

Bilag 1 - Den gode overgang _____	2
Bilag 2 - Overvægt _____	6
Bilag 3 - Den gode start på livet _____	8
Bilag 4 Tids og procesplan for sundhedsaftale _____	10
Bilag 5 Rammeoplæg for Sundhedsaftale 2024-2027 _____	11
Bilag 6 Forretningsorden for PSK _____	21
bilag 7 - datapakker _____	24

DEN GODE OVERGANG – FRA INDLÆGGELSE TIL UDSKRIVELSE

Vi har længe samarbejdet om den gode overgang mellem kommune, hospital og praktiserende læge og der er behov for fortsat at gøre det, så borgerne oplever sammenhæng og tryghed i forløbet.

Hospitalet kender ikke borgerens hverdagsituation i hjemmet, og ved ikke altid, hvad der er gået forud for indlæggelsen. Ligesom hverdagen ikke nødvendigvis genfinder sig selv, når patienten udskrives til hjemmet. Hverdagen skal genskabes, og der kan være brug for hjælp og støtte til at finde den. Kommunale tilbud som hjemmepleje, hjemmesygepleje, midlertidigt døgnophold understøtter i forskellig grad overgangen fra patient til borger. Ligeledes skal borgerens egen læge overtage behandlingsansvaret og har tilsvarende behov for viden, koordinering og samarbejde med både hospital og kommune.

72 timers behandlingsansvar efter udskrivelse fra hospitalet er et godt skridt på vejen til at skabe en tryk sektorovergang mellem hospitalet og hjemmet. Målet er både at give øget tryghed for patienter og deres pårørende samt at give kommunalt sundhedspersonale bedst mulige betingelser for at yde den optimale pleje og videre behandling til den patient, der netop er udskrevet.

Ordnningen kan imidlertid ikke stå alene, der er behov for en fornyet og styrket fælles tværsektoriel opmærksomhed på det samlede patientforløb og på den tværsektorielle kommunikation og koordinering i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse fra hospitalet, særligt når det gælder borgere med flere sygdomme og problemstillinger.

De gensidige afhængigheder i overgangen mellem sektorer varierer, afhængigt af den enkelte borgers problemstillinger og kompleksitet, når borgeren indlægges på hospitalet og udskrives til hjemmet med kommunal hjælp. Kendte problemstillinger bliver ved med at dukke op og nye behandlingsmuligheder og teknologier kommer til og skaber nye muligheder og afhængigheder.

Der er en række tværsektorielle indsatser og samarbejder, der skaber den gode overgang. I Sundhedsklynge Syd samarbejdes i dag allerede om en række konkrete indsatser, der skal forbedre patientforløbene. For ikke at miste momentum vil der fortsat være behov for, at der er fokus på disse indsatser i det tværsektorielle arbejde. Nedenfor fremhæves de mest centrale indsatser:

Analyse af indlæggelses- og udskrivelsesprocessen

For at få en fælles forståelse og klarhed over det tværsektorielle samarbejde ved indlæggelser og udskrivninger til midlertidige pladser, plejeboliger eller omfattende kommunal hjælp i hjemmet, anbefales det at igangsætte en analyseproces omhandlende overgangene mellem hospital, kommune og almen praksis.

Derfor afdækkes og analyseres processen omkring både indlæggelser og udskrivninger af borgerne til plejehjem, midlertidig døgnplads eller til hjemmet med omfattende kommunal hjælp.

Afdækningen omfatter blandt andet:

- Barrierer i den gode indlæggelse og udskrivelse
- Analyse af arbejdsgange i relation til henvisning og visitation til midlertidige pladser
- Analyse af flowet af borgere, der udskrives fra hospital til kommune baseret på data (ugedag, tidspunkt på dagen osv.)

- Analyse af borgerens vej fra hospitalsseng til ankomst i hjemmet, herunder kørselsprocessen.
- Udarbejdelse af fælles datagrundlag til løbende monitorering af indsatsen, som led implementeringen.

På baggrund af analysen opstilles forslag og anbefalinger til forbedringer, der kan skabe en god overgang til gavn for borgerne.

IV behandling i kommunalt regi

4. oktober 2021 trådte Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden (herefter benævnt IV aftalen) i kraft. Aftalen er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen. Parterne er de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden.

Formålet med IV aftalen er at give borgerne mulighed for at modtage IV-behandling i kommunalt regi. Traditionelt set er IV behandling en regional opgave, men hvis borgerne i stedet kan modtage deres intravenøse behandling af en kommunal sygeplejerske i hjemmet eller fx i et kommunalt sundhedscenter, vil det spare patienter for liggetid i en hospitalsseng, spare transporttid og skabe større frihed og fleksibilitet i patienters hverdag. Når borgeren modtager sin behandling udenfor hospitalet, kan det desuden være med til at forebygge hospitalserhvervede infektioner og særligt hos ældre patienter understøtte, at de fastholder deres funktionsniveau og giver mulighed for at opretholde en normal hverdagsrytme.

I Sydklyngen er der lavet et grundigt arbejde i forhold til at finde implementeringsløsninger, som tilgodeser de forskellige ønsker, vilkår og muligheder, kommunerne og hospitalet har i forhold til anvendelse af IV aftalen. Indtil videre har der ikke været så mange IV forløb, som vi kunne ønske os og som var forventet med lanceringen af IV aftalen.

