i

Region Hovedstaden', som blev godkendt af Tværsektoriel Strategisk Styregruppe den 30. august 2022. Rammepapiret for brugerinddragelse vil forventeligt indgå som et punkt på næste møde i faglig sundhedsklynge Byen.

Indstilling

Sekretariatet indstiller:

- at faglig sundhedsklynge Byen tager orientering om rammepapir for sundhedsklynger til efterretning.
-

Referat

Orientering om rammepapir blev taget til efterretning.

Bilag

Rammepapir for sundhedsklynger

4. DRØFTELSE: SAMARBEJDET I KLYNGEN OG OMRÅDER KLYNGEN VIL SÆTTE SÆRLIGT FOKUS PÅ v/alle

Sagsfremstilling

For at understøtte en god start på samarbejdet i sundhedsklynge Byen, vil der på det første møde i den politiske sundhedsklynge den 28. september 2022 være en indledende drøftelse af ønsker til samarbejdet og områder, som klyngen vil sætte særligt fokus. Drøftelsen vil blandt andet tage udgangspunkt i dialogen på det tværsektorielle kick-off-arrangement den 27. juni 2022 (bilag).

Som forberedelse til politikernes drøftelse foreslås en indledende dialog i den faglige sundhedsklynge om samarbejde, fokusområder og målgrupper. Det foreslås som indledning til drøftelsen, at parterne i sundhedsklyngen (regionen, Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune, almen praksis og brugerrepræsentanter) hver kort kan fremlægge deres ønsker til samarbejde, fokusområder og målgrupper.

Formandskabet for Tværsektoriel Strategisk Styregruppe har forslået, at drøftelsen i den politiske sundhedsklynge kan tage udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Hvor ses størst behov og potentiale for udvikling af samarbejdet?

- Hvilke typer af indsatser eller målgrupper, der forventes at være politiske ønske om at arbejde med først?
- Hvilke kriterier eller principper vil klyngen lægge til grund for anvendelsen af de nationalt afsatte midler for 2022 til opstarten af klyngesamarbejdet?

Fælles populationsansvar

Sundhedsklyngerne skal arbejde og samarbejde med afsæt i det *fælles populationsansvar*. Populationsansvaret dækker i bred forstand over et fælles ansvar for de borgere, som hospitaler, kommuner og praktiserende læger er fælles om. Sundhedsklyngerne skal bidrage til at skabe sammenhæng for de borgere, de er fælles om, og derigennem bidrage til at skabe lighed i sundhed.

Ansvar for populationen betyder samtidig, at sundhedsklyngerne skal have en differentieret og proaktiv tilgang til borgernes sundhed, hvor sundhedsklyngerne blandt andet med afsæt i konkrete data om populationen aftaler lokale indsatser fx om forebyggelse af kronisk sygdom. Sundhedsdatastyrelsen er ved at oprette et nyt system, 'Sundhedsdata på tværs', som skal give viden om fælles patientpopulationer på tværs af kommuner, region og almen praksis.

Datapakker

Sundhedsministeriet har udsendt datapakker, som inspiration til opstarten af arbejdet i klyngerne. Datapakkerne indeholder en række udvalgte nøgletal på tværs af kommune, almen praksis og hospital. Datapakkerne er baseret på samme datagrundlag, som 'Sundhedsdata på tværs' og er et mindre udpluk af variable i det endelige værktøj. Datapakkerne er i gang med at blive kvalificeret af region og kommuner og vil løbende blive justeret. Sekretariatet for sundhedsklynge Byen vurderer imidlertid at datapakkerne er ret overordnede, og at der vil være behov for at arbejde mere detaljeret med data i sundhedsklyngen, end datapakkerne lægger op til.

Datapakken (bilag) indeholder et populationsoverblik over sundhedsklyngen efterfulgt af tre temaer:

- Ældre borgere på 80 år og derover
- Borgere med udvalgte kroniske sygdomme
- Borgere med kontakt til psykiatrien

Centralt afsatte midler til klyngen

Med 'Aftale om nærhed og sammenhæng' (sundhedsklynger) blev der afsat 80 mio. kr. i centrale midler i 2022 til styrket indsats i sundhedsklyngerne for sammenhæng, nærhed og omstilling. Heraf udgør sundhedsklynge Byens andel i alt 6,2 mio. kr. i 2022. Midlerne er

udmøntet via bloktilskuddet, hvoraf 3,1 mio. kr. er udmøntet til kommunerne i sundhedsklyngen og 3,1 mio. kr. er udmøntet til regionen i 2022.

Rammerne for anvendelsen af midler er beskrevet i notat, der er udarbejdet af Sundhedsministeriet i samarbejde med KL og Danske Regioner (bilag). Midlerne skal primært anvendes til udviklingsinitiativer og ikke sekretariatsbetjening eller drift.

I notatet lægges der op til, at midlerne anvendes til konkrete indsatser målrettet de fælles patienter og patientforløb, der går på tværs af hospital, almen praksis og kommune. Herunder fx projekter i forhold til borgere med kroniske sygdomme, akutområdet, borgere med psykiske lidelser, unge med mental mistrivsel og sårbare ældre. Sundhedsklyngen beslutter hvilke indsatser, der skal varetages for de fælles klyngebidrag.

Der er ligeledes afsat 80 mio. kr. i centrale midler til klyngerne i 2023. Der er endnu ikke aftalt kriterier for udmøntning af 2023-midlerne.

Indstilling

Sekretariatet indstiller:

- at faglig sundhedsklynge Byen drøfter ønsker og behov i forhold til samarbejdet og områder, som klyngen vil sætte særligt fokus på.
- at faglig sundhedsklynge Byen drøfter behovet for og eventuelle ønsker til yderligere data
- at faglig sundhedsklynge Byen har en indledende drøftelse om ønsker og behov i forhold til prioritering af de nationalt afsatte midler for 2022 til opstarten af klyngesamarbejdet.

Referat

Ad 1. at-punkt

Faglig sundhedsklynge Byen havde en indledende drøftelse af ønsker til samarbejde og behov. Som supplement til de politiske ønsker til fokusområder, som vil blive bragt op på det første møde i den politisk sundhedsklynge, blev følgende fremhævet:

Ønsker til samarbejdet

- Mere datadeling og bedre brug af data på tværs af sektorerne

- Ensartethed på tværs af klyngerne samtidig med fortsat mulighed for afprøvning af og udrulning af udviklingsprojekter

Ønsker til fokusområder

- Populationsansvar og forebyggelse bredt
- Den gode udskrivelse og forebyggelse af genindlæggelser
- Hjemmebehandling (fortsat fokus på 72 timer og IV-af-talen)
- Den sidste tid/en værdig død – samarbejde om bl.a. forventninger til behandlingsniveau, udgående funktioner og palliativ indsats
- Forebyggelse af mental mistrivsel og psykisk sygdom hos børn og unge
- Forebyggelse af indlæggelser, genindlæggelser og tvangsindlæggelser hos voksne i psykiatrien
- Sundhed hos udsatte borgere og samarbejde omkring flex-klinik og flekspraksis på BBH
- Bedre koordinering og sammenhæng på tværs af sektorerne imellem diagnosticering, udskrivelser og behandlingstilbud for borgere i psykiatrien
- Patient- og pårørendeinddragelse
- Fødeområdet og optageområder
- Ældre med demens

Ad 2. at-punkt

Faglig sundhedsklynge Byen var enige om, at der vil være behov for at arbejde mere detaljeret med data i sundhedsklyngen, end datapakkerne lægger op til. Der nedsættes en arbejdsgruppe i klynge Byen, som kan se nærmere på mulighederne for supplerende data.

Ad 3. at-punkt

Faglig sundhedsklynge Byen havde en indledende drøftelse om anvendelse af de nationale klyngemidler.

Der var enighed om at foreslå den politiske sundhedsklynge at overføre så meget som muligt af klyngemidlerne for 2022 til 2023. Sekretariatet igangsætter en proces herfor.

Bilag

Opsamling på kickoff om sundhedsklynger d. 27. juni 2022

Datapakke for sundhedsklynge Byen

Faktaark, Sundhedsprofil 2021, Sundhedsklynge Byen

Notat om udmøntning af midler til Sundhedsklyngerne

5. DRØFTELSE: DAGSORDEN FOR DEN POLITISKE SUNDHEDSKLYNGE DEN 28. SEPTEMBER 2022 v/Karen Nørskov Toke

Sagsfremstilling

Formandskabet for Tværsektoriel Strategisk Styregruppe har udsendt et forslag til en standard-dagsorden til det første møde i de politiske sundhedsklynger. Forslaget er tænkt som et inspirationsmateriale, og klyngerne beslutter selv, om man vil benytte forslaget.

Forslag til standard-dagsorden for politiske sundhedsklynger

- Præsentation af sundhedsklyngens medlemmer
- Beslutning: Godkendelse af forretningsorden
- Indledende drøftelse: Samarbejdet i klyngen og områder klyngen vil sætte særligt fokus på
- Beslutning: Godkendelse af mødeplan
- Meddelelser
- Eventuelt

Punktet om godkendelse af forretningsorden forudsætter, at Sundhedsministeriet udsender endelig bekendtgørelse om sundhedsklynger, inden dagsordenmaterialet til den politiske sundhedsklynge skal udsendes den 21. september 2022. Ellers udsendes punktet til næste møde i klyngen.

Den endelige dagsorden vil blive godkendt af formandskabet for den politiske sundhedsklynge.

Indstilling

Sekretariatet indstiller:

- at faglig sundhedsklynge Byen drøfter forslag til dagsorden for mødet i den politiske sundhedsklynge Byen den 28. september 2022

Referat

Forslag til dagsorden blev drøftet. Der var enighed om at indlede punktet om fokusområder med en række konkrete cases som inspirationsoplæg for politikernes drøftelse.

6. EVENTUELT

Referat

Der blev spurgt til status for den fælles aftaleoversigt under programmet 'Et Samlet Patientoverblik', som forventeligt rulles ud i Region Hovedstaden i løbet af efteråret. Der var enighed om at sætte status på som et punkt på næste møde i den faglige sundhedsklynge Byen.

Der blev orienteret om, at rammeoplæg for den kommende sundhedsaftale også vil blive drøftet på de næste møder i de faglige og politiske sundhedsklynger.

BILAG PKT. 2

Repræsentanter i Sundhedsklynge Byen 2022

Politisk sundhedsklynge Byen		
	Politisk deltagelse	Administrative bisiddere
Regionen	Lars Gaardhøj (A), medformand, Regionsrådsformand Karin Friis Bach (B), regionsrådsmedlem Vibeke Westh (A), regionsrådsmedlem Jacob Rosenberg (C), regionsrådsmedlem	Koncerndirektør Anne Skriver, Region Hovedstaden Kristian Antonsen, Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Sille Arildsen, Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Susanne Poulsen, Vicedirektør, Rigshospitalet Lone Bjørklund, Vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri
Kommuner	Københavns Kommune: Sisse Marie Welling (F), medforperson, Sundheds- og omsorgsborgmester Line Ervolder(C), Medlem af Sundheds- og Omsorgsudvalget <i>eller</i> Karina Vestergård Madsen (Ø), Socialborgmester Frederiksberg Kommune: Michael Vindfeldt (A), Borgmester Nikolaj Bøgh (C), Rådmand	Københavns Kommune: Jakob Manghezi Krogh, direktør, Sundheds- og omsorgsforvaltningen Karen Nørskov Toke, Centerchef, Center for Sundhed & Rehabilitering, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Frederiksberg Kommune: Jeppe Bøgh Andersen, Direktør for Social, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet
Almen praksis	Peder Reistad, formand for PLO-H Morten Holm, praktiserende læge, PLO-H	Markus Hahn, Chefkonsulent, PHO-H-sekretariatet

Faglig sundhedsklynge Byen

	Fast deltagelse	Ad hoc deltagelse
Regionen	Sille Arildsen, Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Lone Bjørklund, Vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri Susanne Poulsen, Vicedirektør, Rigshospitalet Berit Juhl Schau, Enhedschef, Region Hovedstadens Akutberedskab Winnie Brandt, Chefkonsulent, Center for Sundhed	Kristian Antonsen, Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Charlotte Rahbek, Chefsygeplejerske, Akutmodtagelsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Eckart Pressel, Cheflæge, Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Michaela Louise Schiøtz, Sektionschef, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse Andre afdelingsledelsesrepræsentanter, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Repræsentanter fra driftsfora for Psykiatrien <i>Andre ift. dagsorden og tema</i>
Kommuner	Københavns Kommune: Karen Nørskov Toke, Centerchef, Center for Sundhed & Rehabilitering, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Sine Mutanu Jungersted, Centerchef, Center for Sundhed & Rehabilitering, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Jette Bolding, Områdechef, Sundhed & Ældre, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Katrine Ring, direktør, Socialforvaltningen Britt Bergstedt, Stabschef, Borgercenter Voksne, Socialforvaltningen Frederiksberg Kommune: Nicolai Kjems, Sundheds- og Omsorgschef Henrik Tafdrup, Samordningsleder Heidi Næsted Stuhaug, Leder af hjemmepleje og hjemmesygepleje <i>Repræsentant fra Børn/Unge</i>	Københavns Kommune: Jakob Manghezi Krogh, direktør, Sundheds- og omsorgsforvaltningen Repræsentant fra Socialforvaltningen Repræsentant fra Børne- og Ungdomsforvaltningen <i>Andre ift. dagsorden og tema</i> Frederiksberg Kommune: Jeppe Bøgh Andersen, Direktør for Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet Flemming Nielsen, Socialchef Johnny L. Madsen, Arbejdsmarkedschef Lene Holst Merrild, Forstander Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering Addie Just Frederiksen, Leder af Forebyggelsesområdet <i>Andre ift. dagsorden og tema</i>
Almen Praksis	Morten Holm, praktiserende læge, PLO-H Torben Larsen, praktiserende læge, PLO-H Markus Hahn, Chefkonsulent, PLO-H-sekretariatet	Vibeke Hlin Vestereng, Hospitalspraksiskonsulent, KAP-H
Brugerrepræsentanter	Mona Ulsted, Udpeget af Patientinddragelsesudvalget Annette Hellmann, Lokalt udpeget bruger- og pårørende repræsentant.	



NOTAT

BILAG PKT 3

Dato: 2. september 2022

Rammepapir for sundhedsklyngernes arbejde

Rammepapiret skal bidrage til at skabe tydelighed om sundhedsklyngernes arbejde og snitflader til Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU). Rammepapiret tager afsæt i den overordnede ramme, som fremgår af sundhedsloven og bekendtgørelse suppleret af uddybninger og konkretiseringer.

For at sikre en ensartethed og høj kvalitet i sundhedstilbuddene og samtidig skabe politisk råderum i sundhedsklyngerne, er det væsentligt at supplere de overordnede rammer med dels nogle principper for opgaveafgrænsning mellem sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalget. Dels uddybe centrale begreber for at skabe et fælles afsæt for drøftelserne i sundhedsklyngerne.

Opgave- og ansvarsdeling mellem sundhedssamarbejdsudvalget og sundhedsklyngerne fremgår af nedenstående tekstboks 1 og 2 nedenfor:

Tekstboks 1: Opsummering af Sundhedssamarbejdsudvalgets (SSU) opgaver og ansvar med afsæt i bekendtgørelsen

- Udarbejde udkast til **sundhedsaftale**, der efterfølgende skal besluttes af kommunalbestyrelser og regionsråd og følge op på sundhedsaftalens mål
- **Indgå samarbejdsaftaler** – som en del af sundhedsaftalen - som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører
- **Drøfte emner, der er relevante for sammenhængen** i forløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud, herunder fælles funktioner, koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet,
- Understøtte ifm. implementering af nationale handleplaner og -aftaler
- Fastlægge **fælles rammer og retning for udviklingen** af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger
- Drøfte og indstille relevante **udviklingstiltag** i sundhedsklyngerne til **udbredelse på tværs af** sundhedsklynger.
- Drøfte **praksisplan for almen praksis** forud for vedtagelse samt almen praksis rolle i samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis i relation til sundhedsaftalen.
- Drøfte og skabe ensartethed i **sundhedstilbud** på tværs af sundhedsklynger mhp. geografisk lighed.

Tekstboks 2: Opsummering af sundhedsklyngernes opgaver og ansvar med afsæt i bekendtgørelsen

- Ansvar for den **fælles population** i sundhedsklyngen
- Styrke **sammenhæng** og **bedre forløb** for borgere, der har forløb på tværs af sektorer
- Drivende i en **styrket forebyggelse**, kvalitet og omstilling af det nære sundhedsvæsen
- **Prioritere indsatser**, der imødekommer de lokale behov og som sikrer bedre og mere sammenhængende patientforløb
- Prioritere **fælles midler** i sundhedsklyngen
- Aftale **lokale modeller** for bedre patientforløb, der har fokus på kvalitet og øget nærhed fx for udvalgte grupper.
- Sætte en fælles retning for og implementering af **kvalitetstiltag, handlingsplaner og forløbsprogrammer**.
- Drøfte initiativer, der har politisk eller økonomiske betydning, fx **opgaveomstilling til det primære sundhedsvæsen** eller større ændringer i kommunernes eller regionens opgaver.
- Følge og **drøfte centrale nøgletal og data for populationen** inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde og strategisk prioritering af sundhedsindsatser.

Populationsansvar

Populationsansvaret dækker i bred forstand over et fælles ansvar for de borgere som hospitaler, kommuner og praktiserende læger er fælles om. Sundhedsklyngerne skal bidrage til at skabe sammenhæng for de borgere, de er fælles om og derigennem bidrage til at skabe lighed i sundhed.

Ansvar for populationen betyder samtidig, at sundhedsklyngerne skal have en differentieret og proaktiv tilgang til borgernes sundhed, hvor sundhedsklyngerne blandt andet med afsæt i konkrete data om populationen, aftaler lokale indsatser fx om forebyggelse af kronisk sygdom. For at understøtte dette er Sundhedsdatastyrelsen ved at oprette et nyt system, 'Sundhedsdata på tværs'. Sundhedsdata på tværs skal give viden om fælles patientpopulationer på tværs af kommuner, regioner og almen praksis.

Arbejdet med at udmønte et populationsansvar kan strække sig over utallige aspekter og sektorer, herunder miljø, kultur, uddannelse, social- og sundhedsvæsen, hvorfor tværsektorielt arbejde er centralt.

Forslag til spørgsmål, som sundhedsklyngen kan overveje at drøfte i relation til opgave- og ansvarsdelingen:

- Med afsæt i data drøfte, hvad der er de største udfordringer ift. populationens sundhedstilstand?
- Hvor sundhedsklyngen kan tage fat ift. at styrke og udvikle populationsansvaret og samarbejdet på tværs i relation til igangværende initiativer?
- Nye tiltag i sundhedsklyngen?
- Skal vi samarbejde helt anderledes?
- Hvilke mål vil vi sætte os, og hvordan vil vi følge op ift. voksne, børn, somatik, psykiatri?

Vision – hvad vil vi i sundhedsklyngerne

Sundhedsaftalen udgør den fælles politiske ramme og retning for det nære sundhedsvæsen i hovedstadsregionen.

I sundhedsaftalen er der et udtalt ønske om at gå nye veje sammen, at nedbryde barrierer, som begrænser mulighederne for at løfte det fælles ansvar for sundhed og for at tilbyde alle borgere sammenhængende forløb med høj kvalitet.

Den fælles vision for et samarbejdende sundhedsvæsen er:

- Mere sammenhæng i borgerens forløb
- Mere lighed i sundhed
- Mere samspil med borgeren
- Mere sundhed for pengene.

Sundhedsklyngerne skal omsætte sundhedsaftalen til at skabe større lighed i sundhed for den population, de har ansvar for. Sundhedsklyngerne træffer beslutninger, der understøtter samarbejdet og skaber en bedre sammenhæng for borgere i forløb på tværs af sektorerne, så sundhedsvæsen og ydelser hænger bedre sammen og skaber bedre løsninger for borgerne. Der er en forventning om, at sundhedsklyngerne tør gå nye veje, at sundhedsklyngerne gennemfører prøvehandlinger og afprøver nye samarbejdsformer på nye og eksisterende indsatser for at skabe bedre borger- og patientforløb.

Sundhedsaftalen – en fælles politisk ramme med klyngefrihed

Sundhedsaftalen beskriver de fælles indsatsområder i det nære sundhedsvæsen og rammerne for samarbejdet mellem kommuner, region og praktiserende læger. Sundhedsaftalen udarbejdes af Sundhedssamarbejdsudvalget og besluttet i de 29 kommunalbestyrelser og regionsrådet.

Den nuværende sundhedsaftale har tre fokusområder:

- Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom
- Sammen om borgere med psykisk sygdom
- Sammen om børn og unges sundhed

Sundhedsaftalen sætter således en fælles politisk retning for udviklingen af det nære sundhedsvæsen i hovedstadsregionen. Sundhedsklyngernes virke sker inden for denne fælles politiske ramme og retning. Der vil således være betydelig frihed til, at klyngen kan beslutte tiltag og indsatser, der er mest relevante for den fælles population, samtidig med at det nære sundhedsvæsen udvikler sig i samme strategiske retning.

Netop dét, at det nære sundhedsvæsen udvikler sig i samme strategiske retning, betyder samtidig at erfaringer opnået i én sundhedsklynge også vil være interessante for de øvrige sundhedsklynger. Med respekten for de lokale forskelle og hensynet til den fælles retning og strategi vil såvel gode som dårlige erfaringer med fordel blive delt mellem sundhedsklyngerne imellem. Erfaringsdeling kan med fordel bl.a. ske i regi af Sundhedssamarbejdsudvalget.