Det kræver en fortsat indsats monosektorielt og tværsektorielt at implementere IV behandling i kommunalt regi. Med indsatsen ønsker vi at øge antallet af IV forløb i kommunalt regi, herunder:

- Identificere barrierer for implementering af IV aftalen
- Sikre arbejdsgang for systematisk screening af borgere i IV forløb på hospitalet med henblik på en vurdering af, om behandlingen kan foregå i hjemmet
- Udarbejde et fælles datagrundlag til løbende monitorering af indsatsen, som led implementeringen
- Formulere mål og succeskriterier for implementering af IV aftalen

Dosisdispenseret medicin

Dosispakket medicin er medicin, som apoteket pakker i doseringsposer til den enkelte borger. Poserne er samlet til 14 dage i en dosisrulle.

Der er flere fordele ved dosispakket medicin. En fordel er øget patientsikkerhed for borgerne, idet der sker færre fejl i medicin håndteringen, end der gør ved en manuel proces. Dosispakket medicin frigør desuden ressourcer hos kommunalt sundhedspersonale. Ressourcer, der kan bruges mere hensigtsmæssigt til pleje og behandling af borgerne. Ifølge KL frigiver 75 borgere på dosispakket medicin, hvad der svarer til et sygeplejearsværk.

I Sydklyngen er der et ønske om at øge antallet af borgere på dosispakket medicin, hvilket kræver et stærkt samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger, apoteker samt hospitaler og ambulatorier. Alle parter spiller en afgørende rolle i at sikre, at dosispakket medicin bliver en integreret del af sundhedsvæsenet.

Der igangsættes en tværsektoriel indsats der, inden for gældende vejledninger og aftaler samt anbefalinger fra den kommende Muusmann rapport om dosisdispenseret medicin, støtter op om den videre implementering. Ved at gå sammen i en fælles tværsektoriel indsats, vil dialoger og aftaler kunne systematiseres og implementeringen vil blive hjulpet på vej via fælles vidensdeling. Delelementer i indsatsen vil være:

- Afdækning af hvor mange borgere, der i dag er på hhv. dosispakket og manuelt dispenseret medicin
- Anbefalinger til dialog og arbejdsgange mellem hospital, almen praksis, kommune og apotek om opstart af og fortløbende brug af dosispakket medicin
- Arbejdsgang omkring forebyggelse af medicinspild
- Udarbejdelse af fælles datagrundlag til løbende monitorering af indsatsen, som led i implementeringen.
- Udarbejdelse af materiale og plan for undervisning, som tilbydes almen praksis, hospitaler, ambulatorier og kommunalt personale

Ny fælles akutmodtagelse på Amager og Hvidovre Hospital

Amager og Hvidovre Hospital er ved at forberede sig til, at Akutmodtagelsen flytter i nye fysiske rammer i 2024 og dermed forventes nye principper for patientforløb i en ny fælles akutmodtagelse (FAM).

Med den nye FAM forventes det, at hospitalet kommer til at omlægge en række patientforløb, hvor patienten kan have en indlæggelse i Akutmodtagelsen i op til to døgn. En række patienter, som i dag er indlagt i hospitalets sengeafdelinger, vil derfor blive både indlagt og udskrevet fra FAM. Det betyder, at Akutmodtagelsen skal tilegne sig et langt større fokus på samarbejde og tværsektoriel kommunikation om patientforløb end hidtil, og tilsvarende får kommunerne en ny samarbejdsparter på hospitalet.

Med indsatsen ønskes:

- Identifikation og analyse af nye tværsektorielle samarbejdsflader med henblik på, at alle parter får en fælles forståelse og klarhed over gensidige tværsektorielle afhængigheder
- Analyse af borgerens forventede forløb, med henblik på at borgeren får en god og tryk overgang mellem kommune, hospital og praktiserende læge.
- Anbefalinger til implementering af tværsektorielle opmærksomhedspunkter

Politiske mål for 2023:

- At afdække og analysere processen omkring udskrivninger af borgerne fra hospital til plejehjem, midlertidig døgnplads eller til hjemmet med omfattende kommunal hjælp samt processen ved indlæggelse på hospital fra plejehjem, midlertidig døgnplads eller fra hjemmet med omfattende kommunal hjælp, med henblik på forslag og anbefalinger til forbedringer, der kan skabe en god overgang til gavn for borgerne
- At øge antallet af borgere, der udskrives til IV behandling i hjemmet

- At øge antallet af borgere på dosisdispenseret medicin
- At afdække og analysere tværsektorielle snitflader og samarbejder med etablering af Fælles Akutmodtagelse (FAM), med henblik på forslag og anbefalinger til forbedringer, der kan skabe en god overgang til gavn for borgerne.

Midler:

Det anbefales at der i alt afsættes 2 mio. kr. til indsatsen, der skal dække:

- 2 årsværk inkl. administrationsomkostninger til projektledelse
- Udgifter til afholdelse af forbedringsworkshops
- Udgifter til honorering af ressourcepersoner med særlig faglig indsigt

OVERVÆGT

Overvægt, og især svær overvægt, er forbundet med en øget risiko for at udvikle sygdom. Svær overvægt påvirker den mentale sundhed og trivsel og øger samtidig risikoen for hjertekarsygdom, type II-diabetes og flere kræftsygdomme, ligesom det forhøjer risikoen for tidlig død.

Sundhedsprofilen 2021 viser, at forekomsten af overvægt (BMI: ≥ 25) hos voksne i hele Region Hovedstaden er 47 % i 2021, hvilket betyder, at næsten hver anden borger i Region Hovedstaden har overvægt. Derudover har godt og vel én ud af tre borgere med svær overvægt (BMI: ≥ 30), mens to ud af tre har moderat overvægt (BMI: 25,0-29,9).

Andelen af borgere med svær overvægt varierer fra 8 % i bydelen Østerbro til 25 % i Ishøj Kommune. Generelt ses der desuden en relativ høj forekomst i flere af de andre kommuner på Københavns Vestegn.

Børnesundhedsprofilen, som senest udkom i 2018 (og som forventes igen i sommer 2023), viser tilsvarende, at der særligt blandt unge, der er undersøgt af skolesundhedsplejersker i udskolingen, er en stor del, som er overvægtige.

Der er derfor behov for at styrke indsatsen omkring tværsektoriel forebyggelse og behandling af overvægt og svær overvægt herunder bl.a. med et fokus på at mindske vægtstigmatisering. Der er behov for at finde de bedste måder at samarbejde om udfordringen på tværs af kommuner, praktiserende læger og hospitaler og udarbejde en strategi for, særligt hvordan udviklingen af svær overvægt håndteres. Desuden er det afgørende at styrke den forebyggende del, så overvægt ikke udvikler sig til svær overvægt hos både børn og voksne og hvordan normal vægt ikke udvikler sig til overvægt.

Endelig er det helt afgørende at de borgere, der er ramt af overvægt inddrages i forhold til at finde metoder og måder at afstigmatisere og kommunikere omkring overvægt for at kunne lykkes.

Overvægt er et komplekst område, som rummer mange typer af fagligheder og med mange aktører, i forhold til at finde de bedste løsninger til at behandle og forebygge overvægt. Der vil være behov for en grundig tværkommunal og tværsektoriel drøftelse af, hvad Sydklyngen kan og vil på dette område.

Kommuners, hospitalers og praktiserende læges tilbud og holdning omkring overvægt varierer, og et indledende arbejde vil være at afdække hvilke tilbud, der i dag findes med hvor mange ressourcer og med hvilken kvalitet og effekt. Der vil være behov for at undersøge tilbud i kommuner, almen praksis og hospitalsregi og afsøge mulighederne for et tværkommunalt og tværsektorielt samarbejde omkring overvægt, både for voksne, unge og børn.

Indsatsen vil blandt andet omfatte:

- Identificering af målgrupper, hvor der samarbejdes tværsektorielt
- Model for tværsektorielt samarbejde omkring behandling af syge og svært overvægtige borgere
- Afdækning af hvilke grupper og hvor mange, der har hvilke behov for at få støtte og hjælp til at håndtere overvægt
- Afdækning og tilvejebringelse af forslag til virksomme indsatser til forebyggelse/nedbringelse af svær overvægt blandt børn/voksne.
- Tilvejebringelse af forslag til, hvordan der i borgerinddragelsesprocesser kan arbejdes med at skabe forandringer i befolkningens vaner og tilgange med henblik på at få en sundere livsstil.

Politisk mål 2023

- At der udarbejdes et samlet katalog på både børne og voksenområdet indeholdende overblik over eksisterende tilbud samt anbefalinger til tværsektorielle indsatser og samarbejder

Midler

Det anbefales at der afsættes 1 mio. kr. til indsatsen, der skal dække:

- 1 årsværk inkl. administrationsomkostninger til ansættelse af en medarbejder til at opbygge indsatsen
- Udgifter til afholdelse af workshops og brugerinddragelsesaktiviteter
- Udgifter til honorering af ressourcepersoner med særlig faglig indsigt

DEN GODE START PÅ LIVET - FÆLLES AMMEINDSATS

Amningen fylder meget for nye familier, mens barnet er nyfødt og mange nybagte mødre, ophører med amningen tidligere end de ønsker. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn ammes fuldt, til de er omkring 6 måneder. Det er en følsom proces at få amningen godt fra start, og den nybagte familie møder mange sundhedsfaglige personer i både graviditets-, fødsels- og barselsforløbet, der alle vejleder i at få amningen etableret. Der er behov for, at der arbejdes med sammenhængende vejledning på tværs af sektorer, så den kommunale sundhedspleje bygger videre på den vejledning, forældrene har fået på Hvidovre Hospital. Dette er til gavn for forældrenes oplevelse af at være forberedt på amningen og på at modtage den hjælp, de har brug for fra de sundhedsprofessionelle. Derved støtter vi forældrene til en effektiv amning og forebygger mistrivsel og genindlæggelse af nyfødte.

I 2021 og 2022 har der i Sydklyngen været arbejdet på en fælles ammeindsats. Formålet med indsatsen er at tilbyde gravide, fødende og nybagte familier fra Hvidovre Hospitals Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling og i de 10 kommuner i Sydklyngen en fagligt ensartet og individuelt tilpasset vejledning om etablering af amning af høj faglig kvalitet.

Ammeindsatsen har i 2022 været afgrænset til at omfatte fødende med ukomplicerede barselsforløb.

Indsatsen i 2022 har omfattet:

- kompetenceudvikling af i alt cirka 300 sygeplejersker, jordemødre og sundhedsplejersker
- Udarbejdelse af fælles forløbsbeskrivelse
- Etablering af en tværsektoriel ressourcegruppe, som har særlig ekspertise inden for amning

Indsatsen i 2022 har været finansieret via Byg Bro midler samt tværsektorielle midler, som blev givet til samordningsudvalgene i 2021. Indsatsen i 2022 er ved at være afsluttet, og fastholdelse af kompetencer, oplæring af nye kolleger og fortsat fokus på fælles ammevejledning er planlagt til at ske i regi af ressourcegruppen.

Såvel personalet på hospitalerne som i kommunerne har udtrykt stor tilfredshed med den gennemførte kompetenceudvikling, og de har givet udtryk for et ønske om fastholdelse og videreudvikling af de opnåede kompetencer. Desuden har den fælles kompetenceudvikling sat fokus på opbygning af relationer på tværs af sektorer, som gavner familiernes forløb og øger arbejdsglæden for medarbejderne.