Den nuværende sundhedsaftale er gældende frem til udgangen 2023. Proces for udarbejdelse af den nye sundhedsaftale er tilrettelagt, så der sker inddragelse af sundhedsklyngerne.

Forslag til spørgsmål, som sundhedsklyngen kan overveje at drøfte i relation til sundhedsaftalen:

- Hvilke indsatser giver sundhedsaftalen anledning til at vi prioriterer ift. sundhedsklyngen?
- Hvordan prioriteres disse indsatser ift. de udfordringer, der kendetegner sundhedsklyngens population og dennes sundhedstilstand?

Opgave- og ansvarsdeling mellem sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg (SSU)

Den overordnede ramme er bestemt i sundhedsloven. I boks 1 og boks 2 er der indsat en opsummering af opgave- og ansvarsfordelingen mellem de 5 sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalget.

Det fremgår af opsummeringen af opgave- og ansvarsdelingen, at sundhedsklyngerne bl.a. skal løfte populationsansvaret i akutsygehusets optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet samt tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngernes populationsansvar omfatter også borgere med psykiske lidelser, uagtet at optageområdet afviger fra akutsygehusets optageområde.

Sundhedssamarbejdsudvalget har ansvar for at indgå aftaler, der går på tværs af sundhedsklynger. Det kan være aftaler om fx opgaveflytning og den tilhørende økonomi og patientgrupper, der går på tværs af sundhedsklynger. Sundhedsklyngerne orienterer Sundhedssamarbejdsudvalget forud for indgåelse af aftaler, hvor der bliver flyttet økonomi eller opgaver mellem sektorer. Beslutninger af mere principiel karakter løfter sundhedsklyngerne til Sundhedssamarbejdsudvalget. Aftaler vedrørende samarbejdet med praktiserende læger på tværs af sektorer bliver indgået mellem regionen og PLO-H, med forudgående inddragelse af sundhedssamarbejdsudvalget.

Det er et overordnet hensyn, at borgere i samme kommune modtager ensartede sundhedstilbud uagtet, at kommunen tilhører flere sundhedsklynger. Tilsvarende er det et hensyn, at de patientgrupper, der går på tværs af sundhedsklynger, oplever ensartethed og høj kvalitet i sundhedstilbuddene.



Sundhedsaftalen

Region Hovedstaden,
kommunerne og almen
praksis

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

BILAG PKT. 4

Telefon 38 66 50 00
Direkte 61 55 51 68
Mail csu@region.dk
Web Regionh.dk/sundhedsaftale

Opsamling på kickoff om sundhedsklynger d. 27. juni 2022 i DGI Byen

Dato: 1. juli 2022

Kære Alle

Tusinde tak for jeres deltagelse i kickoff om sundhedsklynger den 27. juni 2022. Vi var meget glade for at se, at I var så mange, der valgte at bruge en eftermiddag i DGI Byen sammen med fokus på at komme godt fra start i de nye sundhedsklynger.

Med de 5 politiske sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalget får vi mulighed for at få et tæt og politisk samarbejde om sundhed mellem regionen, almen praksis, patient- og pårørendepræsentanter og alle 29 kommuner.

Det var en fornøjelse at kunne samle både borgmestre, regionsrådspolitikere, PLO-H, Patientinddragelsesudvalg og ledelsesrepræsentanter fra hospitaler og kommuner under samme tag til at rette blikket mod den vigtige, fælles opgave vi har: Samarbejde om det nære sundhedsvæsen til gavn for borgerne. Særligt de ældre, borgere med kroniske sygdomme og sårbare borgere, som vi skal skabe bedre sammenhæng for i sundhedsvæsenet. Det kan vi kun gøre *sammen*.

Der er rigeligt med opgaver til alle, og der ligger et stort arbejde foran os i klyngerne med at prioritere og sætte ind i de rigtige steder.

Vi ser meget frem til samarbejdet.

Vedhæftet finder i en opsamling fra dagen, hvor der i gruppedrøftelserne blev svaret på alt lige de væsentligste sundhedsudfordringer i klyngen, prioritering af emner, nye muligheder og hvordan vi går "fra ord til handling". Endvidere er oplæg fra forsknings- og analysechef Mickael Beck, VIVE vedhæftet.

På gensyn og rigtig god sommer!

Med venlig hilsen

Formandskabet for Sundhedskoordinationsudvalget

Lars Gaardhøj
Regionsrådsformand
Region Hovedstaden

Sisse Marie Welling
Sundheds- og omsorgsborgmester
Københavns Kommune

SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Opsamling på kickoff

Drøftelserne på kickoff i plenum og i gruppedrøftelserne afspejler, at der er en række temaer, udfordringer og ønsker som går på tværs af sundhedsklyngerne. Samtidig viser opsamlingen fra drøftelserne i sundhedsklyngerne, at der er forskellige vægtninger af temaerne.

Opsamlingen har til formål at fastholde de ønsker, synspunkter og behov som blev fremført på kickoff, og som kan danne afsæt for videre drøftelser i sundhedsklyngerne. Nogle af de temaer, der er blev fremhævet på tværs af drøftelserne er:

- **Data** som er dækkende for de problemstillinger, som sundhedsklyngerne skal arbejde med, og som kan understøtte beslutninger og prioriteringer af indsatsområder i sundhedsklyngerne samt udveksling af data til at understøtte behandling og indsats for borgerne.
- **Demografien** har en stor betydning for opgavemængde og -behov i det nære sundhedsvæsen for alle aktører. Udviklingen i antallet af 80+ årige giver et stigende pres på hele sektoren.
- **Rekruttering** er en af de helt store udfordringer i det nære sundhedsvæsen. Det gælder indenfor omsorg, pleje, behandling og rehabilitering i almen praksis, i kommunerne og på hospitalerne. Der er derfor behov for i fællesskab at udvikle nye indsatser og tilgange til at løse de fælles opgaver i det nære sundhedsvæsen.
- **Samarbejde og gensidig afhængighed** er en grundforudsætning for at skabe et godt sundhedsvæsen, med sammenhængende borger-/patientforløb og hvor ressourcerne bliver udnyttet bedst muligt. Den gensidige afhængighed betyder, at beslutninger og prioriteringer om fx kapacitet hos én af parterne, ofte vil få betydning for kapacitetsbehovet hos de øvrige parter.
- **Gode udskrivningsforløb**, hvor borgeren er i centrum og hvor parterne gensidigt er velinformerede med henblik på at kunne tilvejebringe de nødvendige tilbud og undgå uhensigtsmæssige genindlæggelser. 72-timers behandlingsansvar blev fremhævet som et godt eksempel herpå.
- **Forebyggelse** og samarbejde om forebyggelse på tværs af praktiserende læger, kommuner og hospital kommer til at spille en væsentlig rolle i forhold til at løfte det fælles populationsansvar. Det handler både om at opbygge gensidig viden om eksisterende og nye forebyggelsestilbud samt om fælles viden om, hvor der er størst behov for og effekt af forebyggelse.
- **Lighed i sundhed** forudsætter kendskab til populationen og dens sundhedstilstand samt at tilbuddene på tværs af aktører bliver målrettet de lokale behov og udfordringer.
- **Mental sundhed** og tæt samarbejde blandt alle aktører mellem somatik og psykiatri er nødvendig for at løfte den mentale sundhed og nedbringe mistrivsel blandt især de unge.

Nedenfor en mere detaljeret opsamling på baggrund af tilbagemeldinger fra gruppedrøftelserne, hvor hver gruppe skulle prioritere indenfor fire overordnede spørgsmål. Opsamlingen er en loyal gengivelse suppleret med enkelte yderligere noter fra drøftelserne.

1. Hvor ser I de væsentligste sundhedsudfordringer i klyngen?

- Genindlæggelse både i somatikken og psykiatrien.
- Fokus på forebyggelse, så vi ikke fragter patienter frem og tilbage / længere ophold på midlertidige pladser
- Udlevering/hjemsendelse fra hospital til hjem/plejehjem (kommunikation)
- Korte indlæggelsestider presser kommunerne, særligt når borgerne ikke er færdigbehandlede. Der mangler personale i hele sundhedsvæsenet, det presser både på hospitalerne og i kommunerne. Værdighed ifm. udskrivelser bl.a. ved at undgå at borgerne bliver udskrevet om natten/tidligt morgen.
- Den gode udskrivelse (epikriser, FMK, udskrivningsrapporter, udskrivelse til de rigtige kompetencer, genindlæggelser)
- 72 timers behandlingsansvar bør som næste skridt udvides til også at omfatte botilbud

- Rekruttering generelt af sundhedspersonalt
- Færre ressourcer, men større efterspørgsel efter sundhedsydelser

- Ulighed i sundhed – differentieret sundhedstilbud og forskel i sundhedskompetencer blandt borgere. Fokus på psykiatrien.
- Forskelle mellem kommunerne med forskellige forudsætninger og borgergrundlag samt afstand til hospital.
- Social ulighed i sundhed og manglende adgang til sundhedstilbud

- Pårørende/netværk som aktiv ressourcepart
- Sammenhæng til socialområdet + og samarbejde om psykiatrien
- Sårbare / socialt udsatte
- Psykisk sygdom og komorbiditet
- Genindlæggelser i psykiatrien

- Demografi, herunder mange flere +80-årige
- De ældste borgere og de mest kroniske syge i regionen
- Stigning i antal borgere med multisygdom (både psykisk og somatisk) / Højeste andel af borgere med 3+ kroniske sygdomme.
- Livsstil – KOL, overvægt
- Fødselsområdet
- Mental sundhed

- Samarbejde mellem hospitaler og kommuner om børn og unge
- Børn og unge med behov for at de får en god start på voksentilværelsen. Der er behov for løsninger på tværs af regionen jf. begrænsede ressourcer
- Koordination vedr. kommunalpleje
- Kompetenceudvikling som en del af pakken ved opgaveoverdragelse – begge veje
- Styring og ledelse og kapacitet.

2. Hvad synes I er vigtigt at arbejde med, som det første?

- Sikre fokus på samarbejde med almen praksis
- Forventningsafstemning mellem klyngernes aktører (hvordan styrker vi kommunikationen, arbejdsgange etc.).
- Drøfte, hvordan vi bedst kan løse opgaven sammen.

- At finde den fælles vision om, hvad vi vil lykkes med. Gør det enkelt: Prioriter, identificer succeskriterier og klare roller
- Med afsæt i klyngens væsentligste udfordringer bør udvælges 1-2 konkrete projekter ift. de unge/udsatte/ældre
- Se på de fælles potentialer inden for det eksisterende aftalekompleks. Lære hinanden at kende
- At få bragt de gode erfaringer fra samordningsudvalg med ind i den nye
- At få skabt en skarp organisering om dagsordener, temaer etc. (sekretariatsbetjening)
- Nedsætte forskellige underudvalg – fx forebyggelsesråd
- Adgang til data på tværs af aktører, så mønstre kan blive identificeret og danne grundlag for samarbejde og beslutninger
- Populationsdata som kan bruges til at prioritere. Fælles data + en startpakke
- Kronikere
- Mulighed for at skabe fælles arbejde for gravide og nyfødte
- 72 timers behandlingsansvar
- Den kritisk ustabile borger/patient
- Genindlæggelser
- Fokus på den gode udskrivelse, forebyggelige udskrivninger, stærke fælles forløb, stærk koordinering på tværs af sektorerne.
- Psykiatri, herunder børn og ungeområdet
- Mere hjemmebehandling
- Forebyggelse
- Forløbsprogrammer på tværs af kommuner
- Mistrivsel / mental sundhed blandt børn og unge
- Evaluering på tværs af kommuner og specialisering
- Styrke borgerperspektivet og samle vores ressourcer

3. Hvilke nye muligheder giver den nye struktur for vores samarbejde?

- Fælles viden, fokusering og overblik. Lære hinanden at kende og se de fælles udfordringer
- At få børn og socialområdet som centrale repræsentanter i klyngen + gravide og nyfødte
- Mulighed for at få psykiatrien med i det tværsektorielle arbejde
- Ikke nye arbejdspar, men en forstærkelse af samarbejdsmulighederne
- Politisk mandat + mulighed for synergieffekt ml. klyngerne
- Mulighed for at løfte/synliggøre fælles udfordringer til det lokalpolitiske niveau. Hvad ønsker man politisk, vi skal arbejde sammen om først?
- De nye politiske fælles prioriteringer – kan skabe bevægelse
- Opmærksomhed på at udvide samarbejdsstrukturen – det kræver noget særligt at arbejde tværorganisatorisk/sektorielt. → Mandat/repræsentation skal udvikles
- Mere erfaring
- Kortlægning af tilbud f.eks. overvej trivsel
- Opmærksomhed på pårørendesamarbejde
- Ressourceudnyttelse og læring på tværs
- Overlap i tilbudsvifte

- Almen praksis får en stemme
- Afdække barrierer og bryde barrierer ned imellem de forskellige instanser
- Fælles uddannelseskonstruktion
- Udarbejde prioriteret flerårsplan for populationsansvar
- Fokus og fordeling – udpege et passende (2-3) aftalte samarbejdsindsatser, hvor der kan sættes særligt ind og skabe resultater for borgere og patient.
- Forpligtende samarbejder
- Mulighed for et stærkt datadrevet udviklingspotentiale/-arbejde. Adgang til data vi ikke havde før
- Fælles data som der kan prioriteres ud fra / udvælge særlige indsatsområder

4. Hvordan går vi fra ord til handling?

- Vi skal vælge et stort projekt og 2-3 mindre projekter. Det store projekt skal være data, så vi kan blive klogere og kan anvende som trædesten til at spotte mønstre i populationen.
- Kommunikation om hvad sundhedsklyngerne hhv. kan og ikke kan løse. Forventningerne er store, ikke mindst fra nationale aktører, men ikke alt kan eller skal løses i sundhedsklyngerne.
- Designe projekterne, så de giver mening og kan overskues. Sigte efter en høj succesrate
- Fælles vision på både kort og lang sigt
- Fælles økonomi på nogle områder, evt. til fælles stillinger, tværgående uddannelsesforløb for uddannede (udenfor normering) og/ eller gode ambassadører på tværs. I længere perioder.
- Udarbejde et inspirationskatalog, så politikerne får mulighed for at få succes fra start
- Besøge hinanden
- Opbygge tillid
- Gøre det konkret (f.eks. STIME)
- Vidensdeling
- Være risikovillige – afprøve løsninger
- Tage arbejdshandskerne på!
- Fortsætter med at kompetenceudvikle på tværs og fælles
- Keep it simple
- Oplæg med input
- Turde at prioritere
- Klare milepæle og målsætninger
- Holde fokus på HELHEDSSYNET på borgeren – uanset hvilket speciale som har borgeren indlagt
- Professionalisering så borger oplever en kvalitativ forskel

Datapakke

Klynge Byen (Hovedstaden)

Udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde med Sundhedsministeriet med inddragelse af kommuner og regioner.

Om datapakken

Denne datapakke er lavet som inspiration til det første møde i jeres sundhedsklynge. Pakken samler en række nøgletal og visninger, der beskriver den fælles population i jeres sundhedsklynge.

Datapakken består af et populationsoverblik samt tre temaer:

- Ældre borgere på 80 år og derover
- Borgere med udvalgte kroniske sygdomme
- Borgere med kontakt til psykiatrien

Populationsoverblikket og temaerne kan læses uafhængigt af hinanden. Nøgletallene i datapakken er baseret på samme datagrundlag som værktøjet Sundhedsdata på tværs. De udvalgte nøgletal er et lille udpluk af de samlede variable i det endelige værktøj.



Populationsoverblik

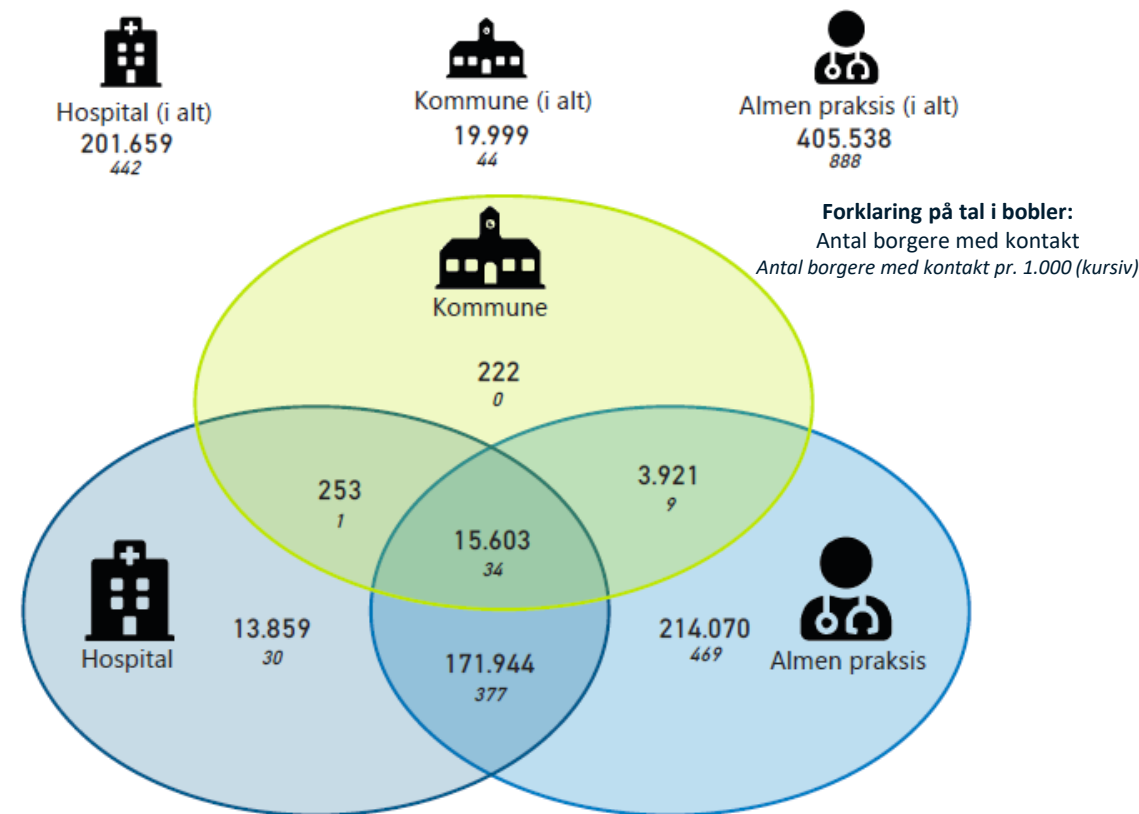
Dette populationsoverblik giver et hurtigt overblik over udvalgte nøgletal for populationen i jeres sundhedsklynge. Her får I indblik i en række sammenhænge på tværs af almen praksis, kommuner og hospital for denne population sammenlignet med landsgennemsnittet.

Intro til Klynge Byen: Populationsoverblik

Antal borgere, borgere med kronisk sygdom og borgere med kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen fordelt på kommuner i sundhedsklyngen

Bopælskommune	Borgere (2022)	Borgere med kronisk sygdom (2022)		Borgere med kontakt til psykiatri (2021)	
	Antal	Antal	Antal pr. 1.000 borgere	Antal	Antal pr. 1.000 borgere
Frederiksberg	103.038	17.152	166	4.232	41
København	352.428	52.821	150	17.012	48
Sundhedsklyngen	455.466	69.973	154	21.097	46
Hele landet	5.869.434	1.096.672	187	209.159	36

Antal borgere i sundhedsklyngen med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2021



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

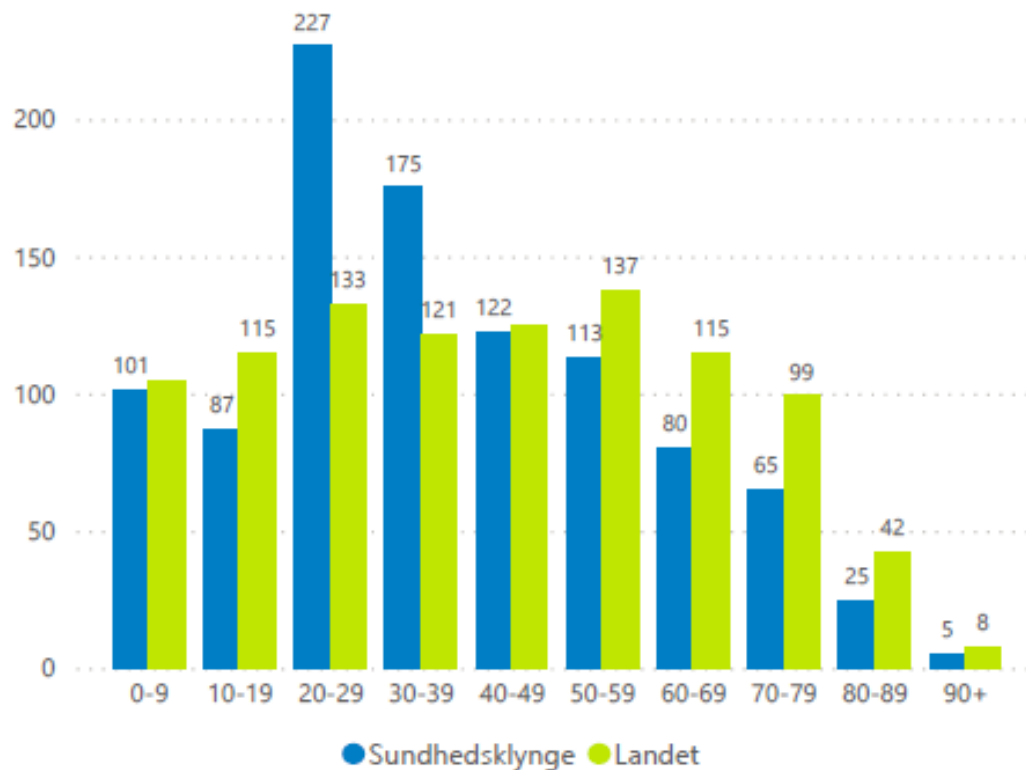
Note: Antal borgere og antal borgere med kronisk sygdom er opgjort pr. 01.01.2022. Antal borgere med kontakt til psykiatri er opgjort for hele 2021 og er defineret ved kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen og/eller psykiatrisk praksis. Summen af antal kontakter fordelt på kommuner behøver ikke at være lig med summen af sundhedsklyngen eller landtallet, da tallet for sundhedsklyngen og landet er unikt, selvom en borger har boet i flere kommuner og haft kontakt. I opgørelsen består populationen i Københavns kommune af borgere tilhørende Klynge Byen. På grund af den valgte afgrænsning af sundhedsklynger vil nogle borgere bosiddende i Københavns kommune tilhøre Klynge Syd.