For at fastholde momentum i indsatsen ønskes:

- inddragelse af forældrenes oplevelser af ammeforløbet via patientfeedbackmøde
- fokus på fastholdelse og udbredelse af kompetencer i Sydklyngen
- styrkelse af ressourcegruppen, som allerede har planlagt en række møder i 2023 for at bevare fokus og videreudvikle relationerne omkring fælles ammevejledning.

Politisk mål 2023:

- At øge andelen af børn, der bliver ammet fuldt ud efter 2 uger med en forventning om, at det har en positiv effekt på andelen af børn, der ammes fuldt ud i 6 måneder
- At forældrenes oplever at blive godt forberedt på amningen og inddrages i det videre tværsektorielle samarbejde om amning
- At der i Sydklyngen udvikles en bæredygtig og fremtidssikret tværsektoriel model for fastholdelse og udvikling af kompetencer inden for amning, som kan spredes til andre klynger

Midler:

Det anbefales, at der afsættes 500.000 kr. i 2023.

De tværsektorielle samarbejdsstrukturer er etableret og fungerende, og indsatsen vil derfor kunne igangsættes umiddelbart efter tilsagn om midler.

Bilag 4

Forslag til tids- og procesplan:

Tidspunkt	Handling	Forum	Administrativ behandling
14. oktober 2022	Drøfte input til Sundhedsaftale 2024-27 med afsæt i rammeoplæg	SSU	Opfølgning på SSU + udsendelse til sundhedsklynger
Medio december 2022 - medio januar 2023	Drøfte input til Sundhedsaftale 2024-27 med afsæt i rammeoplæg	De fem politiske sundhedsklynger	Forberedelse i faglige sundhedsklynger. Indsamle og bearbejde input samt udarbejde udkast til sundhedsaftale
Medio december 2022 /medio januar 2023	Drøfte input til Sundhedsaftale 2024-27 med afsæt i rammeoplæg	Temamøde med patientforeninger	Forberedelse og opfølgning
3. marts 2023	Drøfte forslag til høringsudkast for Sundhedsaftale 2024-27	TSS	Tilretning på baggrund af drøftelsen i TSS
31. marts 2023	Godkende høringsudkast til Sundhedsaftale 2024-27	SSU	Opfølgning på SSU
Påskeferie			
Medio april – medio maj 2023	Bred høring af udkast til Sundhedsaftale 2024-27	Patientforeninger, brugerorganisationer, kommuner, PLO mv.	Indsamle, bearbejde og indarbejde høringssvar
Medio/ultimo juni 2023	Drøfte forslag til endelig sundhedsaftale 2024-27 pba. høringsansvar.	TSS	Tilretning på baggrund af drøftelsen i TSS
Sommerferie			
8. september 2023	Behandle endelig Sundhedsaftale 2024-27	KKR-Hovedstaden	
29. september 2023	Godkende endelig Sundhedsaftale 2024-27	SSU	Opfølgning på SSU
Efterårsferie			
Medio oktober - medio december 2023	Godkende endelig Sundhedsaftale 2024-27	Godkendelse i de 29 kommunalbestyrelser og regionsråd	
1. januar 2024	Indsend godkendt Sundhedsaftale 2024-27	Sundhedsstyrelsen	



Rammeoplæg for sundhedsaftale 2024 – 2027

Anbefalinger og opmærksomhedspunkter fra Sundhedskoordinationsudvalget og Tværsektoriel strategisk styregruppe til udarbejdelsen af sundhedsaftale 2024 – 2027

Introduktion til rammeoplægget

Der er sket meget i det tværsektorielle samarbejde om sundhed, siden de første sundhedsaftaler blev indgået i 2007.

Kommunerne, almen praksis og regionen har bevæget sig mod hinanden og er blevet bedre til at samarbejde med fokus på borgernes behov.

Det samlede sundhedsvæsen står imidlertid fortsat med store udfordringer bl.a. som følge af den demografiske udvikling og den fortsatte ulighed i sundhed.

Rammerne for videreudviklingen af det tværsektorielle samarbejde udstikkes med de visioner, fokusområder og mål, som der aftales i sundhedsaftalen.

Nu sættes processen for udarbejdelse af udkast til Sundhedsaftale 2024-2027 i gang.

Det skal for første gang ske inden for rammerne af den nye samarbejdsstruktur med sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

For at understøtte en god og involverende proces indledes processen med indledende drøftelser i både sundhedssamarbejdsudvalget og i de fem sundhedsklynger. Derudover planlægges efter et temamøde med patientinddragelsesudvalget m.fl., så brugerrepræsentanter også får mulighed for at komme med input tidligt i processen.

Faktaboks – Hvad er en sundhedsaftale?

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, der formelt indgås mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen. Aftalen er lovbestemt og udgør den overordnede ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem region, kommuner og almen praksis.

Udarbejdelsen af sundhedsaftalen er forankret i Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU), og sundhedsklyngerne og patientinddragelsesudvalget skal komme med input til aftalen.

Formålet med aftalen er at bidrage til at understøtte lighed i sundhed og sammenhæng i forløb der går på tværs af region, kommuner og almen praksis med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed.

Den nuværende nationale vejledning om sundhedsaftalen er fra 2018. Der udarbejdes en ny vejledning og forventningen er, at der kun sker mindre justeringer. Afsættet for aftalen forventes derfor at være, at:

Sundhedsaftalen skal:

- Fastsætte fælles forpligtende mål – både generelt og for de grupper der laves aftaler om
- Tage udgangspunkt i nationale mål
- Være dynamisk (løbende opfølgning og justering af aftaleområder).

Rammeoplægget er udarbejdet på baggrund af drøftelser om sundhedsaftalen, som fandt sted i Sundhedskoordinationsudvalget i april 2022 samt på møder i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Ramme for den kommende sundhedsaftale

De nationale mål for sundhed

De otte nationale mål for sundhed sætter en fælles retning for udviklingen af sundhedsvæsenet.