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene i boblerne angiver antal borgere, der kun har kontakt til den/de angivne sektorer. Eks. har 13.859 borgere kontakt til hospitalet uden at have kontakt til kommune eller almen praksis. 171.944 har kontakt til hospital og almen praksis men ikke til kommune. 15.603 har kontakt til hospital, almen praksis og kommune. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med kontakt pr. 1.000 borgere, som er vist i kursiv.

Intro til Klynge Byen: Populationsoverblik

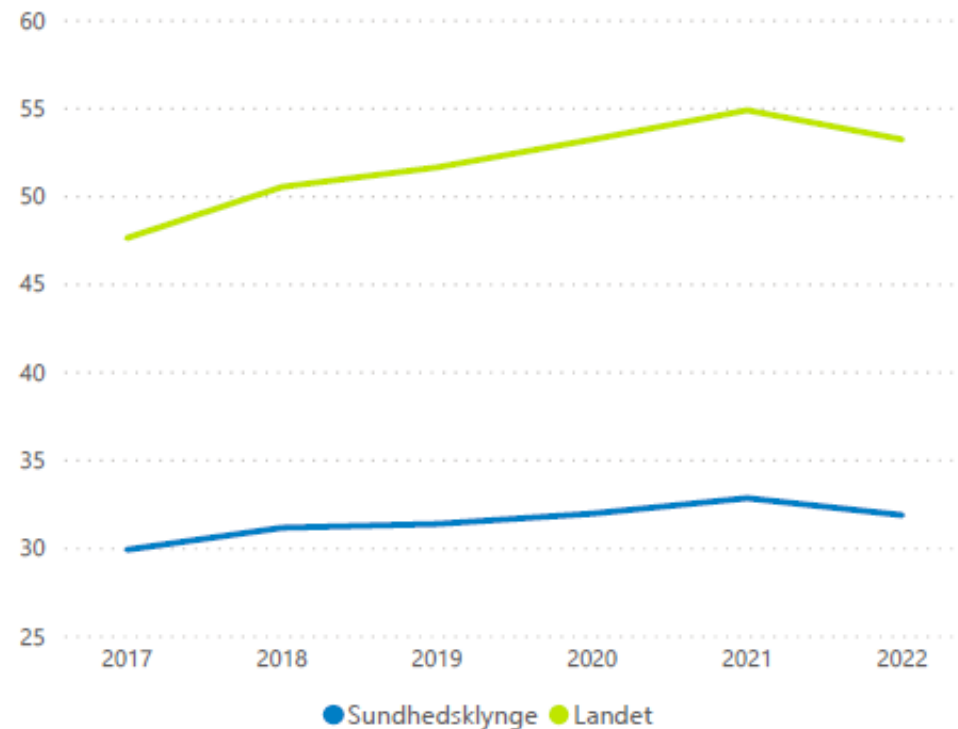
Antal borgere i sundhedsklyngen og hele landet fordelt på aldersgrupper, pr. 1.000 borgere, 2022



Kilde: CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal borgere er opgjort pr. 01.01.2022. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere i hver alderskategori pr. 1.000 borgere..

Udvikling i antal ældre (80+ år) i sundhedsklyngen og hele landet, pr. 1.000 borgere, 2017-2022



Kilde: CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal ældre (80+ år) pr. 1.000 borgere. Årstal pr. 1. januar hvert år.

Ældre borgere på 80 år og derover

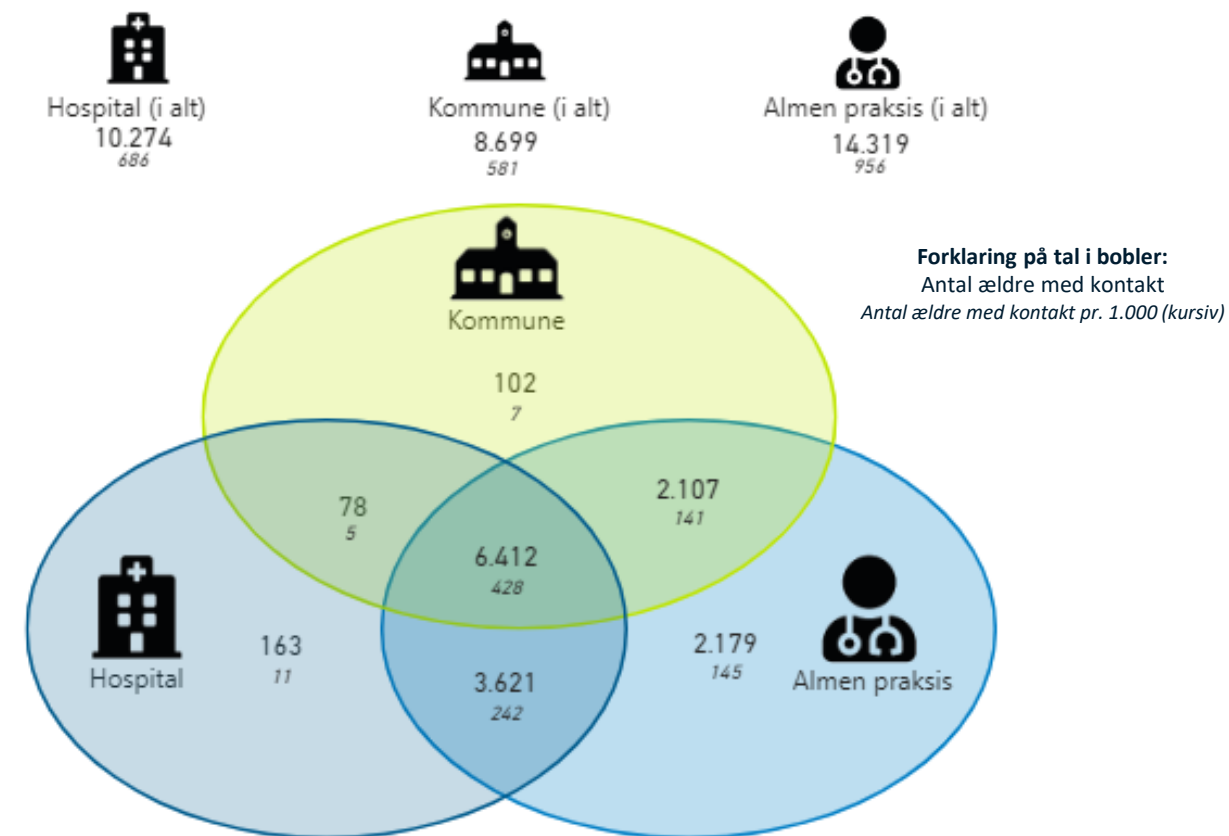
Dette tema fokuserer på borgere på 80 år og derover i jeres sundhedsklynge. Her får I indblik i en række sammenhænge på tværs af almen praksis, kommuner og hospital for denne population sammenlignet med landsgennemsnittet.

Ældre borgere 80+: Overblik

Antal ældre (80+ år) fordelt på kommuner i sundhedsklyngen, 2022

Bopælskommune	Antal ældre	Antal ældre (pr. 1.000 borgere)
Frederiksberg	5.061	49
København	9.447	27
Sundhedsklyngen	14.508	32
Hele landet	312.354	53

Antal ældre (80+ år) i sundhedsklyngen med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2021



Kilde: CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

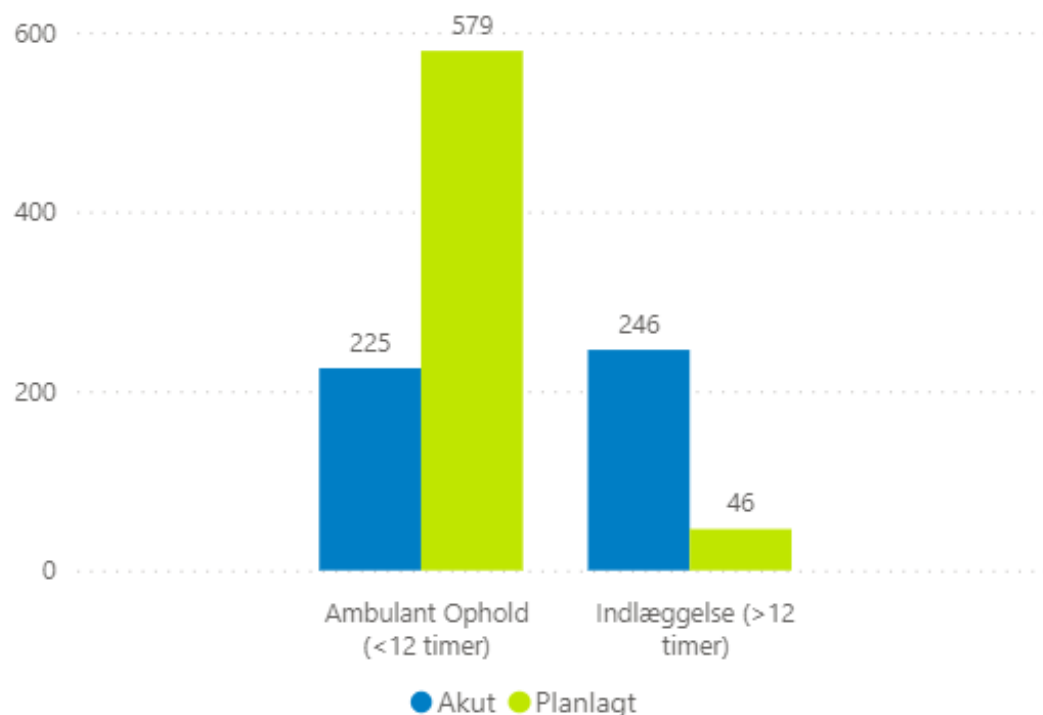
Note: Antal ældre (80+ år) er opgjort pr. 01.01.2022. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal ældre (80+ år) pr. 1.000 borgere, opgjort for hele 2021 og er defineret ved kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen og/eller psykiatrisk praksis. I opgørelsen består populationen i Københavns kommune af borgere tilhørende Klynge Byen. På grund af den valgte afgrænsning af sundhedsklynger vil nogle borgere bosiddende i Københavns kommune tilhøre Klynge Syd.

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen.

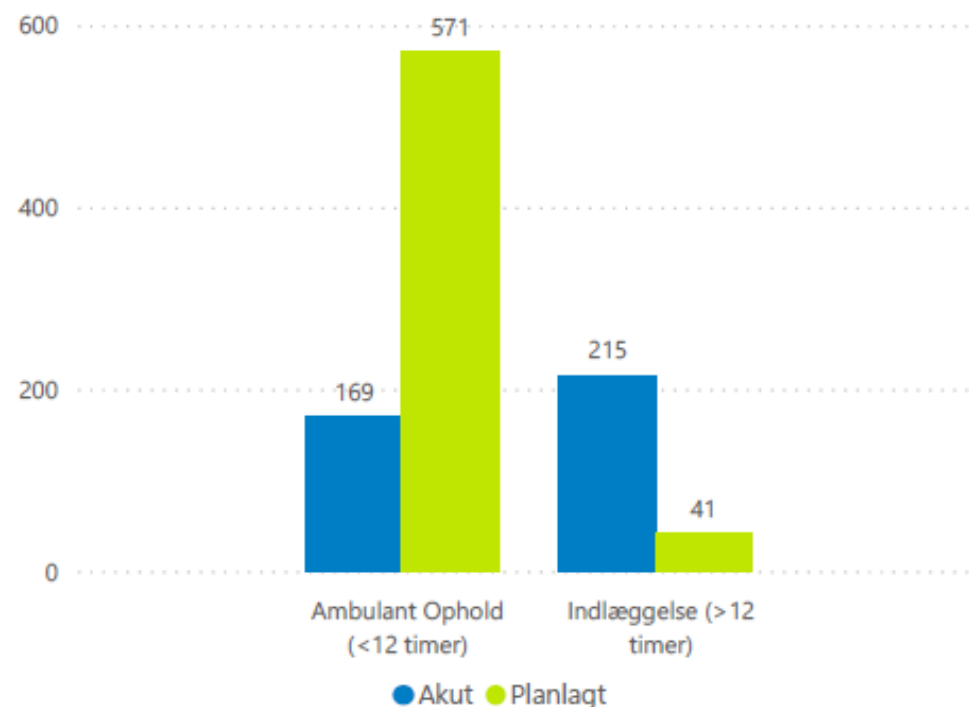
Note: Tallene i boblerne angiver antal borgere, der kun har kontakt til den/de angivne sektorer. Eks. har 163 borgere kontakt til hospitalet uden at have kontakt til kommune eller almen praksis. 3.621 har kontakt til hospital og almen praksis men ikke til kommune. 6.412 har kontakt til hospital, almen praksis og kommune. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal ældre (80+år) med kontakt pr. 1.000 ældre (80+år), som er vist i kursiv.

Ældre borgere på 80+: Overblik

Antal ældre (80+ år) med indlæggelse og/eller ambulant ophold fordelt på akut og planlagt, opgjort for sundhedsklyngen pr. 1.000 ældre, 2021



Antal ældre (80+ år) med indlæggelse og/eller ambulant ophold fordelt på akut og planlagt, opgjort for hele landet pr. 1.000 ældre, 2021



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal ældre (80+ år) med indlæggelse/ambulant ophold pr. 1.000 ældre (80+ år).

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal ældre (80+) med indlæggelse/ambulant ophold pr. 1.000 ældre (80+ år).

Ældre borgere på 80+: Genindlæggelser

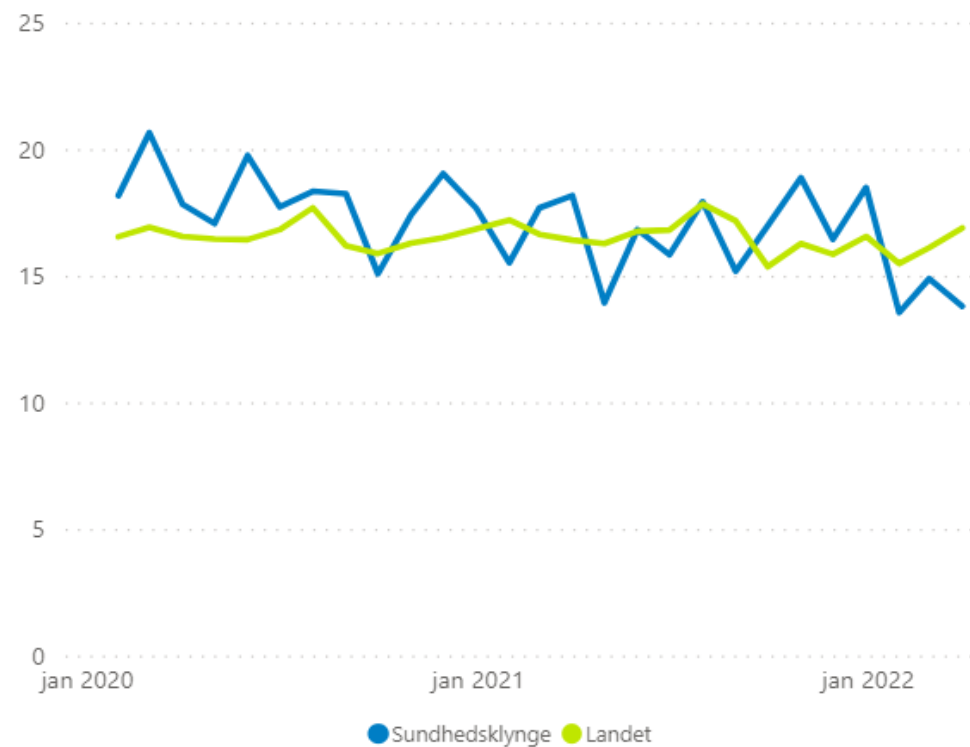
Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt ældre (80+ år) fordelt på forudgående kontakt, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2021

Genindlæggelser		2020	2021
Alle	Sundhedsklyngen	18	17
	Hele landet	17	17
Forudgående visiteret hjemmehjælp (personlig pleje)	Sundhedsklyngen	21	19
	Hele landet	21	20
Forudgående hjemmesygepleje	Sundhedsklyngen	20	20
	Hele landet	19	19
Bor på plejehjem	Sundhedsklyngen	21	18
	Hele landet	18	17
Forudgående kontakt til almen praksis	Sundhedsklyngen	18	17
	Hele landet	17	17

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser blandt ældre (80+ år), som efterfølges af en akut genindlæggelse blandt ældre (80+ år) inden for 30 dage efter udskrivelse. Den forudgående kontakt er opgjort som aktivitet i kalendermåneden før den måned, hvor genindlæggelsen er opgjort. En borger kan godt indgå i flere kategorier.

Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt ældre (80+ år), opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022

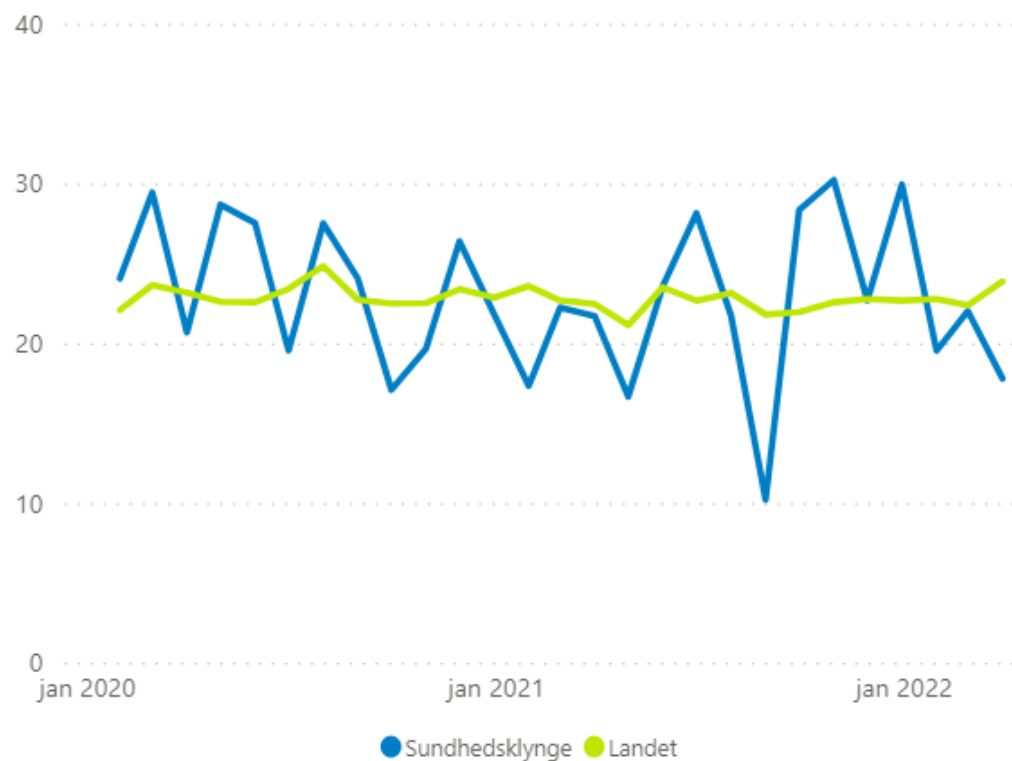


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser blandt ældre (80+ år), som efterfølges af en akut genindlæggelse blandt ældre (80+ år) inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Ældre borgere på 80+: Genindlæggelser

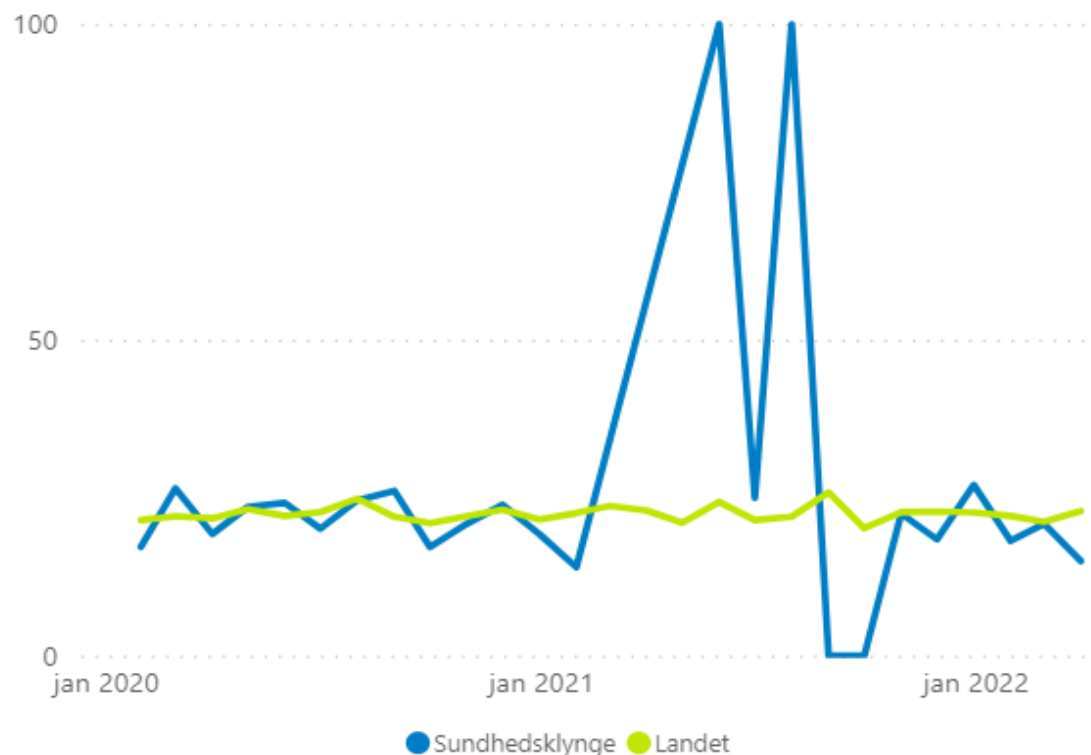
Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt ældre (80+ år) med forudgående hjemmesygepleje, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser blandt ældre (80+ år), som efterfølges af en akut genindlæggelse blandt ældre (80+ år) inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022. Den forudgående kontakt er opgjort som aktivitet i kalendermåneden før den måned, hvor genindlæggelsen er opgjort. Data er ikke fuldendt for alle kommuner, hvorfor udsving i grafen både kan skyldes en ændring i antal borgere med kontakt og antal indberetninger.

Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt ældre (80+ år) med forudgående visteret hjemmehjælp (personlig pleje), opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022

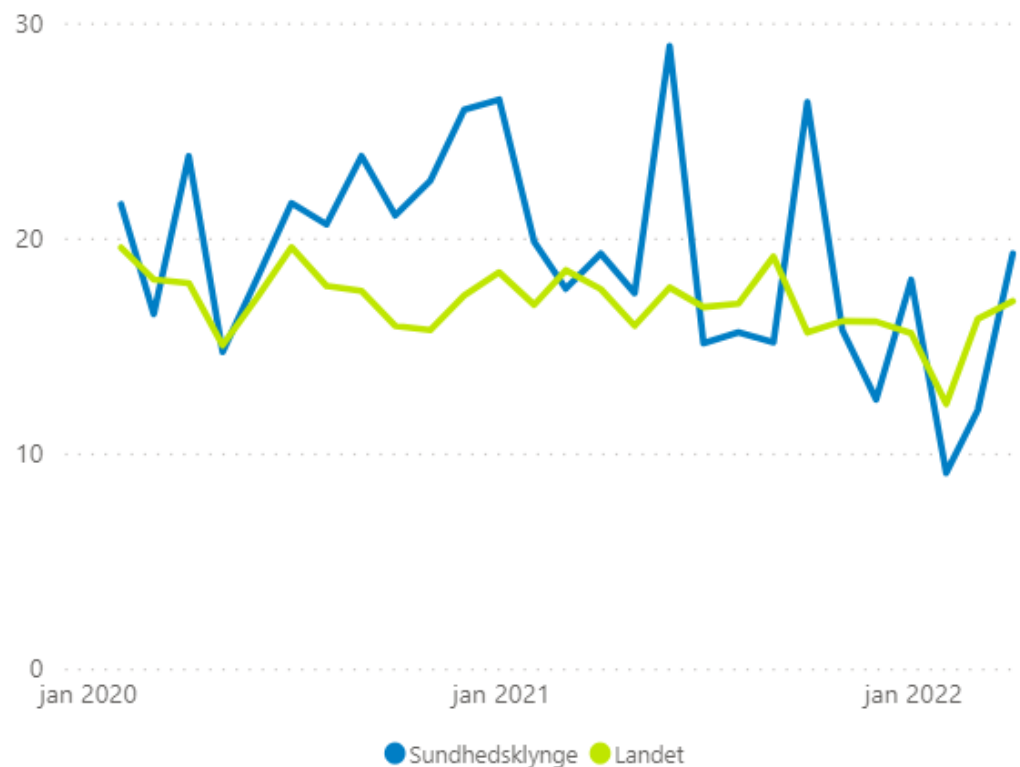


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser blandt ældre (80+ år), som efterfølges af en akut genindlæggelse blandt ældre (80+ år) inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022. Den forudgående kontakt er opgjort som aktivitet i kalendermåneden før den måned, hvor genindlæggelsen er opgjort. Data er ikke fuldendt for alle kommuner, hvorfor udsving i grafen både kan skyldes en ændring i antal borgere med kontakt og antal indberetninger.

Ældre borgere på 80+: Genindlæggelser

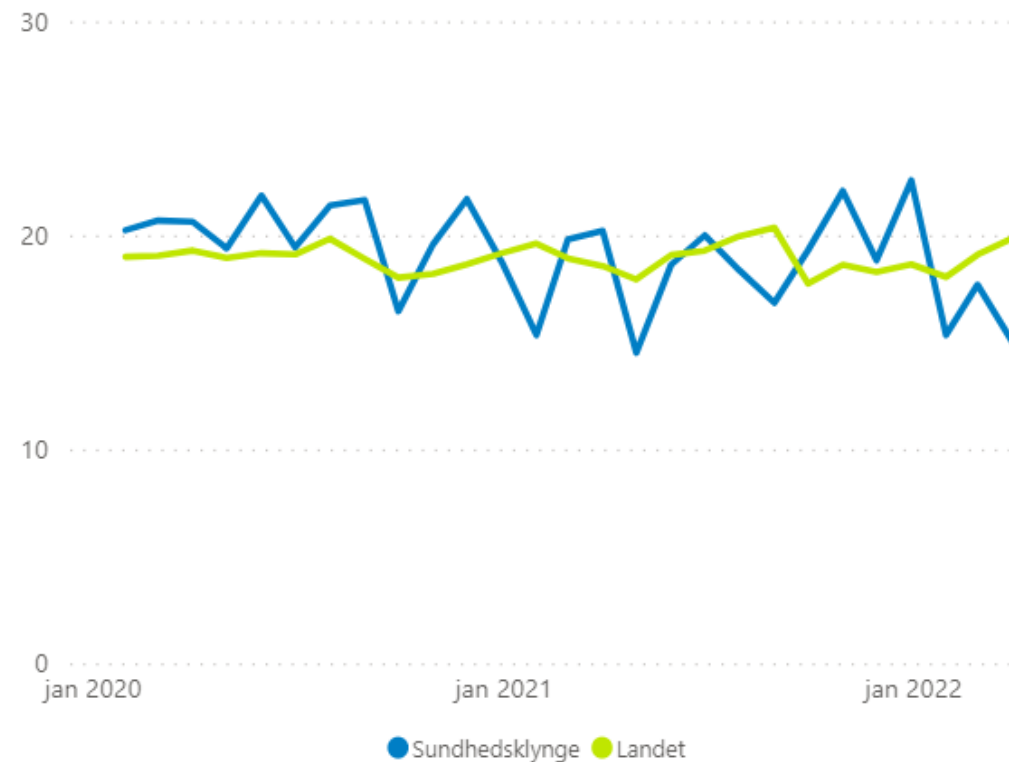
Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt ældre (80+ år) som bor på plejehjem, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Plejehjemsadresser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser blandt ældre (80+ år), som efterfølges af en akut genindlæggelse blandt ældre (80+ år) inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt ældre (80+ år) med forudgående kontakt til almen praksis, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser blandt ældre (80+ år), som efterfølges af en akut genindlæggelse blandt ældre (80+ år) inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022. Den forudgående kontakt er opgjort som aktivitet i kalendermåneden før den måned, hvor genindlæggelsen er opgjort.

Ældre borgere på 80+: Forebyggelige sygehusophold

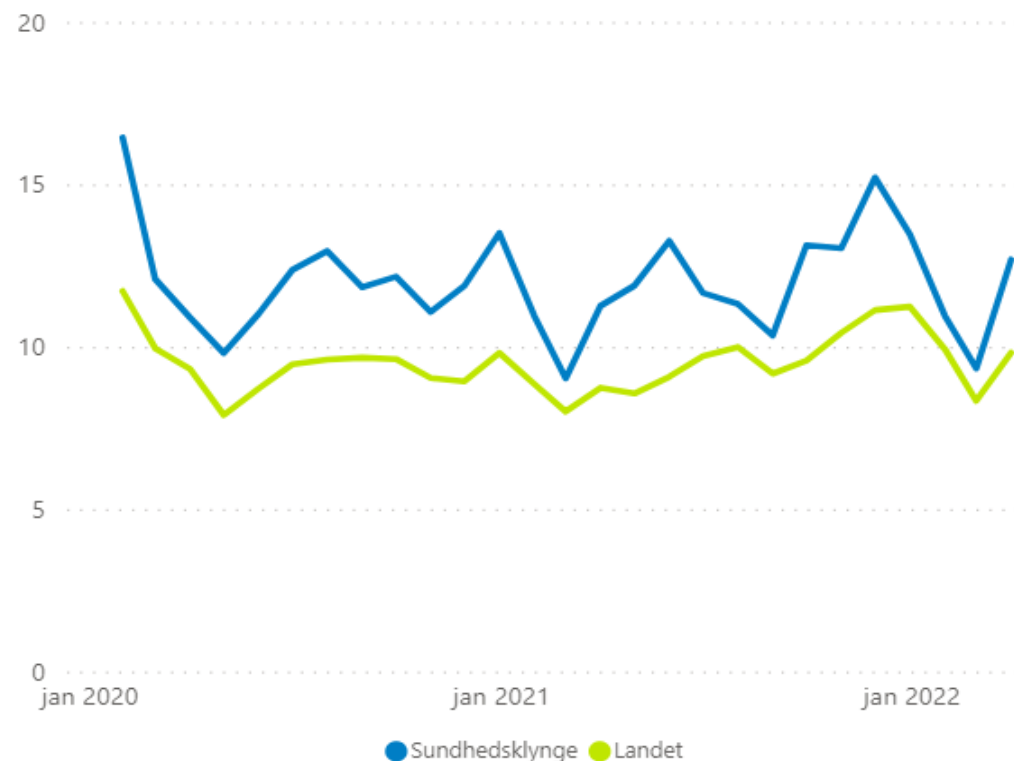
Antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) fordelt på forudgående kontakt, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet, 2020–2021

Forebyggelige sygehusophold		2020	2021
Alle	Sundhedsklyngen	131	130
	Hele landet	103	103
Forudgående visteret hjemmehjælp (personlig pleje)	Sundhedsklyngen	263	250
	Hele landet	268	263
Forudgående hjemmesygepleje	Sundhedsklyngen	273	273
	Hele landet	213	220
Bor på plejehjem	Sundhedsklyngen	251	264
	Hele landet	215	218
Forudgående kontakt til almen praksis	Sundhedsklyngen	137	136
	Hele landet	107	107

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) pr. 1.000 ældre (80+ år). Den forudgående kontakt er opgjort som aktivitet i kalendermåneden før den måned, hvor det forebyggelige sygehusophold er opgjort. En borger kan godt indgå i flere kategorier.

Antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år), opgjort for sundhedsklyngen og hele landet, pr. 1.000 ældre, 2020–2022

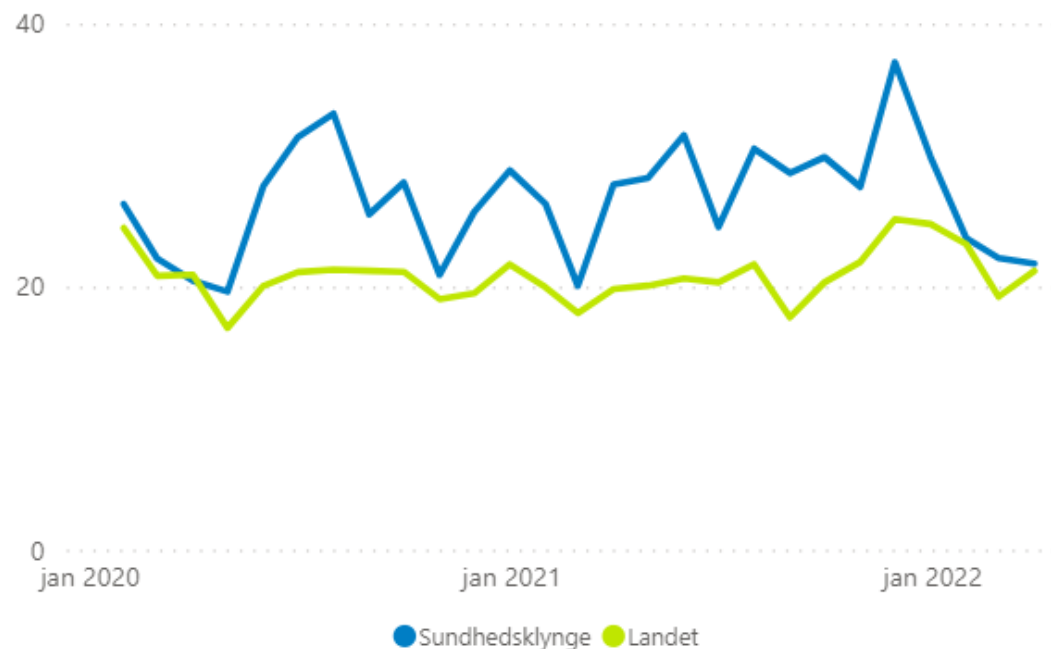


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) pr. 1.000 ældre (80+ år). Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Ældre borgere på 80+: Forebyggelige sygehusophold

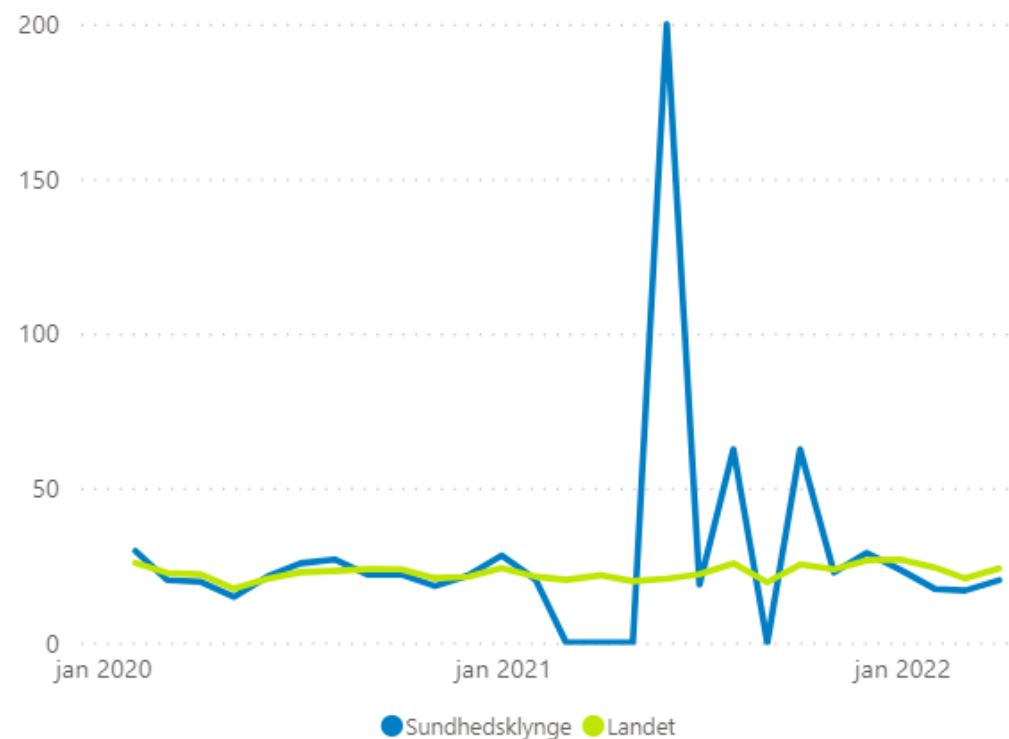
Antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) med forudgående hjemmesygepleje, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet, pr. 1.000 ældre, 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) pr. 1.000 ældre (80+ år). Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022. Den forudgående kontakt er opgjort som aktivitet i kalendermåneden før den måned, hvor det forebyggelige sygehusophold er opgjort. Data er ikke fuldendt for alle kommuner, hvorfor udsving i grafen både kan skyldes en ændring i antal borgere med kontakt og antal indberetninger.

Antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) med forudgående visteret hjemmehjælp (personlig pleje), opgjort for sundhedsklyngen og hele landet, pr. 1.000 ældre, 2020-2022

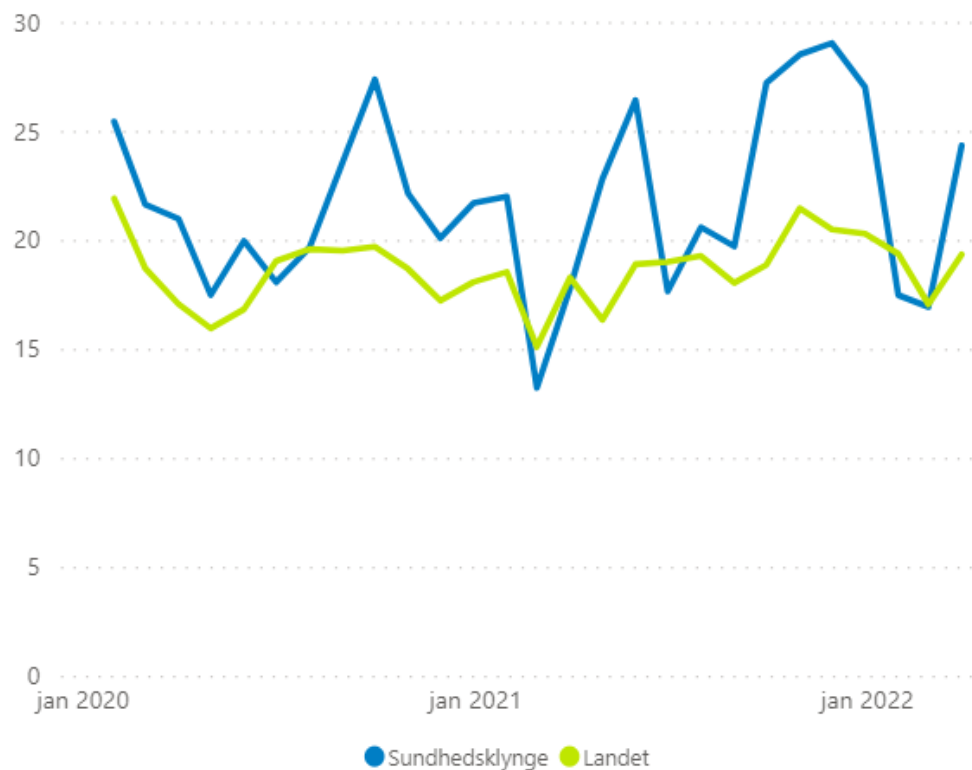


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) pr. 1.000 ældre (80+ år). Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022. Den forudgående kontakt er opgjort som aktivitet i kalendermåneden før den måned, hvor det forebyggelige sygehusophold er opgjort. Data er ikke fuldendt for alle kommuner, hvorfor udsving i grafen både kan skyldes en ændring i antal borgere med kontakt og antal indberetninger.

Ældre borgere på 80+: Forebyggelige sygehusophold

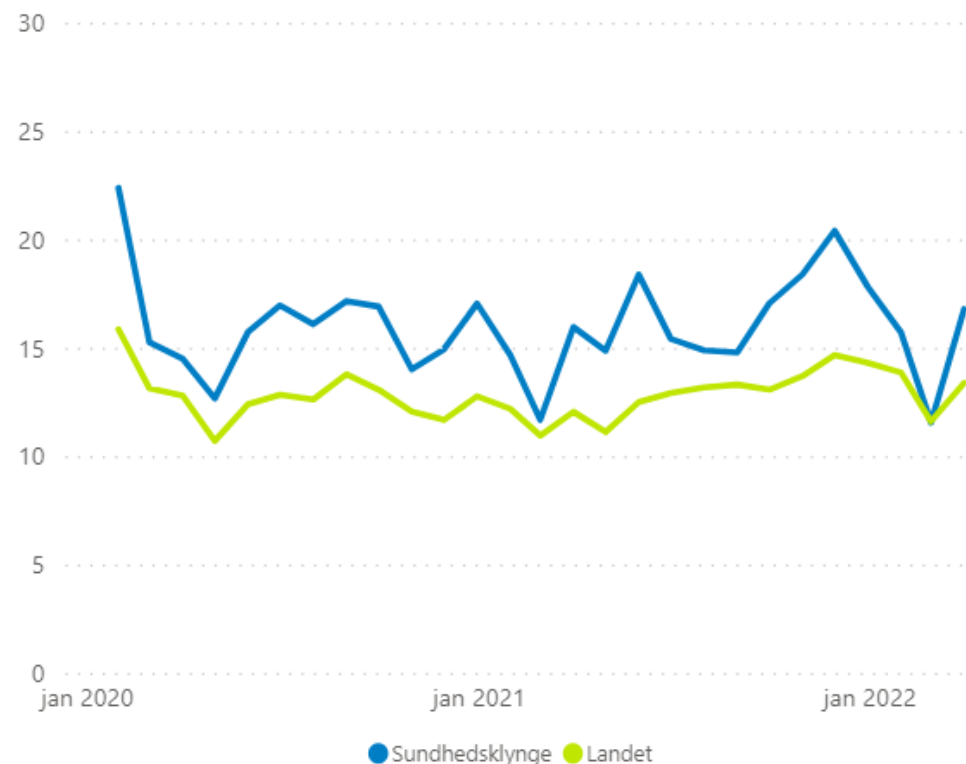
Antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) der bor på plejehjem, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet, pr. 1.000 ældre, 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Plejehjemsadresser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) pr. 1.000 ældre (80+ år). Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) med forudgående kontakt til almen praksis, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet, pr. 1.000 ældre, 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal forebyggelige sygehusophold blandt ældre (80+ år) pr. 1.000 ældre (80+ år). Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022. Den forudgående kontakt er opgjort som aktivitet i kalendermåneden før den måned, hvor det forebyggelige sygehusophold er opgjort.