Målene udgør dermed en overordnet ramme for det tværsektorielle samarbejde om sundhed i regionen. Herunder for arbejdet med den nuværende sundhedsaftale.

Også den kommende sundhedsaftale skal bidrage til at realisere de nationale målsætninger.



Visioner i sundhedsaftalen

Intentionen med den nuværende sundhedsaftale var at skabe en ny ramme for bedre fælles løsninger på de udfordringer, som borgere/pårørende, kommuner, region og praksissektor står over for på sundhedsområdet. Det er der fortsat behov for.

Den kommende sundhedsaftale skal derudover også være en stærk katalysator for samarbejdet i de nye sundhedsklynger, der skal understøtte sammenhæng, løfte de nære sundhedstilbud og det fælles populationsansvar lokalt i klyngernes områder.

Tværsætoriel strategisk styregruppe foreslår, at det fælles populationsansvar i den kommende sundhedsaftale bliver en overligger for de fire nuværende visioner. På den måde kan det klart signaleres, at der ønskes en udvikling, hvor kommuner, almen praksis og regionen i endnu højere grad går sammen om at løfte sundheden.

De fire visioner i den nuværende sundhedsaftale er:

Styrke sammenhæng i borgerens forløb

Sundhedsvæsenet er en kompleks størrelse, og borgerne har gennem deres sygdomsforløb ofte kontakt med mange forskellige fagpersoner fra flere sektorer, der handler ud fra forskellige regler, økonomi, kultur og sprog. Det kan gøre det svært for både borgere, pårørende og fagpersoner at bevare overblikket over forløbet. Men kompleksiteten i sundhedsvæsenet må ikke komme borgeren til last og blive en undskyldning for uhensigtsmæssige handlinger i mødet med borgere, der er ramt af sygdom. Vi vil have mere sammenhæng for alle borgere, især for dem med mange kontakter i sundhedsvæsenet. Derfor skal vi styrke vores samarbejdskultur og sammenhængskraft for at skabe grobund for mere helhedstænkning og mindre silotænkning.

Øget lighed i sundhed

Der skal være let og lige adgang til sundhed for alle borgere i regionen. Men, vi ved også, at det desværre ikke er tilfældet i dag. Mange borgere oplever på grund af sociale, fysiske eller psykiske forhold store barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet. Det har både store konsekvenser for samfundsøkonomien og for de grupper i vores befolkning, der mister sunde leveår. Uligheden i sundhed påvirkes af mange forhold – også uden for sundhedsvæsenet. Men i sundhedsvæsenet har vi et stort medansvar. Vi vil nedbryde de barrierer, som begrænser mulighederne for lige og let adgang til sundhed. Vi vil handle proaktivt og sammen prioritere forebyggelse, fordi borgenes sundhed er helt afgørende for det enkelte menneskes trivsel og muligheder for at forme sit liv på egne præmisser. Og vi vil forsætte vores arbejde med at skabe flere muligheder for flere fleksible løsninger, der tilpasses borgernes ønsker, behov og ressourcer. Vi mener, at det er vejen til at skabe mest mulig sundhed for alle borgerne i regionen.

Tæt samspil med borgerne

Borgere, der rammes af sygdom, har en naturlig forventning om at blive mødt af et sundhedsvæsen, der tager afsæt i den enkeltes behov, ønsker og ressourcer. Tilsvarende er der mange pårørende, som også kan have behov for støtte. Vi ved også, at et afsæt i borgerens og de pårørendes behov og ønsker giver bedre behandlingsresultater og dermed en mere effektiv ressourceudnyttelse. Vi vil derfor skabe det nødvendige rum til et aktivt samspil med borgerne. Borgere og pårørende er helt centrale, når vi sammen udvikler nye indsatser og sundhedstiltag. I de individuelle forløb vil vi møde borgerne og deres og deres pårørende i en respektfuld og åben dialog, hvor vi lytter, anerkender og handler ud fra deres viden og ønsker.

Mere sundhed for pengene

Hele sundhedsvæsenet er under stigende pres, og ressourcerne er knappe. Opgaverne skal derfor løses, hvor det er mest effektivt for samfundsøkonomien og giver mest værdi for borgerne. Vi tror på, at vi kan spille hinanden gode på nye måder og hjælpe hinanden mere, så vi kan skabe mere sundhed for de ressourcer, som vi råder over. Vi vil sætte ind på at finde de områder, hvor opgaverne kan løses mere effektivt gennem klare snitfladebeskrivelser og tydelig ansvarsfordeling, ved kompetenceudvikling eller ved, at vi fletter vores indsatser endnu mere sammen.

Principper for samarbejdet

Den nuværende sundhedsaftale beskriver en række principper for samarbejdet. De er udarbejdet med afsæt i de erfaringer, som er opnået gennem 15 års samarbejde om sundhedsaftaler.

Tværasektoriel strategisk styregruppe finder, at de nuværende principper stort set kan videreføres, således at de også er handlingsanvisende for samarbejdet om udfoldelse og konkretisering af Sundhedsaftale 2024-2027.

Dog foreslås, at der indarbejdes mindre justeringer, så der sættes mere fokus på behov for datadeling og samarbejde om de aktuelle udfordringer med at rekruttere og fastholde medarbejdere på sundheds- og omsorgsområderne.

Principperne i den nuværende sundhedsaftale er:

Borgerne med fra start

Vi inviterer borgerne med fra start, når vi udvikler og udfolder vores fokusområder og aftaler konkrete indsatser. Deres unikke viden og perspektiv skal bidrage til, at vi fastholder fokus på at sikre værdi for borgeren. De kan udfordre vores sprog, kultur og rammer, så vi bliver bedre til at inddrage og tilrettelægge forløb på borgernes præmisser.