Borgere med udvalgte kroniske sygdomme

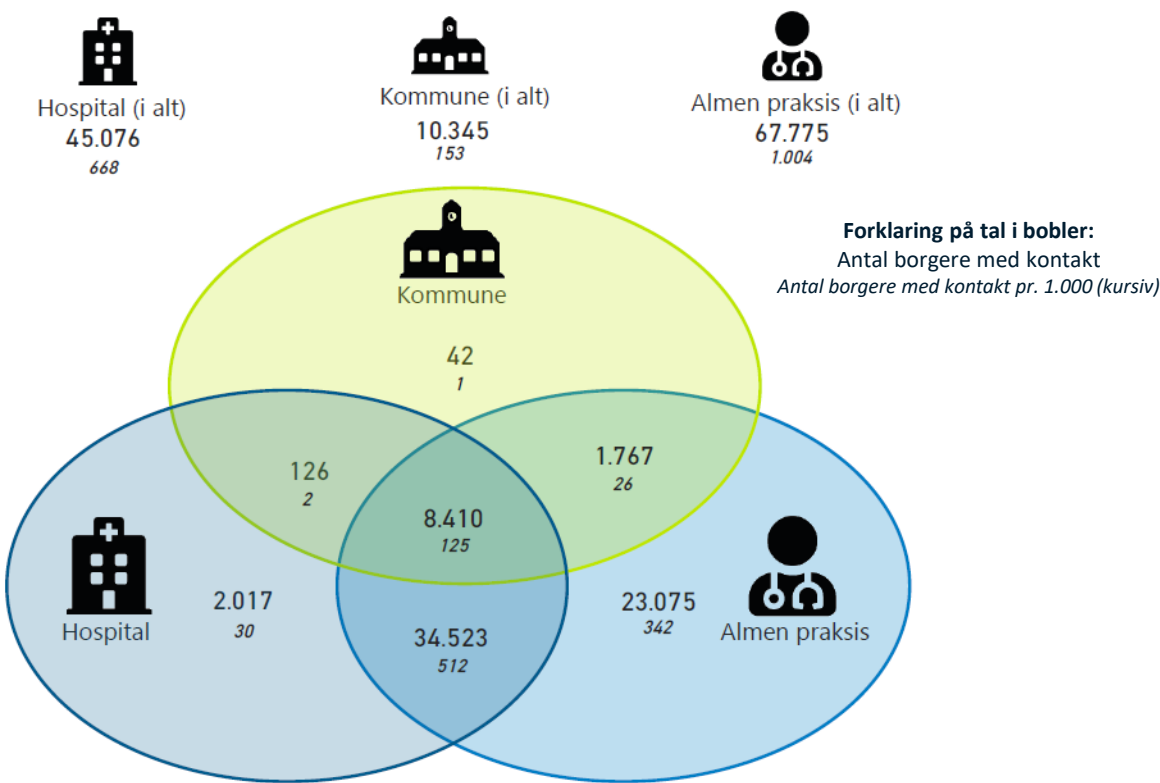
I dette tema er der fokus på borgere med kroniske lidelser i jeres sundhedsklynge. Formålet med temaet er, at I kan blive klogere på en række indikatorer for borgere med kronisk sygdom på tværs af almen praksis, kommuner og hospital i jeres sundhedsklynge og sammenlignet med landsgennemsnittet. Kroniske lidelser er i denne datapakke afgrænset til følgende 8 udvalgte kroniske sygdomme: **astma, demens diabetes I, diabetes II, KOL, leddegigt, osteoporose og skizofreni.**

Kronisk sygdom: Overblik

Antal borgere med kronisk sygdom fordelt på kommuner i sundhedsklyngen, pr. 1.000 borgere, 2022

Bopælskommune	Antal borgere med kronisk sygdom, pr. 1.000	Antal borgere med flere kroniske sygdomme, pr. 1.000
Frederiksberg	166	22
København	150	18
Sundhedsklyngen	154	19
Hele landet	187	26

Antal borgere med kronisk sygdom i sundhedsklyngen med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2021



Kilde: CPR-registeret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

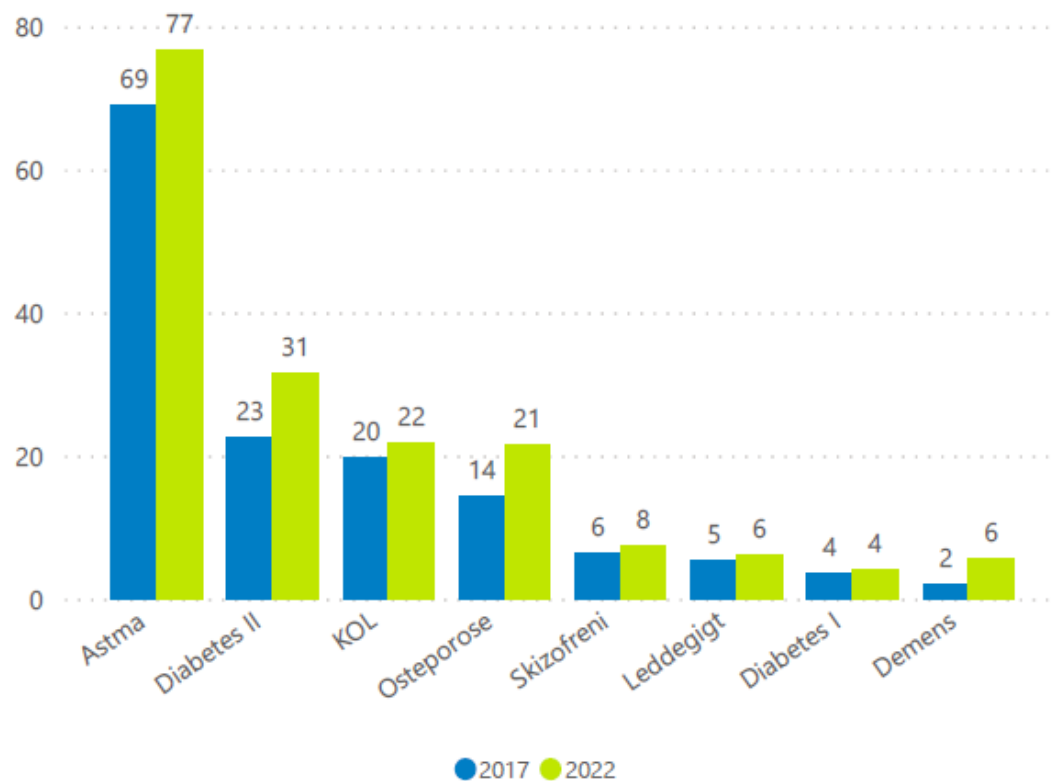
Note: Antal borgere med kronisk sygdom og antal borgere med flere kroniske sygdomme er opgjort pr. 01.01.2022. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borger med kronisk sygdom/flere kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere. opgjort for hele 2021 og er defineret ved kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen og/eller psykiatrisk praksis. I opgørelsen består populationen i Københavns kommune af borgere tilhørende Klynge Byen. På grund af den valgte afgrænsning af sundhedsklynger vil nogle borgere bosiddende i Københavns kommune tilhøre Klynge Syd.

Kilde: CPR-registeret , Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Elektroniske omsorgsjournaler og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene i boblerne angiver antal borgere, der kun har kontakt til den/de angivne sektorer. Eksempelvis har 2.017 borgere kontakt til hospitalet i året uden at have kontakt til kommune eller almen praksis. 34.523 har kontakt til hospital og almen praksis men ikke til kommune. 8.410 har kontakt til både hospital, almen praksis og kommune. Totalen ovenfor er summen af kontakterne i boblerne for hver sektor. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med kronisk sygdom og kontakt pr. 1.000 borgere med kronisk sygdom, som er vist i kursiv.

Kronisk sygdom: Overblik

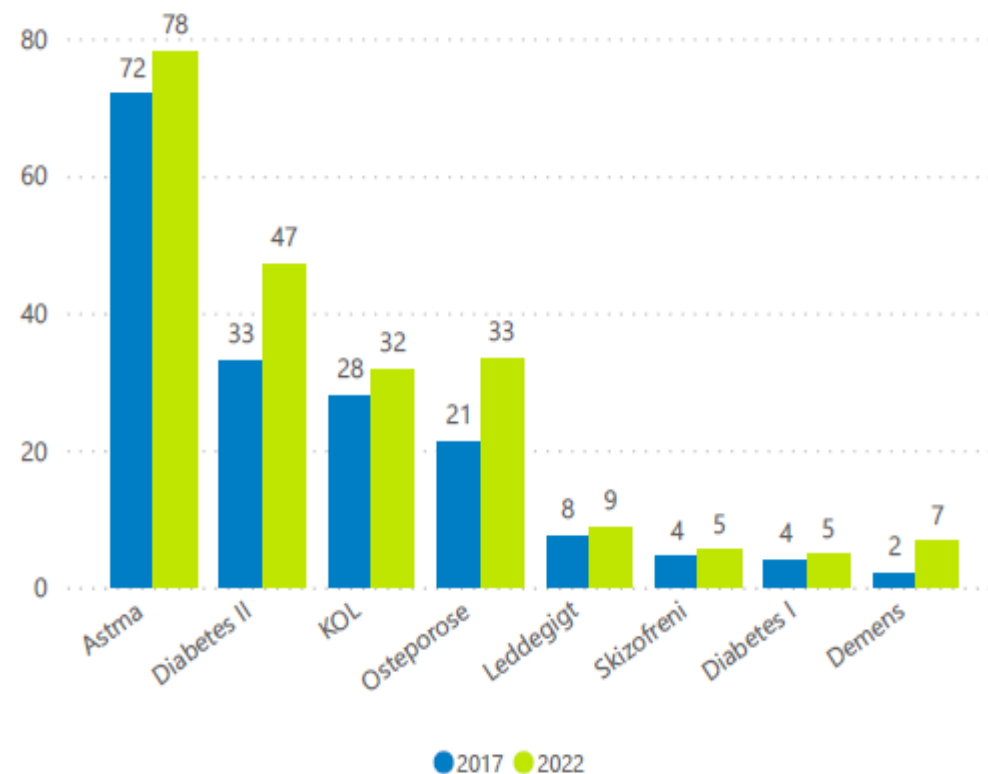
Antal borgere i sundhedsklyngen med udvalgte kroniske sygdomme 2017 og 2022, pr. 1.000 borgere



Kilde: CPR-registeret, Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal borgere med udvalgte kroniske sygdomme er opgjort pr. 01.01.2022. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borger med den udvalgte kronisk sygdomme pr. 1.000 borgere.

Antal borgere i hele landet med udvalgte kroniske sygdomme 2017 og 2022, pr. 1.000 borgere

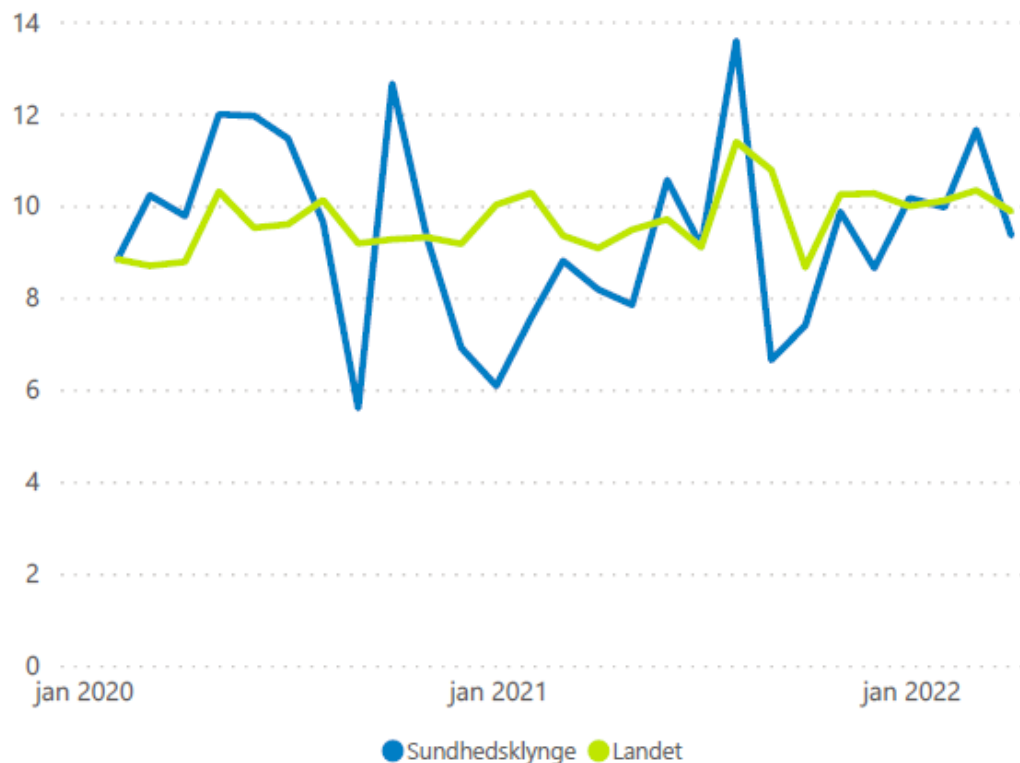


Kilde: CPR-registeret, Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal borgere med udvalgte kroniske sygdomme er opgjort pr. 01.01.2022. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borger med den udvalgte kronisk sygdomme pr. 1.000 borgere.

Kronisk sygdom: Genindlæggelser

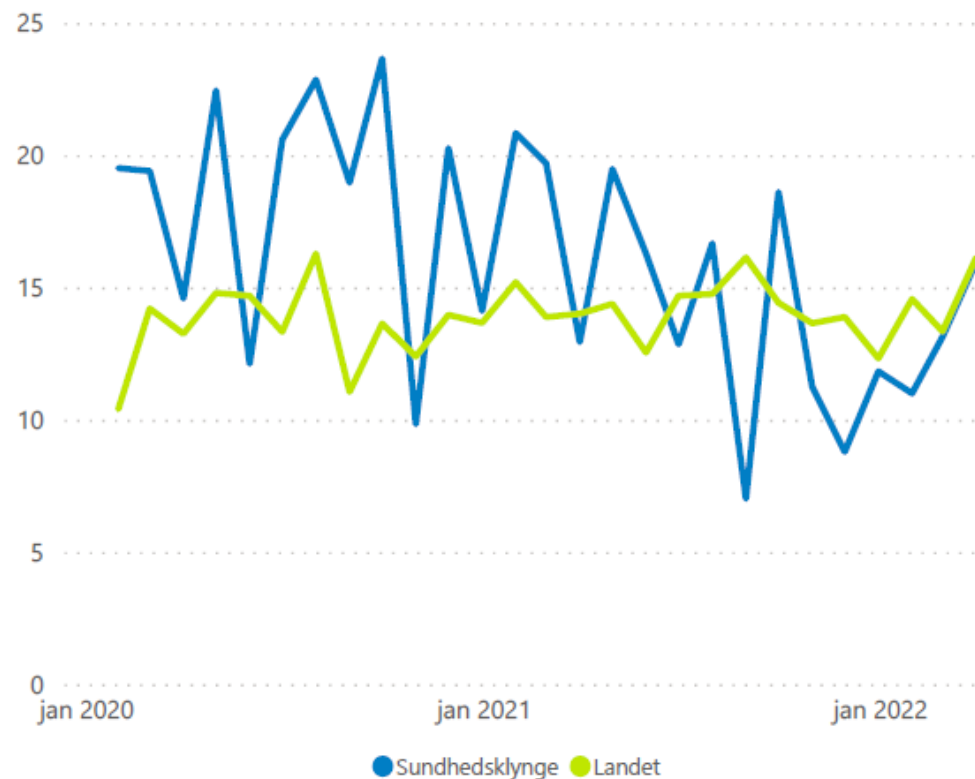
Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med astma, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med demens, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022

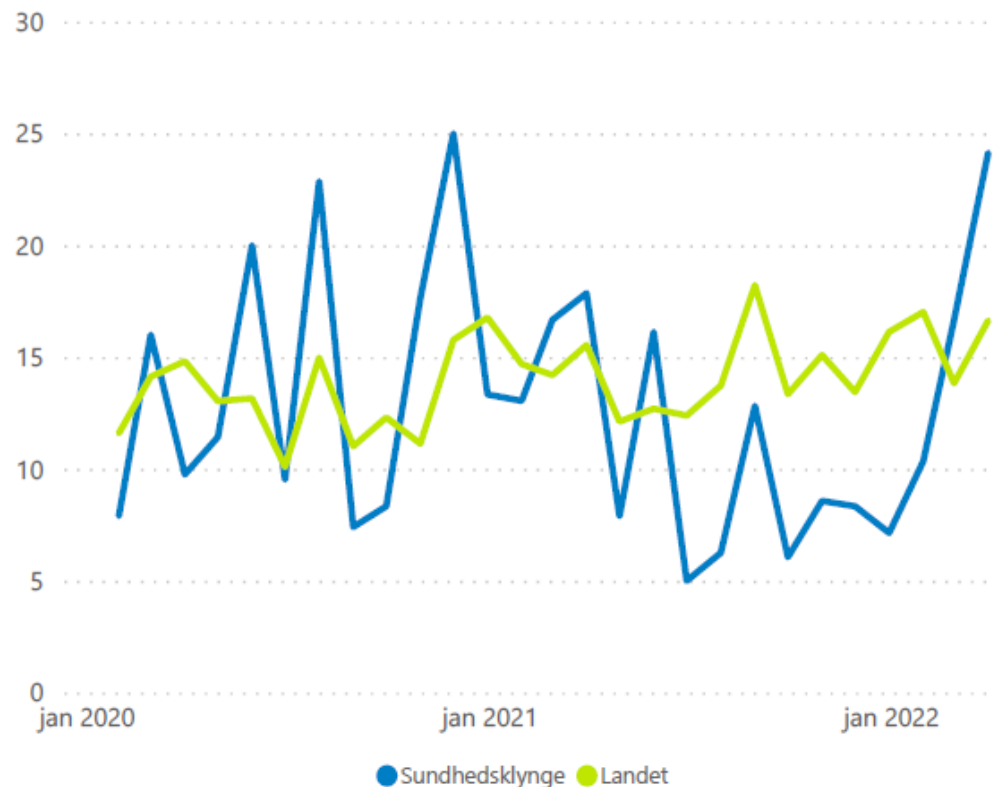


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Kronisk sygdom: Genindlæggelser

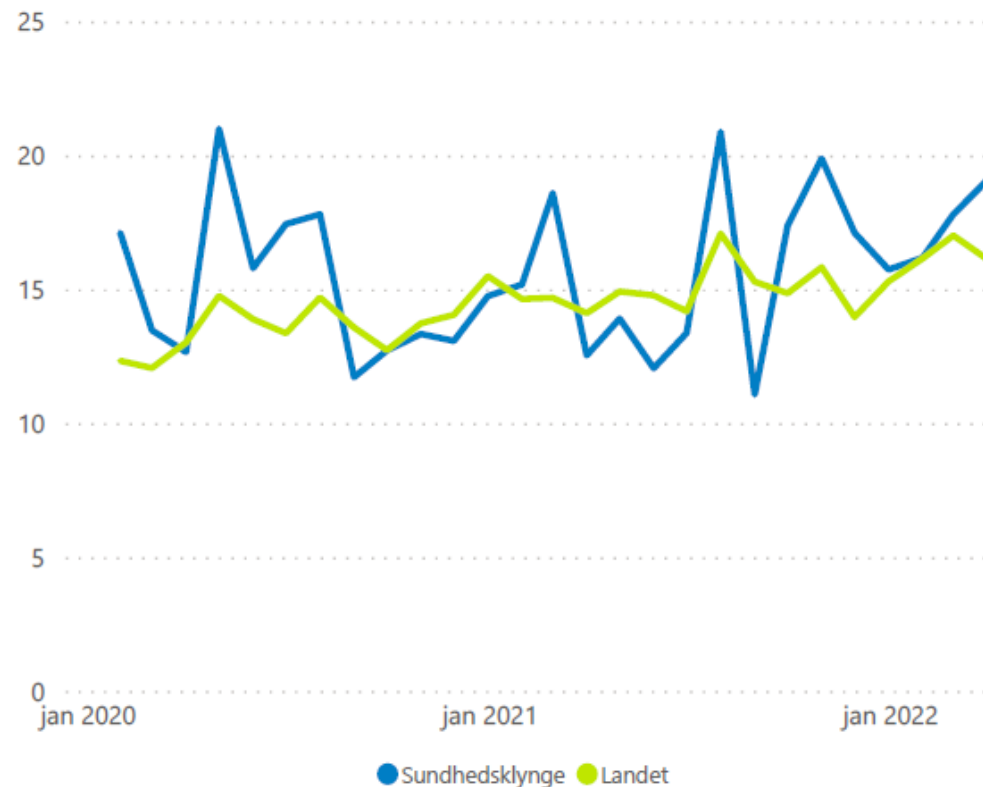
Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes I, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes II, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022