Helhedssyn

Når vi udvikler modeller for vores samarbejde, er omdrejningspunktet borgernes – og især sårbare borgernes - samlede behov og livssituation. Vi vil udvikle og udbrede nye organisatoriske tilgange og samarbejdsformer, når vi kan se at det vil skabe mest værdi for borgerne og fremmer lighed i sundhed.

Samme høje kvalitet

Vi vil arbejde for, at alle borgere i hele regionen møder et sundhedsvæsen med ensartet og høj kvalitet i sundhedstilbuddene. Samtidig skal der være rum til udvikling af lokale løsninger, fordi der er forskelle i de udfordringer og muligheder, der er i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor inden for de enkelte planområder. Vi vil derfor aftale fælles kvalitetsmål og standarder, og vi åbner for, at der kan være forskel i valg af metoder.

Effektiv ressourceudnyttelse

Vi skal tilrettelægge opgaverne, så de placeres efter princippet om laveste effektive omkostningsniveau til gavn for borgerne fremfor traditionelle sektor- og faggrænser. Ved ændring af opgavevaretagelsen mellem kommuner, region og praksissektor, skal de økonomiske konsekvenser være klarlagt. Det skal give gennemsigtighed og over tid en rimelig balance i økonomien mellem kommuner, region og praksissektor.

Fælles kompetenceudvikling

Udviklingen i sundhedsvæsenet og de aftaler vi indgår i Sundhedsaftalen stiller nye og store krav til vores medarbejderes faglige og relationelle kompetencer, men også til rekrutteringen af kommende medarbejdere. Når vi udfolder vores indsats, skal vi have blik for, hvordan vi skaber attraktive arbejdspladser inden for det samlede sundhedsvæsen. Og vi skal have fokus på medarbejdernes behov for kompetenceudvikling.

Klar opgave- og ansvarsfordeling

Vi skal sikre, at det sundhedsfaglige og socialfaglige personale ved, hvem der skal gøre hvad, og hvornår. Det gælder både den organisering vi har i dag og ved nye løsninger, der nedbryder de eksisterende organisatoriske skel. Ved flytning af opgaver laver vi samarbejdsaftaler, der blandt andet tydeligt beskriver det lægelige behandlingsansvar, ansvarsfordelingen og økonomi.

Sammenhængskraft

Vi skal have fokus på, at vi ved at øge kendskab til hinandens opgaver, handlemuligheder, sprog og kultur kan styrke samarbejdskultur og sammenhængskraft. Det vil være en løftestang for det fortsatte arbejde med den gode kommunikation og sikre sammenhængende patientforløb, og ikke mindst en forudsætning for at lykkes med at nedbryde siloerne.

Fælles ansvar for borgernes sundhed

Vi skal både have fokus på at løfte den samlede befolknings sundhed og at tilgodese særlige målgrupper, når vi udfolder fokusområder. Volumen og mulige effekter skal indgå i vores overvejelser.

Sundhedsaftalens fokusområder

Fokusområderne i den nuværende Sundhedsaftale 2019-2023 favner bredt og adresserer fortsat aktuelle udfordringer på sundhedsområdet i hovedstadsregionen, ligesom de fortsat udgør en ramme, som skaber rum for løbende videreudvikling. Sundhedskoordinationsudvalget har på den baggrund anbefalet, at de tre fokusområder videreføres i den kommende sundhedsaftale for 2024-2027:

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

I foråret 2022 kom Sundhedsprofil 2021. Den tegner på mange områder et bekymrende billede af helbredstilstand blandt borgerne i Region Hovedstaden. Det gælder både den fysiske og mentale sundhed.

I Sundhedskoordinationsudvalget var der enighed om, at udviklingen kalder på et tættere og bredere tværsektorielt samarbejde om forebyggelse. Et bredt fokus på forebyggelse udgør også en naturlig del af sundhedsklyngers opgaver i forhold til det fælles populationsansvar.

Sundhedskoordinationsudvalget anbefalede, at forebyggelse bliver omdrejningspunktet for samarbejdet inden for alle fokusområder.

Tværsektoriel strategisk foreslår derudover opprioritering af samarbejdet mellem psykiatrien og socialpsykiatrien i forhold til borgere med psykisk sygdom, så området opnår samme opmærksomhed som samarbejdet inden for somatikken. Endvidere er foreslået opprioritering af samarbejdet om børn og unges mentale trivsel.

Beskrivelser af fokusområder i den nuværende sundhedsaftale:



Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

For borgere med en eller flere kroniske sygdomme er sammenhæng i indsatsen en særlig udfordring.

Samtidig ved vi, at den ældre borger er i stor risiko for at blive indlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem en tidligere og mere koordineret indsats, eller fordi der i den akutte situation ikke findes gode alternativer til indlæggelse.

For den ældre borger skaber mange indlæggelser utryghed, og er en stor indgriben i deres hverdagsliv med risiko for tab af funktionsevne.

Vi skal derfor sikre, at alle borgere oplever en tryk behandling og pleje af høj kvalitet, og når det er muligt sætte ind med en hurtig indsats lokalt eller i borgerens eget hjem.

Det er vores mål, at

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.



Sammen om borgere med psykisk sygdom

Cirka hver 5. borger lever et liv med psykisk sygdom.

Hverdagslivet er for mange borgere med psykisk sygdom præget af mange og komplekse udfordringer, og de har derfor brug for flere indsatser – ofte på tværs af de kommunale forvaltningsområder, den regionale behandlingspsykiatri, hospitaler og almen praksis. Mange oplever et forløb, der ikke hænger sammen eller tager højde for den enkeltes behov.

Borgere med svær psykisk sygdom har en større dødelighed end befolkningen generelt. Det er der mange årsager til, men manglende behandling af somatiske sygdomme spiller en stor rolle.

Det er vores mål, at

- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.
- Alle borgere skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.



Sammen om børn og unges sundhed

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet, og derfor skal vi have langt større fokus på tidlige forebyggelsesindsatser.

Vi ved, at den rette støtte til moderen – til forældrene – allerede under graviditeten og i barnets første leveår kan fremme barnets trivsel og udvikling. For gravide og familier med sociale problemstillinger eller psykiske udfordringer er det en særlig udfordring at få den støtte, som de har behov for. Det handler om at sikre en tidlig koordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Vi ved også, at stadig flere børn og unge mistrives i deres hverdag, og vi ser en stor stigning i børn og unge, som udredes eller behandles i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er en udvikling, vi tager

meget alvorligt, og vi vil derfor gå sammen om at finde løsninger, så der kan blive sat tidligt og relevant ind, når børn og unge viser tegn på mistrivsel.

Det er vores mål, at

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer.
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Forretningsorden for Polisk sundhedsklynge Syd

I henhold til Sundhedslovens § 203 etablerer Regionsrådet i Region Hovedstaden sammen med Ishøj Kommune, Brøndby Kommune, Albertslund Kommune, Vallensbæk Kommune, Københavns Kommune, Dragør Kommune, Hvidovre Kommune, Tårnby Kommune, Høje Taastrup Kommune, Glostrup Kommune og Rødovre Kommune en sundhedsklynge omkring Amager og Hvidovre Hospital. Sundhedsklyngen består af et politisk niveau og et fagligt niveau. Denne forretningsorden er gældende for den politiske sundhedsklynge.

Rammer

Rammerne for sundhedsklyngernes arbejde er fastlagt i sundhedslovens §203, §204 og §206 og præciseres i bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler, praksisplan for almen praksis og patientinddragelsesudvalg med tilhørende vejledning.

Formål

Sundhedsklyngen omfatter både psykiatri og somatik, og skal bidrage til bedre sammenhæng i behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud.

Sundhedsklyngen skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akuthospitalernes optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

§ 1

Sundhedsklyngens sammensætning

Stk. 1

Sundhedsklyngen består af:

- 4 medlemmer fra Regionsrådet i Region Hovedstaden
- 11 borgmestre fra de deltagende kommunalbestyrelser
- 2 repræsentanter fra almen praksis (praktiserende læger udpeget af de Praktiserende Lægers Organisation Hovedstaden)

Repræsentanter for patienter og pårørende inddrages i relevant omfang. Repræsentanter for Patientinddragelsesudvalget inviteres til dialogmøder om konkrete emner i sundhedsklyngernes politiske niveau. Repræsentanter fra Patientinddragelsesudvalget vil ligeledes skulle inviteres, hvis sundhedsklyngerne nedsætter relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter.

Stk. 2.

Klyngens medlemmer kan repræsenteres med suppleanter.

Stk. 3.

Sundhedsklyngen har et delt formandskab. Formandskabet udgøres af regionsrådsformanden og en borgmester valgt af borgmestrene fra de deltagende kommuner.

Stk. 4.

Funktionsperioden for sundhedsklyngen følger regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiode.

§ 2

Sundhedsklyngens opgaver

Stk. 1

Sundhedsklyngens opgaver er beskrevet i Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler, praksisplan for almen praksis og patientinddragelsesudvalg §1-2.

Sundhedsklyngens opgaver er:

- At sætte retning for klyngen, herunder igangsætte indsatser med omstilling til det primære sundhedsvæsen samt implementere og komme med input til sundhedsaftalen, som regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå ifølge Sundhedslovens § 205.
- At implementere og komme med forslag og høringssvar til nationale tiltag og drøfte og beslutte anvendelsen af prioriterede midler m.v.
- At opstille selvstændige mål for arbejdet med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov, f.eks. i forhold til særlige indsatser for at imødegå sammenhængsproblematikker i sundhedsklyngens population eller evt. lokale folkesundhedsmæssige udfordringer og sygdomsbyrder. Dette skal ske inden for sundhedsaftalens rammer.

§ 3

Sundhedsklyngens møder

Stk. 1

Sundhedsklyngen holder mindst 2 møder om året. Mødeplanen fastsættes for hele valgperioden.

Stk. 2

Såfremt medlemmerne ønsker punkter til drøftelse optaget på dagsordenen, gives der skriftligt besked herom til formandskabet og sekretariatet, senest 28 dage forud for mødet.

Stk. 3

Formanden foranlediger, at der senest 10 dage før mødets afholdelse udsendes en dagsorden til medlemmerne. Den udsendte dagsorden skal indeholde det nødvendige materiale som grundlag for drøftelserne.

Stk. 4

Ved emner af tværgående karakter om f.eks. strategisk og økonomisk forhold, som myndighederne i form af repræsentanterne for regionsrådet og kommunalbestyrelserne, kan have behov for at drøfte særskilt, kan dette foregå ved særskilte dagsordenspunkter

Stk. 5

Protokol fra møderne i Sundhedsklyngen udsendes til medlemmerne senest 10 dage efter afholdelse af møde. Medlemmerne kan inden for 8 dage afgive indsigelser til protokollen. I tilfælde af indsigelser udsendes revideret referat til fornyet godkendelse efter samme procedure. Er der ingen indsigelser betragtes protokollen herefter som godkendt.