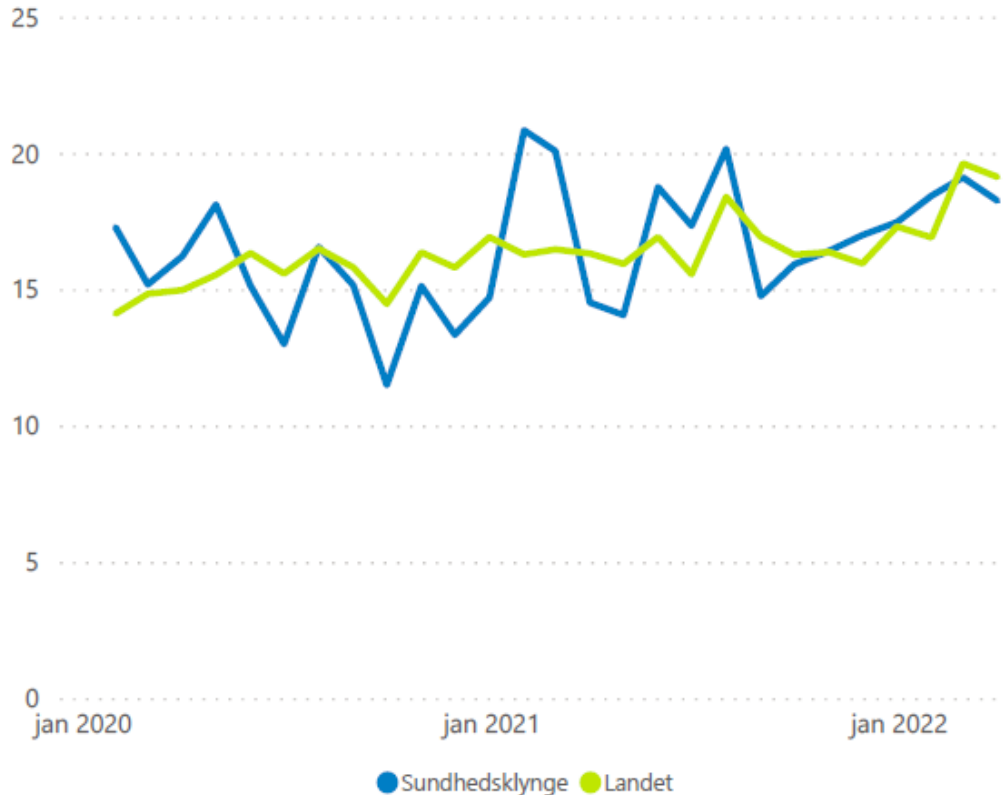


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Kronisk sygdom: Genindlæggelser

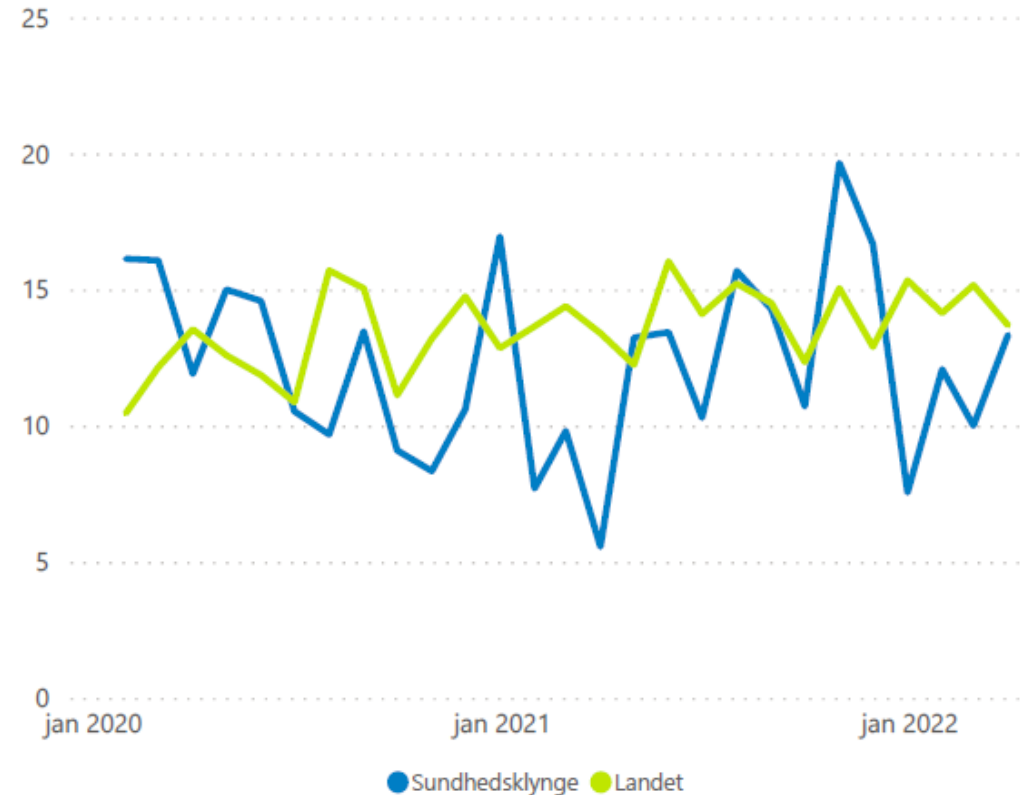
Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med leddegigt, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022

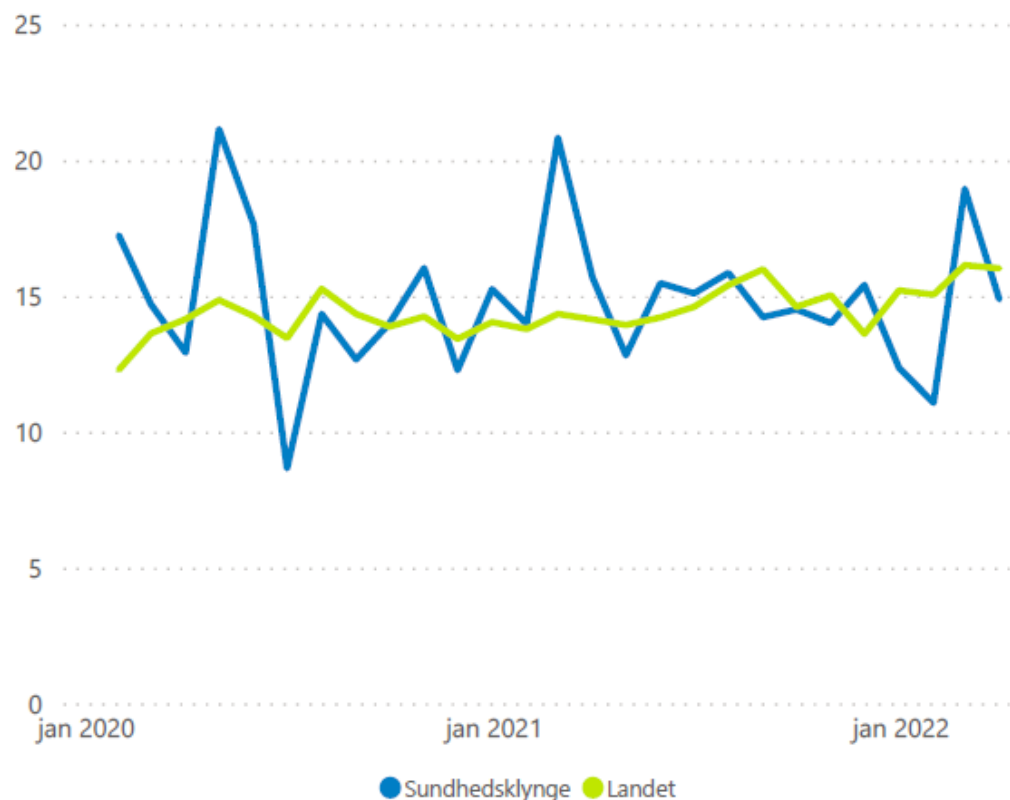


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Kronisk sygdom: Genindlæggelser

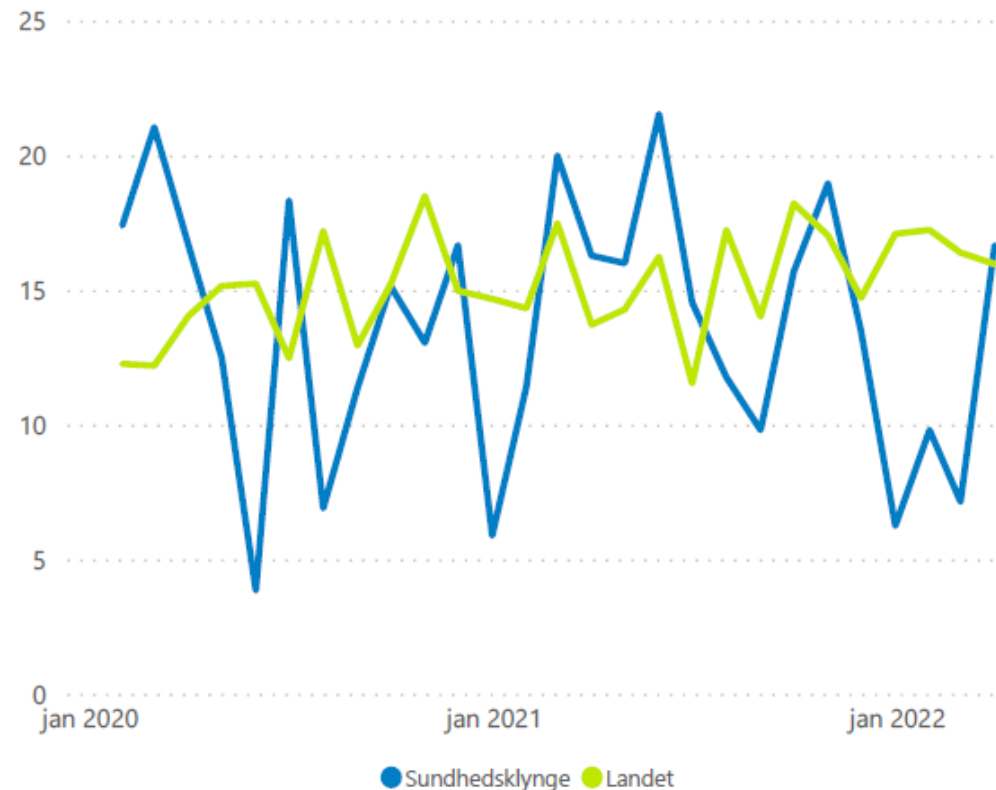
Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med osteporose, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Andel akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med skizofreni, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020-2022



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. Perioden dækker over januar 2020 til og med marts 2022.

Borgere med kontakt til psykiatrien

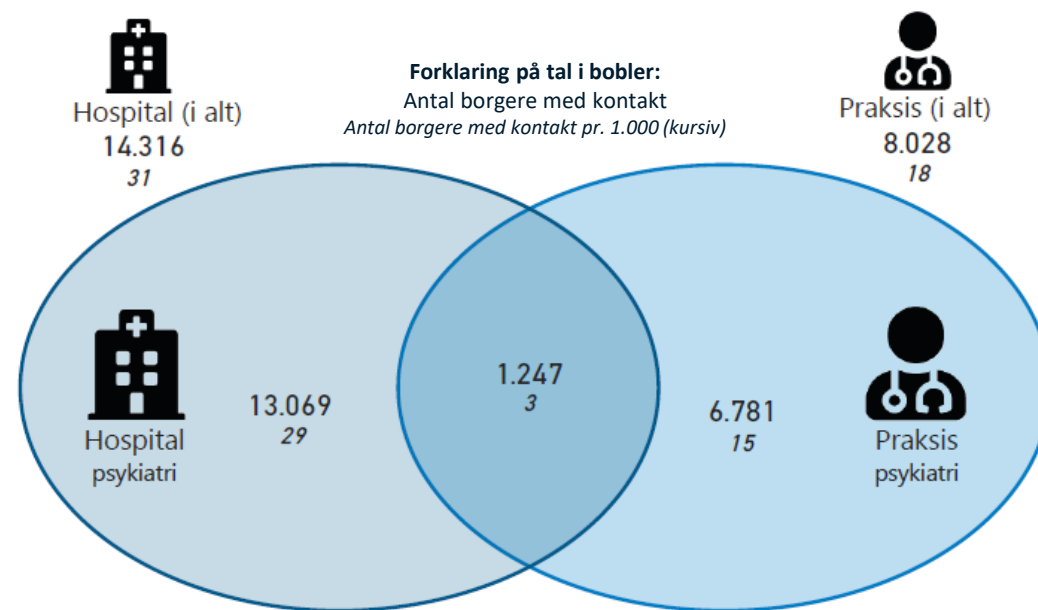
I dette tema er der fokus på borgere i jeres sundhedsklynge med kontakt til det psykiatriske sundhedsvæsen. Formålet med temaet er, at I kan blive klogere på en række indikatorer for borgeres kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen på tværs af hospital og praksissektoren i jeres sundhedsklynge sammenlignet med landsgennemsnittet.

Kontakt til psykiatri: Overblik

Antal borgere med kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen og psykiatrisk praksis fordelt på kommuner i sundhedsklyngen, pr. 1.000 borgere, 2021

Bopælskommune	Antal borgere med kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen, pr. 1.000	Antal borgere med kontakt til psykiatrisk praksis, pr. 1.000
Frederiksberg	28	15
København	32	18
Sundhedsklyngen	31	18
Hele landet	27	10

Antal borgere i sundhedsklyngen med kontakt til det psykiatriske sundhedsvæsen fordelt på sektorer, 2021



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

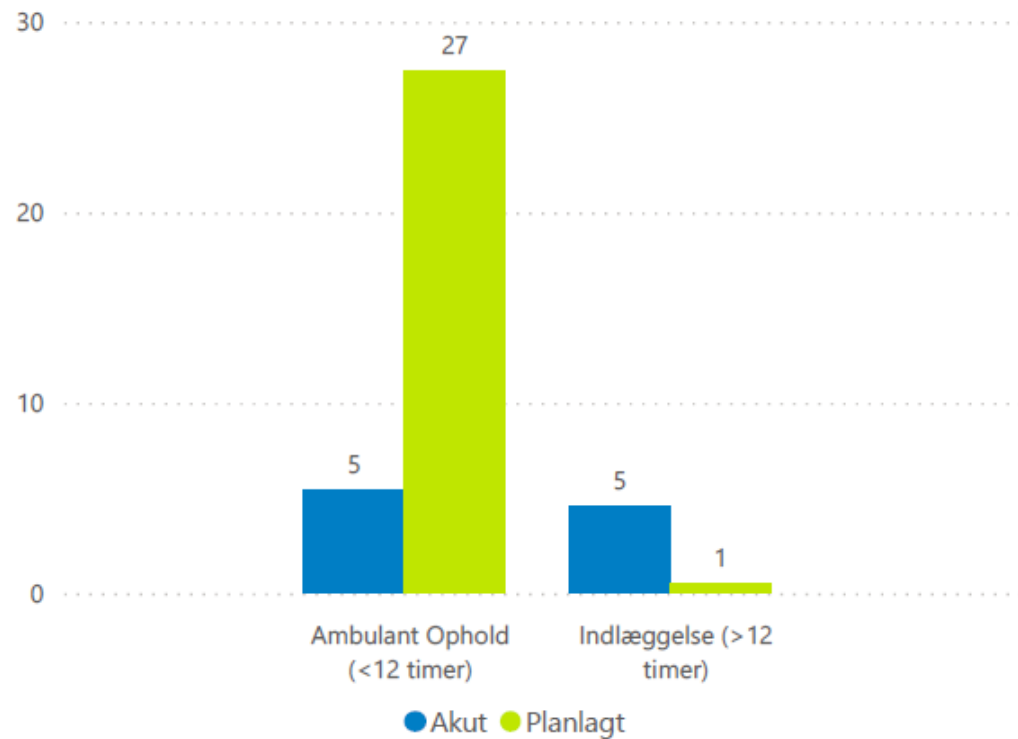
Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen/praksis pr. 1.000 borgere, opgjort for hele 2021 og er defineret ved kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen og/eller psykiatrisk praksis. I opgørelsen består populationen i Københavns kommune af borgere tilhørende Klynge Byen. På grund af den valgte afgrænsning af sundhedsklynger vil nogle borgere bosiddende i Københavns kommune tilhøre Klynge Syd.

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene i boblerne angiver antal borgere der kun har kontakt til den/de angivne sektorer. Eksempelvis har 13.069 borgere kontakt til hospitalet i året uden at have kontakt praksis. 1.247 har kontakt til både hospital og praksis. Totalen ovenfor er summen af kontakterne i boblerne for hver sektor. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med kontakt pr. 1.000 borgere, som er vist i kursiv.

Kontakt til psykiatri: Overblik

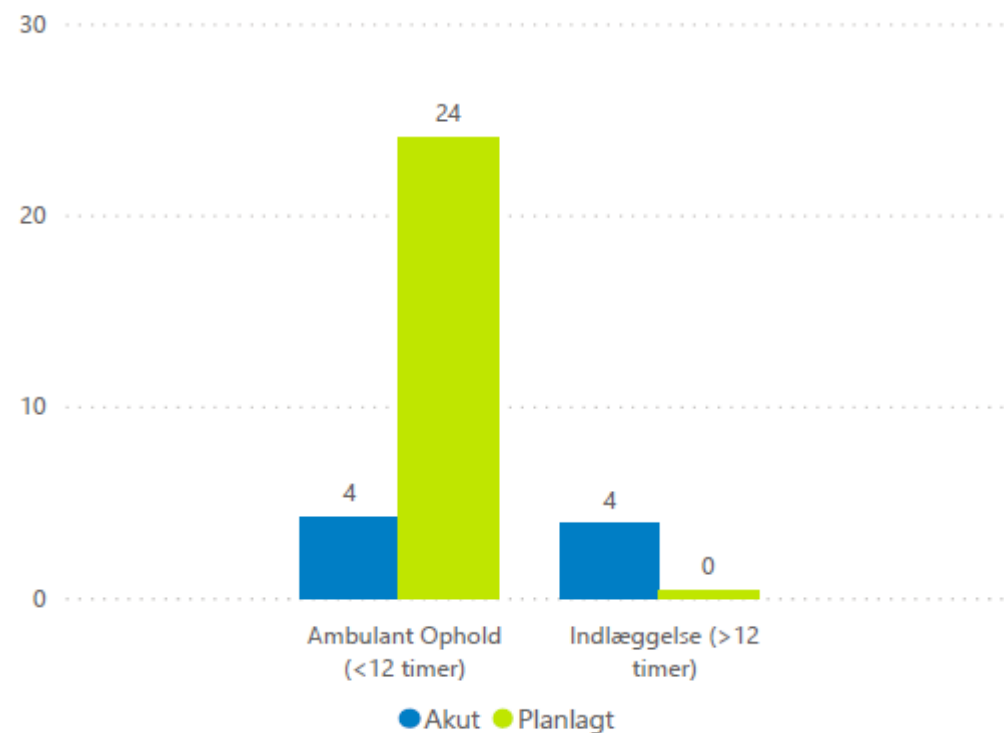
Antal borgere med psykiatrisk indlæggelse og/eller ambulant ophold fordelt på akut og planlagt, opgjort for sundhedsklyngen pr. 1.000 borgere, 2021



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med indlæggelse/ambulant ophold pr. 1.000 borgere.

Antal borgere med psykiatrisk indlæggelse og/eller ambulant ophold fordelt på akut og planlagt, opgjort for hele landet pr. 1.000 borgere, 2021

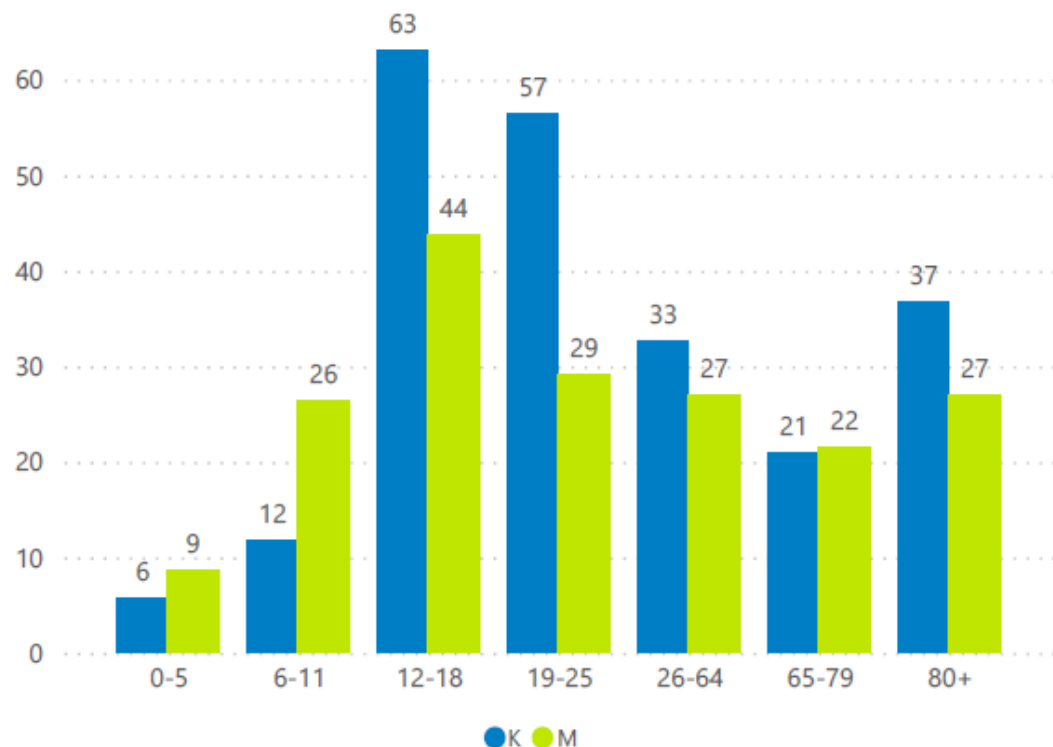


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med indlæggelse/ambulant ophold pr. 1.000 borgere.

Kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen

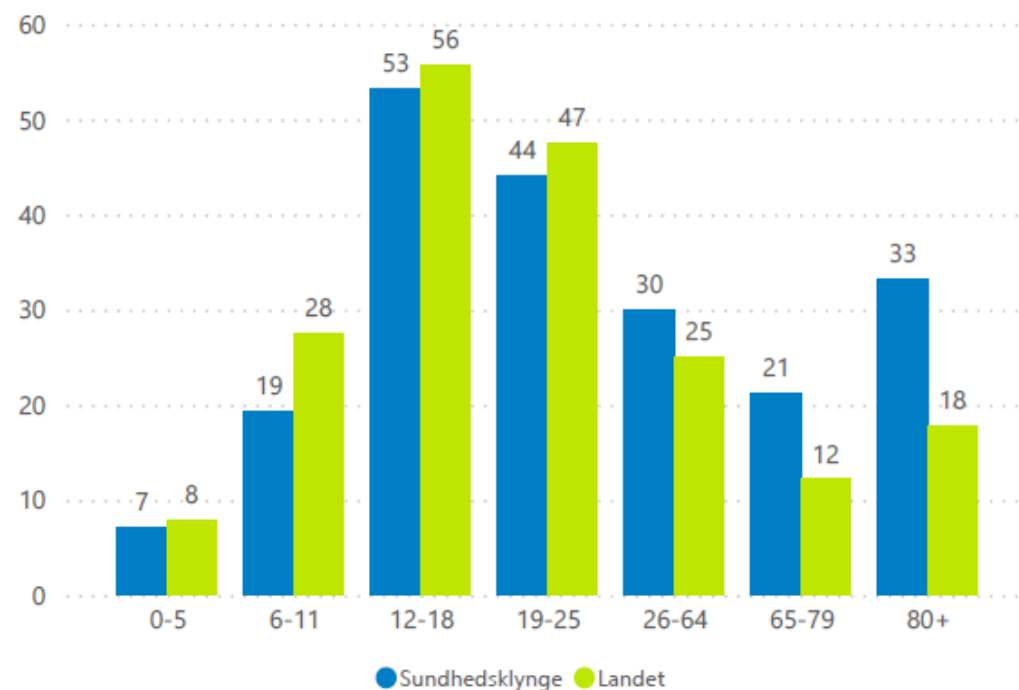
Antal borgere med psykiatrisk sygehusophold fordelt på alder og køn i sundhedsklyngen, pr. 1.000 borgere, 2021



Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen pr. 1.000 borgere i den valgte køns- og alderskategori.

Antal borgere med psykiatrisk sygehusophold fordelt på alder i sundhedsklyngen og hele landet, pr. 1.000 borgere, 2021

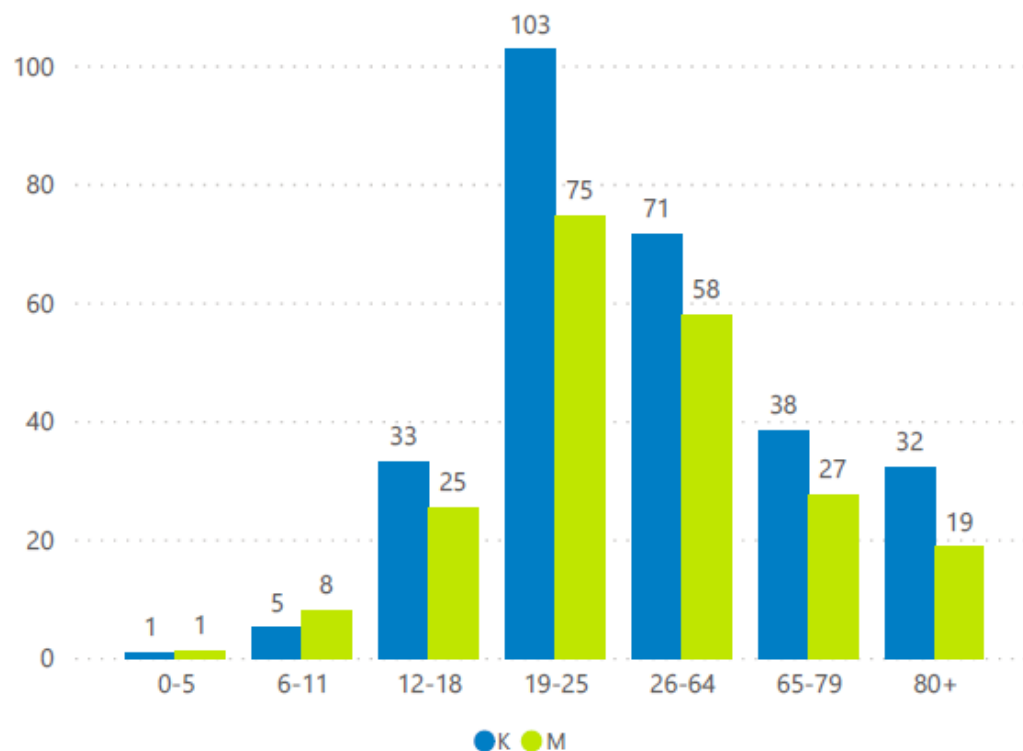


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen pr. 1.000 borgere i den valgte alderskategori.

Kontakt til psykiatri i praksissektoren

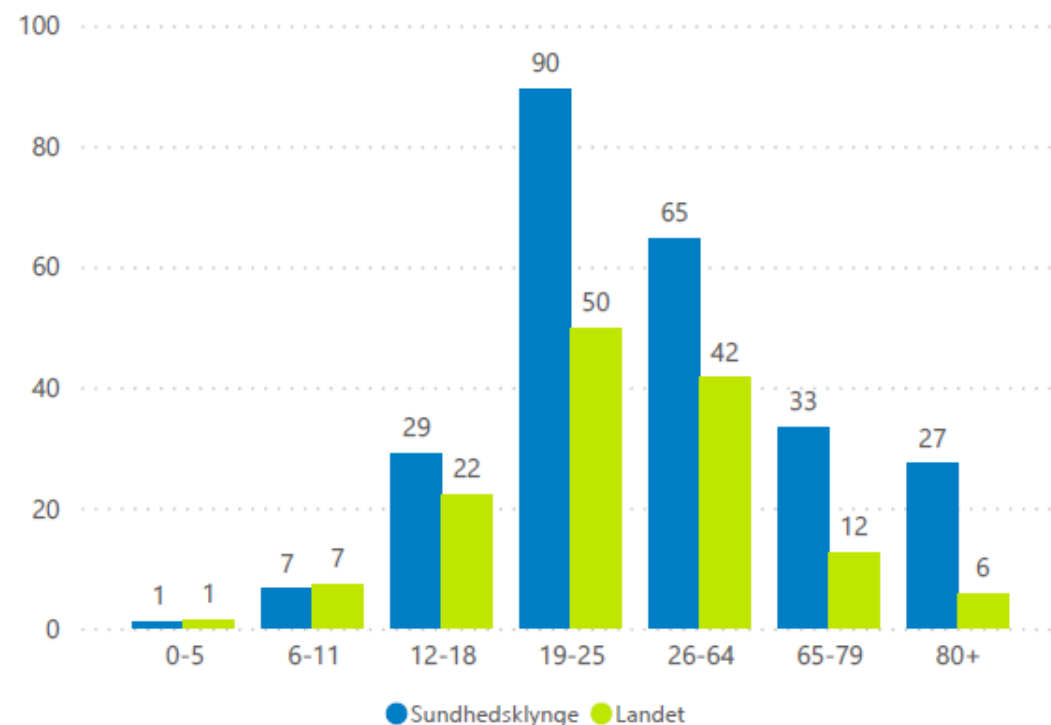
Antal borgere med kontakt til psykiatrisk praksis fordelt på alder og køn i sundhedsklyngen, pr. 1.000 borgere, 2021



Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med kontakt til psykiatrisk praksis pr. 1.000 borgere i den valgte køns- og alderskategori.

Antal borgere med kontakt til psykiatrisk praksis fordelt på alder i sundhedsklyngen og hele landet, pr. 1.000 borgere, 2021

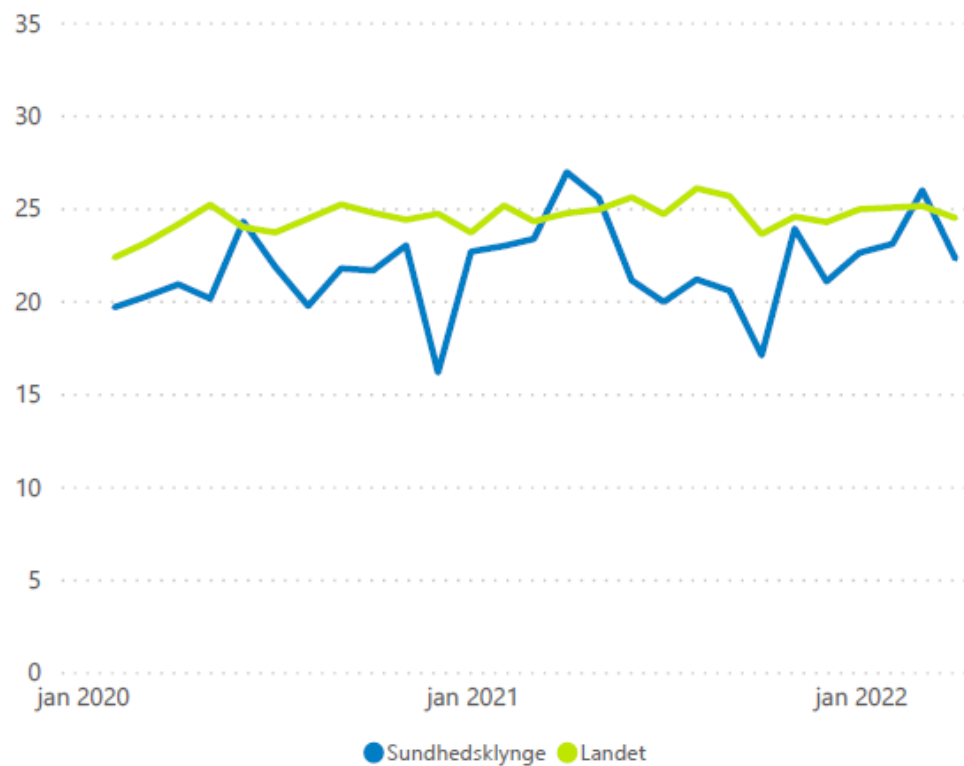


Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Note: Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med kontakt til psykiatrisk praksis pr. 1.000 borgere i den valgte alderskategori.

Kontakt til psykiatri: Genindlæggelser

Andel akutte psykiatriske genindlæggelser, opgjort for sundhedsklyngen og hele landet (pct.), 2020–2022



Kilde: CPR-registret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Andel genindlæggelser er opgjort som andelen af psykiatriske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse.

BILAG PKT. 4

Planlægningsområde Byen

Tal for 2021

	Region Hoved- staden	Planlægningsområde Byen					
	Alle %	Alle %	Mænd %	Kvinder %	16-34 år %	35-64 år %	65+ år %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet ## (17.200 personer i planlægningsområdet)	5	5	5	5	4	5	6
Meget dårligere livskvalitet pga. COVID-19 * ## (67.300 personer i planlægningsområdet)	18	19	20	19	21	17	21
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred # (55.700 personer i planlægningsområdet)	16	14	13	16	8	16	27
Ensomhed # (45.900 personer i planlægningsområdet)	13	13	12	14	16	12	8
Høj score på stressskala # (112.800 personer i planlægningsområdet)	30	32	27	36	37	29	24
Daglig rygning # (47.000 personer i planlægningsområdet)	13	13	15	12	10	16	14
E-cigaretter # (9.100 personer i planlægningsområdet)	3	3	3	2	3	3	2
Røgfri tobak og/eller nikotinposer ## (16.800 personer i planlægningsområdet)	3	5	7	2	9	2	1
Drikker over 14/21 genstande om ugen # (26.800 personer i planlægningsområdet)	7	8	9	7	7	6	13
Rusdrikker ugentligt # (53.800 personer i planlægningsområdet)	12	15	21	10	20	13	10
Usundt kostmønster # (42.700 personer i planlægningsområdet)	14	12	16	9	12	11	17
Lav fysisk aktivitet # (55.100 personer i planlægningsområdet)	18	16	16	15	13	15	26
Total stillesiddende tid - mere end 8 timer ## (229.700 personer i planlægningsområdet)	62	69	71	67	82	67	38
Skærmtid – 4 timer eller mere ## (112.300 personer i planlægningsområdet)	35	34	38	31	39	27	43
Inaktiv transport ** ## (42.400 personer i planlægningsområdet)	27	17	19	16	15	20	
Moderat overvægt (BMI: 25-<30) # (100.100 personer i planlægningsområdet)	32	29	36	23	21	34	37
Svær overvægt (BMI: >=30) # (36.600 personer i planlægningsområdet)	15	11	10	11	6	14	16
Meget generet af søvnproblemer # (51.500 personer i planlægningsområdet)	14	14	12	16	14	15	14

Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF. ## Baseret på data indsamlet på CKFF.

* Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien.

** Hverken cykling eller gang til og fra arbejde blandt borgere i arbejde eller under uddannelse, som er under 65 år.

Planlægningsområde Byen

Tal for 2021

	Region Hoved- staden	Planlægningsområde Byen					
	Alle %	Alle %	Mænd %	Kvinder %	16-34 år %	35-64 år %	65+ år %
Diabetes * (15.400 personer i planlægningsområdet)	5,3	4,0	4,6	3,4	0,6	4,1	13,1
Hjertesygdom ** (11.000 personer i planlægningsområdet)	3,6	2,8	3,5	2,2	0,1	1,8	13,3
Apopleksi *** (5.600 personer i planlægningsområdet)	1,9	1,4	1,6	1,3	0,1	1,0	6,5
Kræft *** (11.600 personer i planlægningsområdet)	3,7	3,0	2,6	3,4	0,3	2,6	11,4
KOL * (13.100 personer i planlægningsområdet)	4,7	3,4	3,2	3,6	=	3,6	12,5
Astma ** (21.900 personer i planlægningsområdet)	6,1	5,6	4,9	6,3	3,9	6,1	9,2
Allergi – selvrappporteret ## (111.900 personer i planlægningsområdet)	31,3	31,5	29,0	33,9	32,0	33,3	25,6
Inflammatorisk ledsygdom ** (5.600 personer i planlægningsområdet)	1,7	1,4	1,3	1,5	0,5	1,6	3,7
Slidgigt – selvrappporteret # (49.000 personer i planlægningsområdet)	19,2	13,8	9,7	17,6	1,3	14,8	45,6
Rygsygdom – selvrappporteret # (36.400 personer i planlægningsområdet)	12,7	10,3	9,7	10,8	4,0	13,2	19,9
Knogleskørhed ** (8.300 personer i planlægningsområdet)	2,7	2,1	0,8	3,4	0,1	1,0	10,9
Kroniske smerter – selvrappporteret ## (457.500 personer i planlægningsområdet)	31,8	31,8	28,0	35,4	20,0	34,7	43,5
Hovedpine, migræne – selvrappporteret # (54.700 personer i planlægningsområdet)	16,8	15,4	8,8	21,6	15,4	18,0	8,5
Depression ** (23.400 personer i planlægningsområdet)	6,4	6,0	4,5	7,4	3,8	7,1	9,3
Angst ** (13.800 personer i planlægningsområdet)	3,6	3,6	2,6	4,5	3,4	4,1	2,5
Demens – blandt 65+ årige ** (2.300 personer i planlægningsområdet)	3,4	3,8	3,3	4,1			3,8

De tomme felter skyldes for få med den kroniske sygdom i denne aldersgrupper (=)

* Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose, medicinsk behandling og/eller fodterapi (diabetes)/spirometri (KOL).

** Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose og/eller medicinsk behandling.

*** Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose.

Baseret på spørgeskemadata indsamlet på CKFF og SIF.

Baseret på spørgeskemadata indsamlet på CKFF.

Planlægningsområde Byen

Tal for 2017

	Region Hoved- staden	Planlægningsområde Byen					
	Alle %	Alle %	Mænd %	Kvinder %	16-34 år %	35-64 år %	65+ år %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet ## (16.300 personer i planlægningsområdet)	5	4	5	4	3	6	5
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred # (47.300 personer i planlægningsområdet)	15	12	11	14	6	15	25
Ensomhed ## (32.600 personer i planlægningsområdet)	8	9	8	9	10	8	5
Høj score på stresskala # (96.800 personer i planlægningsområdet)	25	26	22	30	28	26	21
Daglig rygning # (58.300 personer i planlægningsområdet)	16	16	18	14	14	18	14
E-cigaretter ## (8.300 personer i planlægningsområdet)	3	2	3	1	2	3	1
Drikker over 14/21 genstande om ugen # (35.400 personer i planlægningsområdet)	8	10	11	8	10	8	12
Rusdrikker ugentligt # (70.900 personer i planlægningsområdet)	14	19	26	12	26	14	10
Usundt kostmønster # (33.800 personer i planlægningsområdet)	12	9	12	6	8	9	14
Lav fysisk aktivitet ## (59.700 personer i planlægningsområdet)	19	16	17	15	12	16	27
Total stillesiddende tid - mere end 8 timer # (242.800 personer i planlægningsområdet)	64	70	72	67	79	66	45
Skærmtid – 4 timer eller mere # (106.100 personer i planlægningsområdet)	31	31	34	28	32	26	43
Inaktiv transport ** ## (29.100 personer i planlægningsområdet)	20	11	12	9	7	16	
Moderat overvægt (BMI: 25-<30) # (100.400 personer i planlægningsområdet)	31	27	34	21	20	32	35
Svær overvægt (BMI: >=30) # (35.800 personer i planlægningsområdet)	13	10	9	10	5	13	16
Meget generet af søvnproblemer # (47.100 personer i planlægningsområdet)	13	12	11	14	12	13	12

Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF. ## Baseret på data indsamlet på CKFF.

** Hverken cykling eller gang til og fra arbejde blandt borgere i arbejde eller under uddannelse, som er under 65 år.

Planlægningsområde Byen

Tal for 2017

	Region Hoved- staden	Planlægningsområde Byen					
	Alle %	Alle %	Mænd %	Kvinder %	16-34 år %	35-64 år %	65+ år %
Diabetes * (14.800 personer i planlægningsområdet)	5,1	3,8	4,4	3,3	0,6	3,9	13,6
Hjertesygdom ** (12.500 personer i planlægningsområdet)	4,1	3,2	3,7	2,8	0,1	2,3	15,3
Apopleksi *** (5.700 personer i planlægningsområdet)	1,9	1,5	1,5	1,4	0,1	1,0	7,0
Kræft *** (10.500 personer i planlægningsområdet)	3,4	2,7	2,4	3,0	0,4	2,5	10,5
KOL * (12.600 personer i planlægningsområdet)	4,6	3,3	3,0	3,5	=	3,7	11,9
Astma ** (21.100 personer i planlægningsområdet)	6,0	5,5	4,7	6,2	3,7	6,0	9,2
Allergi – selvrappporteret ## (113.800 personer i planlægningsområdet)	29,2	30,9	28,3	33,4	32,2	31,9	23,6
Inflammatorisk ledsygdom ** (5.200 personer i planlægningsområdet)	1,6	1,3	1,2	1,5	0,5	1,4	3,6
Slidgigt – selvrappporteret # (46.800 personer i planlægningsområdet)	18,0	12,6	9,5	15,4	1,1	14,9	45,3
Rygsygdom – selvrappporteret # (32.800 personer i planlægningsområdet)	11,6	8,9	8,0	9,7	3,9	11,9	17,5
Knogleskørhed ** (8.200 personer i planlægningsområdet)	2,7	2,1	0,7	3,4	0,1	1,2	10,9
Hovedpine, migræne – selvrappporteret # (53.700 personer i planlægningsområdet)	16,0	14,8	9,0	20,3	14,5	17,7	7,5
Depression ** (24.700 personer i planlægningsområdet)	7,1	6,4	4,7	8,0	3,7	7,9	10,4
Angst ** (11.900 personer i planlægningsområdet)	3,0	3,1	2,3	3,8	2,7	3,7	2,7
Demens – blandt 65+ årige ** (2.400 personer i planlægningsområdet)	3,6	4,3	3,3	5,0			4,3

De tomme felter skyldes for få med den kroniske sygdom i denne aldersgrupper (=)

* Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose, medicinsk behandling og/eller fodterapi (diabetes)/spirometri (KOL).

** Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose og/eller medicinsk behandling.

*** Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose.

Baseret på spørgeskemadata indsamlet på CKFF og SIF.

Baseret på spørgeskemadata indsamlet på CKFF.

Planlægningsområde Byen

Tal for 2013

	Region Hoved- staden	Planlægningsområde Byen					
	Alle %	Alle %	Mænd %	Kvinder %	16-34 år %	35-64 år %	65+ år %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred # (41.900 personer i planlægningsområdet)	13	12	11	13	5	15	27
Høj score på stresskala # (71.200 personer i planlægningsområdet)	21	21	18	24	20	22	23
Daglig rygning # (55.100 personer i planlægningsområdet)	15	15	18	13	11	20	18
Drikker over 14/21 genstande om ugen # (40.500 personer i planlægningsområdet)	10	12	13	10	12	11	14
Rusdrikker ugentligt # (79.600 personer i planlægningsområdet)	15	22	30	16	31	16	9
Usundt kostmønster # (27.700 personer i planlægningsområdet)	10	8	11	5	7	8	15
Lav fysisk aktivitet # (45.900 personer i planlægningsområdet)	15	13	13	14	8	14	31
Inaktiv transport ** ## (26.100 personer i planlægningsområdet)	22	10	14	7	8	13	
Moderat overvægt (BMI: 25-<30) # (86.400 personer i planlægningsområdet)	30	25	32	18	17	31	36
Svær overvægt (BMI: >=30) # (27.100 personer i planlægningsområdet)	11	8	8	8	3	11	14
Meget generet af søvnproblemer # (36.700 personer i planlægningsområdet)	11	10	9	12	9	12	13

Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF. ## Baseret på data indsamlet på CKFF.

** Hverken cykling eller gang til og fra arbejde blandt borgere i arbejde eller under uddannelse, som er under 65 år.

Planlægningsområde Byen

Tal for 2013

	Region Hoved- staden	Planlægningsområde Byen					
	Alle %	Alle %	Mænd %	Kvinder %	16-34 år %	35-64 år %	65+ år %
Diabetes * (14.100 personer i planlægningsområdet)	4,9	3,9	4,4	3,3	0,5	4,0	13,3
Hjertesygdom ** (12.800 personer i planlægningsområdet)	4,3	3,5	3,8	3,2	0,1	2,5	16,5
Apopleksi *** (5.800 personer i planlægningsområdet)	1,9	1,6	1,6	1,6	0,1	1,1	7,6
Kræft *** (9.600 personer i planlægningsområdet)	3,2	2,6	2,3	3,0	0,4	2,4	10,1
KOL * (11.300 personer i planlægningsområdet)	4,3	3,1	2,7	3,4	=	3,5	11,0
Astma ** (20.100 personer i planlægningsområdet)	6,0	5,5	4,7	6,2	3,8	6,0	9,3
Allergi – selvrapporteret ## (98.800 personer i planlægningsområdet)	27,5	28,4	24,9	31,6	29,5	27,6	27,0
Inflammatorisk ledsygdom ** (4.800 personer i planlægningsområdet)	1,4	1,3	1,1	1,5	0,4	1,4	3,5
Slidgigt – selvrapporteret # (42.500 personer i planlægningsområdet)	17,6	12,2	9,1	15,1	1,5	15,5	46,7
Rygsygdom – selvrapporteret # (34.100 personer i planlægningsområdet)	12,2	9,8	10,7	8,9	4,7	13,6	18,3
Knogleskørhed ** (8.100 personer i planlægningsområdet)	2,6	2,2	0,6	3,7	0,1	1,3	11,0
Hovedpine, migræne – selvrapporteret # (44.700 personer i planlægningsområdet)	13,5	12,9	7,1	18,2	13,0	14,4	7,6
Depression ** (27.600 personer i planlægningsområdet)	8,1	7,6	5,4	9,6	4,7	9,1	11,9
Angst ** (10.300 personer i planlægningsområdet)	2,7	2,8	2,1	3,5	2,4	3,3	2,8
Demens – blandt 65+ årige ** (2.400 personer i planlægningsområdet)	3,7	4,5	3,3	5,4			4,5

De tomme felter skyldes for få med den kroniske sygdom i denne aldersgrupper (=)

* Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose, medicinsk behandling og/eller fodterapi (diabetes)/spirometri (KOL).

** Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose og/eller medicinsk behandling.

*** Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose.

Baseret på spørgeskemadata indsamlet på CKFF og SIF.

Baseret på spørgeskemadata indsamlet på CKFF.

Planlægningsområde Byen

Tal for 2010

	Region Hoved- staden	Planlægningsområde Byen					
	Alle %	Alle %	Mænd %	Kvinder %	16-34 år %	35-64 år %	65+ år %
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred # (44.100 personer i planlægningsområdet)	14	13	12	15	5	17	29
Høj score på stresskala ## (74.100 personer i planlægningsområdet)	22	23	20	26	20	24	27
Daglig rygning # (61.500 personer i planlægningsområdet)	19	18	21	16	14	23	19
Drikker over 14/21 genstande om ugen # (49.200 personer i planlægningsområdet)	13	15	18	13	18	12	15
Usundt kostmønster # (24.900 personer i planlægningsområdet)	10	8	11	5	6	8	14
Lav fysisk aktivitet # (40.800 personer i planlægningsområdet)	14	12	11	13	7	13	29
Inaktiv transport ** ## (29.700 personer i planlægningsområdet)	24	12	16	8	8	17	
Moderat overvægt (BMI: 25-<30) # (85.200 personer i planlægningsområdet)	30	26	32	20	17	32	33
Svær overvægt (BMI: >=30) # (30.400 personer i planlægningsområdet)	11	9	9	9	4	13	16
Meget generet af søvnproblemer # (35.800 personer i planlægningsområdet)	11	11	9	12	8	12	14

Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF. ## Baseret på data indsamlet på CKFF.

** Hverken cykling eller gang til og fra arbejde blandt borgere i arbejde eller under uddannelse, som er under 65 år.

Planlægningsområde Byen

Tal for 2010

	Region Hoved- staden	Planlægningsområde Byen					
	Alle %	Alle %	Mænd %	Kvinder %	16-34 år %	35-64 år %	65+ år %
Diabetes *	4,2	3,6	4,1	3,1	0,5	3,8	11,8
(12.400 personer i planlægningsområdet)							
Hjertesygdom **	4,3	3,7	4,0	3,5	0,1	2,5	18,0
(12.900 personer i planlægningsområdet)							
Apopleksi ***	1,9	1,7	1,7	1,8	0,1	1,2	8,2
(6.000 personer i planlægningsområdet)							
Kræft ***	2,9	2,5	2,1	2,9	0,4	2,4	9,0
(8.600 personer i planlægningsområdet)							
KOL *	3,9	2,9	2,6	3,2	=	3,4	10,2
(10.200 personer i planlægningsområdet)							
Astma **	6,0	5,8	4,9	6,6	4,0	6,1	9,9
(20.000 personer i planlægningsområdet)							
Allergi – selvrappporteret ##	26,7	28,9	26,2	31,6	28,8	30,8	23,2
(93.700 personer i planlægningsområdet)							
Inflammatorisk ledsygdom **	1,3	1,2	1,0	1,5	0,4	1,4	3,2
(4.300 personer i planlægningsområdet)							
Slidgigt – selvrappporteret #	17,7	13,6	10,4	16,6	1,4	16,7	49,9
(44.600 personer i planlægningsområdet)							
Rygsygdom – selvrappporteret #	12,5	11,0	10,7	11,4	5,3	14,7	20,5
(36.000 personer i planlægningsområdet)							
Knogleskørhed **	2,2	2,2	0,5	3,6	0,0	1,4	10,5
(7.400 personer i planlægningsområdet)							
Hovedpine, migræne – selvrappporteret #	15,6	14,6	8,7	20,2	12,3	18,3	10,9
(47.500 personer i planlægningsområdet)							
Depression **	7,7	7,7	5,5	9,8	4,6	9,1	12,8
(26.700 personer i planlægningsområdet)							
Angst **	2,4	2,4	1,7	3,1	2,1	2,7	2,5
(8.400 personer i planlægningsområdet)							
Demens – blandt 65+ årige **	4,0	4,8	3,5	5,7			4,8
(2.400 personer i planlægningsområdet)							

De tomme felter skyldes for få med den kroniske sygdom i denne aldersgrupper (=)

* Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose, medicinsk behandling og/eller fodterapi (diabetes)/spirometri (KOL).

** Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose og/eller medicinsk behandling.

*** Baseret på registerdata vedr. hospitalsdiagnose.

Baseret på spørgeskemadata indsamlet på CKFF og SIF.

Baseret på spørgeskemadata indsamlet på CKFF.

Afrapportering for arbejdsgruppen for sundhedsklyngeøkonomi

Med aftalen om sundhedsklynger lægges der op til, at sundhedsklyngerne samarbejder om fælles koordinerede indsatser, og der blev samtidig til opstart afsat 80 mio. kr. i centrale midler (i 2022) mhp. styrket sammenhæng, nærhed og omstilling. Dette notat beskæftiger sig alene med udmøntningen af midler til klyngerne i indeværende år (2022). Det bemærkes, at ovenstående model for fordeling alene gælder afsatte midler til opstart af klyngerne i 2022. Der udarbejdes et nyt papir vedr. midler til sundhedsklyngerne i 2023.

Notatet gennemgår status for drøftelser om midler til klyngerne og indretning af klyngerne ml. Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner. Drøftelserne er opsummeret i følgende punkter:

- A. Hvad skal midler anvendes på og hvordan besluttet det?
- B. Fordeling af opstartsmidler i 2022
- C. Inspiration til evaluering af klyngernes indsats i 2022
- D. Inspiration til opfølgning på brugen af klyngemidler i 2022

Baggrund

Der er i 2022 via aftalen om sundhedsklynger afsat 80 mio. kr. fra centralt hold til opstart af samarbejdet i sundhedsklyngerne. Der er behov for at klarlægge fordeling af de afsatte 80 mio. kr. i klyngerne, derudover skal klarlægges retningslinjer og eksempler for brug af midlerne, der kan understøtte klyngernes arbejde.

Der er ikke hjemmel i lovgivningen til fælles beslutningstagen om økonomi. Sundhedsklyngerne samarbejder derfor om fælles koordinerede indsatser. I det følgende gennemgås modellen for fordeling af klyngemidler og retning for klyngernes arbejde i 2022.

Afsnit A om anvendelse gælder såvel de afsatte opstartsmidler som decentrale midler prioriteret fra regioner og kommuner til projekter i samarbejderne.

A. Hvad skal midler i 2022 anvendes på og hvordan besluttet det?

På baggrund af møde om sundhedsklynger d. 11. maj 2022 ml. KL, Danske Regioner og Sundhedsministeriet blev nedenstående model for retning og governance i klyngerne besluttet, inkl. eksempler på indsatser:

De 80 mio. kr. i 2022 skal understøtte klyngerne som en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen gennem bl.a. udvikling af konkrete indsatser.

Der er enighed om, at midlerne primært skal anvendes til udviklingsinitiativer, og ikke sekretariatsbetjening eller drift. Der lægges op til, at klyngernes arbejde i 2022 fokuserer på konkrete indsatser målrettet de fælles patienter og patientforløb der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommune, herunder:

- **Borgere med kroniske sygdomme:** Samarbejde om patienter med kroniske sygdomme, der både får behandling på sygehuse, i almen praksis og forebyggende og rehabiliterende indsatser i kommuner.
- **Akutområdet:** Fx afprøvning af model for udvidet behandlingsansvar, tilbud om udkørende speciallæge, akutsygeplejerske, paramediciner til fx plejehjem, kommunale akutpladser eller eget hjem eller kompetenceudvikling af personale i hjemmesygeplejen mv.
- **Borgere med psykiske lidelser:** Afprøve udgående botilbudsteams eller andre modeller, der gør, at den lægefaglige backup fra den regionale psykiatri er til rådighed for botilbuddene, så forværring i borgernes tilstand imødegås før indlæggelse er nødvendig.
- **Unge med mental mistrivsel:** Fx fælles kompetenceudviklingstiltag og fælles videndeling om hinandens tilbud.
- **De sårbare ældre:** Fx arbejde med den gode indlæggelse og udskrivning, bedre brug af dosispakket medicin, organisere blodprøvetagning hensigtsmæssigt eller afprøvning af forskellige organiseringer omkring subakutte tilbud.

Hvilke konkrete indsatser, der varetages, besluttet i klyngen.

B. Fordeling af midler i 2022

Opstartsmidlerne i 2022 fra centralt hold har til formål at understøtte udvikling af konkrete indsatser i region og kommuner. Midlerne for 2022 på 80 mio. kr. er udmøntet gennem det generelle tilskudssystem for kommunerne og regionerne i 2022. Midlerne kan fordeles af de bidragende kommuner og regionen på de enkelte klynger.

For 2022 er de 80 mio. kr. afsat med det formål at starte klyngernes arbejde op, hvor 40 mio. kr. tilfalder kommunerne og de resterende 40 mio. kr. tilfalder regionerne. Af hensyn til, at projekterne hurtigt kan komme i gang på klyngeniveau i 2022 er der en fælles forståelse mellem KL og Danske Regioner om, at kommuner og regioner fordele et tilsvarende beløb proportionalt på de enkelte klynger i indeværende år. Dette bl.a. henset til et ønske om hurtig opstart af klyngesamarbejdet ved lovens ikrafttrædelse 1. juli 2022.

I udgangspunktet foreslås det, at:

- Kommuner hhv. regioner under ét fordele hver 40 mio. kr. til sundhedsklyngerne efter indbyggertal.
- For kommunerne svarer det til, at de enkelte kommuner bidrager med 6,81 kr. pr indbygger.
- For hver region fordeles et beløb svarende til bloktilskudsandelen af 40 mio. kr. på klyngerne efter indbyggertal, svarende til 6,44-7,31 kr. pr indbygger.

Dette medfører omtrentligt samme finansiering til den enkelte klynge fra kommuner hhv. regioner.

I bilag 1 fremgår fordelingen på den enkelte klynge ved denne metode.

Det bemærkes, at ovenstående model for fordeling alene gælder afsatte midler til opstart af klyngerne i 2022. Der udarbejdes et nyt papir vedr. midler til sundhedsklyngerne i 2023.

C. Inspiration til evaluering af klyngernes indsats i 2022

Som inspiration til klyngerne, lægges der op til, at der i fællesskab ml. KL og Danske Regioner og med inddragelse af Sundhedsministeriet udarbejdes en kort guide til opfølgning og evaluering af projekter i klyngerne. Guiden er alene til inspiration til klyngerne.

For så vidt angår evaluering, kan guiden indeholde oplæg til spørgsmål, som det er relevant at stille, når et projekt er afsluttet, eksempelvis:

- Hvilken udfordring adresseres?
- Hvad er succeskriterierne?
- Hvordan måles succeskriterier/resultater af indsatsen?
- Hvornår måles resultaterne?
- Hvem er ansvarlig for opfølgningen.

Evalueringer af projekter afrapporteres til sundhedssamarbejdsudvalget, som på denne baggrund drøfter, hvorvidt den konkrete indsats kan udbredes til andre klynger. Sundhedssamarbejdsudvalget kan derudover udvikle evalueringsguiden med yderligere spørgsmål eller specificeringer, som de finder det relevant for deres lokale evalueringsindsats.

Det drøftes herudover, hvordan det kan sikres en tværgående national opsamling på gode erfaringer fra projekter på klyngeniveau i regi af implementeringsgruppen.

D. Inspiration til opfølgning på brugen af klyngemidler i 2022

Sundhedssamarbejdsudvalget i hver region har ansvar for at følge op på de igangsatte indsatser i klyngerne og anvendelsen af midlerne. Der lægges ikke op til en særskilt statslig regnskabsopfølgning fsv. klyngernes brug af de prioriterede midler. Til inspiration til klyngerne foreslås det, at der lokalt i den enkelte klynge udarbejdes et klyngeregnskab.

Arbejdsgruppen foreslår, at der i fællesskab mellem KL og Danske Regioner udarbejdes en simpel guide, der kan hjælpe de enkelte klynger med relevant økonomiopfølgning. Konkret kan guiden fx have form af et excel-ark med en regnskabs- og budgetskabelon.

Registreringen af udgifter og indtægter vedrørende klyngeinitiativer foregår på eksisterende konti i hhv. den kommunale og den regionale kontoplan, som udgiften vedrører.

Der lægges op til, at uforbrugte bidrag til klyngerne for 2022 i den enkelte kommune eller region kan videreføres til 2023. Det forudsættes, at region hhv. kommuner forpligter sig på at sikre et tilsvarende råderum for afløbet inden for det samlede regionale/kommunale udgiftsloft for 2023.

Bilag 1

Fordelingen af de 80 mio. kr. afsat til opstart af klyngernes arbejde i 2022 efter princip om fordeling af kommunale såvel som regionale klyngemidler efter indbyggertal er illustreret i tabel 1 nedenfor.

Tabel 1.

Skøn over fordelingen af fælles midler på tværs af regioner og kommuner

Klynge/Region	Kommuner	Region	I alt
Region Nordjylland	4.030.016	4.135.869	8.165.884
Klynge Nord	1.094.303	1.123.046	2.217.349
Klynge Midt	1.765.739	1.812.118	3.577.856
Klynge Vest	430.128	441.425	871.553
Klynge Syd	739.846	759.279	1.499.126
Region Midtjylland	9.138.650	8.645.180	17.783.830
Randers Klyngen	1.555.405	1.471.416	3.026.820
Vest Klyngen	1.948.272	1.843.069	3.791.341
Midtklyngen	1.629.625	1.541.628	3.171.253
Aarhusklyngen	2.444.638	2.312.632	4.757.271
Horsens Klyngen	1.560.710	1.476.435	3.037.144
Region Syddanmark	8.365.698	8.557.655	16.923.353
Sydvestjysk Klynge	1.619.368	1.657.254	3.276.623
Lillebælt-klyngen	2.069.103	2.061.670	4.130.773
Sønderjysk Klynge	1.529.579	1.628.090	3.157.669
Fynsklyngen	3.147.647	3.216.985	6.364.632
Region Sjælland	5.744.703	6.163.780	11.908.483
Klyngen Holbæk	1.244.147	1.334.907	2.579.054
Klyngen Næstved/Slagelse	1.557.216	1.670.815	3.228.032
Klyngen Nykøbing F	992.752	1.065.174	2.057.926
Klyngen Roskilde/Køge	1.950.588	2.092.884	4.043.471
Region Hovedstaden	12.720.933	12.497.516	25.218.449
Klynge Nord	2.221.991	2.182.966	4.404.957
Klynge Midt	3.159.020	3.103.539	6.262.559
Klynge Syd	3.936.286	3.867.153	7.803.439
Klynge By	3.134.317	3.079.269	6.213.586
Bornholm	269.319	264.589	533.908
Total	40.000.000	40.000.000	80.000.000

Anm. Beregnet på baggrund af kommunernes indbyggertal pr. 1. kvartal 2022 fra Danmarks Statistik og regionernes bloktilskudsnøgler for sundhed for 2022.

Kommuner og regioner inkluderet i de enkelte klynger, fremgår af tabel 2.

Tabel 2.

Kommuner tilknyttet de enkelte klynger opdelt på region

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Klynge Nord Frederikshavn Brønderslev Hjørring Læsø	Randers Klyngen Favrskov Norddjurs Randers Syddjurs	Sydvestjysk Klynge Billund Varde Vejen Esbjerg Fanø	Klyngen Holbæk Holbæk Lejre Kalundborg Odsherred	Klynge Nord Helsingør Hørsholm Hillerød Frederikssund Fredensborg Allerød
Klynge Midt Aalborg Jammerbugt	Vest Klyngen Herning Holstebro Ikast-Brande Lemvig Ringkøbing-Skjern Struer	Lillebælt-klyngen Fredericia Kolding Middelfart Vejle Vejen*** Billund**	Næstved/Slagelse Slagelse Næstved Sorø Ringsted	Klynge Midt Herlev Gentofte Ballerup Egedal Furesø Gladssaxe Lyngby-Taarbæk Rudersdal Rødovre
Klynge Vest Thisted Morsø	Midtklyngen Silkeborg Skive Viborg	Sønderjysk Klynge Tønder Haderslev Sønderborg Aabenraa	Klyngen Nykøbing F Guldborgsund Vordingborg Lolland	Klynge Syd Albertslund Brøndby Dragør Glostrup Tårnby Hvidovre Høje-Taastrup Ishøj Vallensbæk Rødovre** København*
Klynge Syd Mariagerfjord Vesthimmerlands Rebild	Aarhusklyngen Aarhus Samsø	Fynsklyngen Odense Svendborg Assens Nyborg Kerteminde Nordfyns Faaborg-Midtfyn Langeland Middelfart** Ærø	Klyngen Roskilde/Køge Faxe Greve Køge Stevns Roskilde Solrød	Klynge By København Frederiksberg
	Horsens Klyngen Horsens Hedensted Odder Skanderborg			Bornholm Klynge Bornholm

Anm.: *) Politisk og administrativ deltagelse i klyngen. **) Kun administrativ deltagelse i klyngen, bidrager ikke med midler fsv. de 80 mio. kr. i opstartsmidler. ***) Politisk og administrativ deltagelse i klyngen, bidrager ikke med midler fsv. de 80 mio. kr. i opstartsmidler .

Kilde: Jf. indmeldelse fra KL.