Stk. 6

Sager kan undtagelsesvis afgøres ved skriftlig votering på grundlag af materiale udsendt til sundhedsklyngens medlemmer. Såfremt blot ét medlem gør indsigelse herimod, skal sagen eller sagerne behandles på møde.

Stk. 7

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage i et møde, gives der besked herom til formandskabet eller sekretariatet inden mødets afholdelse. Det angives i mødereferatet, hvem der har deltaget i mødet.

Stk. 8

Sundhedsklyngens møder er ikke offentligt tilgængelige.

Sundhedsklyngen kan tillade, at andre personer deltager i møderne, når det er ønskeligt af hensyn til en sags oplysning eller drøftelserne i udvalget.

Stk. 9

Formandskabet kan indkalde sundhedsklyngen til ekstraordinært møde med kortere varsel end 21 dage. Ved indkaldelse til ekstraordinært møde giver formandskabet medlemmerne underretning om mødets dagsorden samt i videst muligt omfang materiale til sagens behandling.

Ekstraordinære møder kan foregå virtuelt, hvis det ikke er muligt at koordinere et fysisk møde.

§ 4

Mødeledelse og beslutningsdygtighed

Stk. 1

Møderne ledes af formandskabet på skift.

Stk. 2

Sundhedsklyngen er beslutningsdygtig, når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede, dog således at både Kommuner og Region er repræsenteret. For punkter der vedrører almen praksis gælder, at PLO-Hovedstaden skal være repræsenteret.

Stk. 3

Det fælles formandskab tegner sundhedsklyngen mellem møderne.

§ 5

Sekretariatsbetjening

Stk. 1.

Regionen og kommunerne deler sekretariatsbetjeningen af sundhedsklyngen.

§ 6

Ikrafttræden

Stk. 1

Denne forretningsorden træder i kraft på konstituerende møde i Politisk sundhedsklynge Syd den 28. september 2022 og er gældende til den 31. december 2025.

Bilag 7

Afsluttede patienter i 72 timers udvidet behandlingsansvar - Somatik

Indikatoren viser antal afsluttede patienter i 72-timers udvidet behandlingsansvar

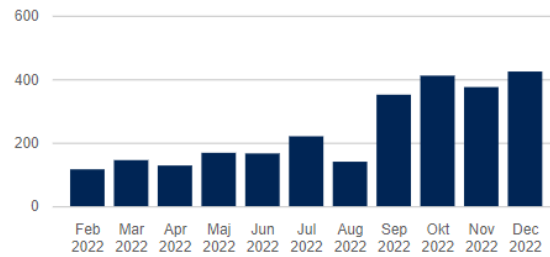
Hospital

Kommune

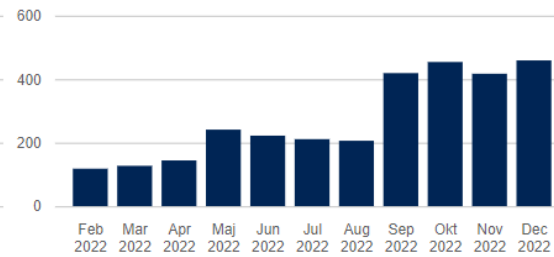
Antal afsluttede patienter i 72-timers udvidet behandlingsansvar over tid

● Antal afsluttede patienter

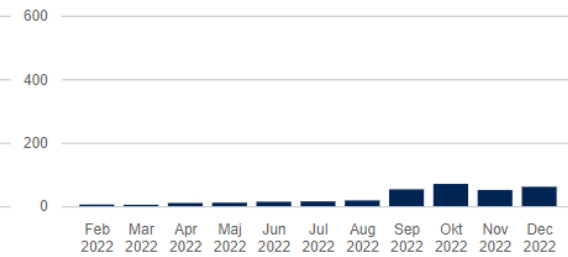
Amager og Hvidovre Hospital



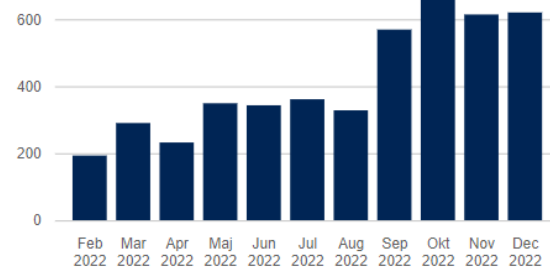
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler



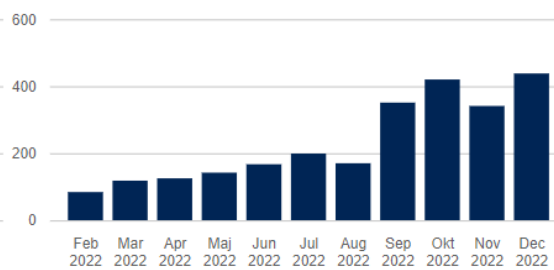
Bornholms Hospital



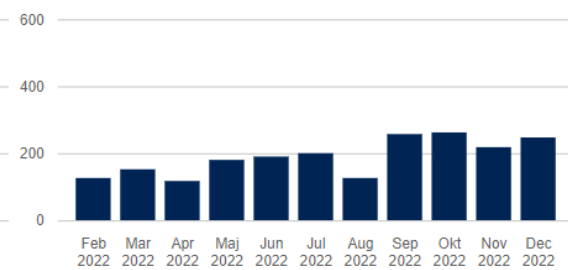
Herlev og Gentofte Hospital



Hospitalerne i Nordsjælland



Rigshospitalet



REGION
Datakilde: Metrikker fra SP, ID: 1137411
Data modtaget: 04-01-2023

Emne: *Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*
Rapportdata opdateret: 05-01-2023

Opdateringsfrekvens: *Daglig*
Rapporten er dannet: 05-01-2023



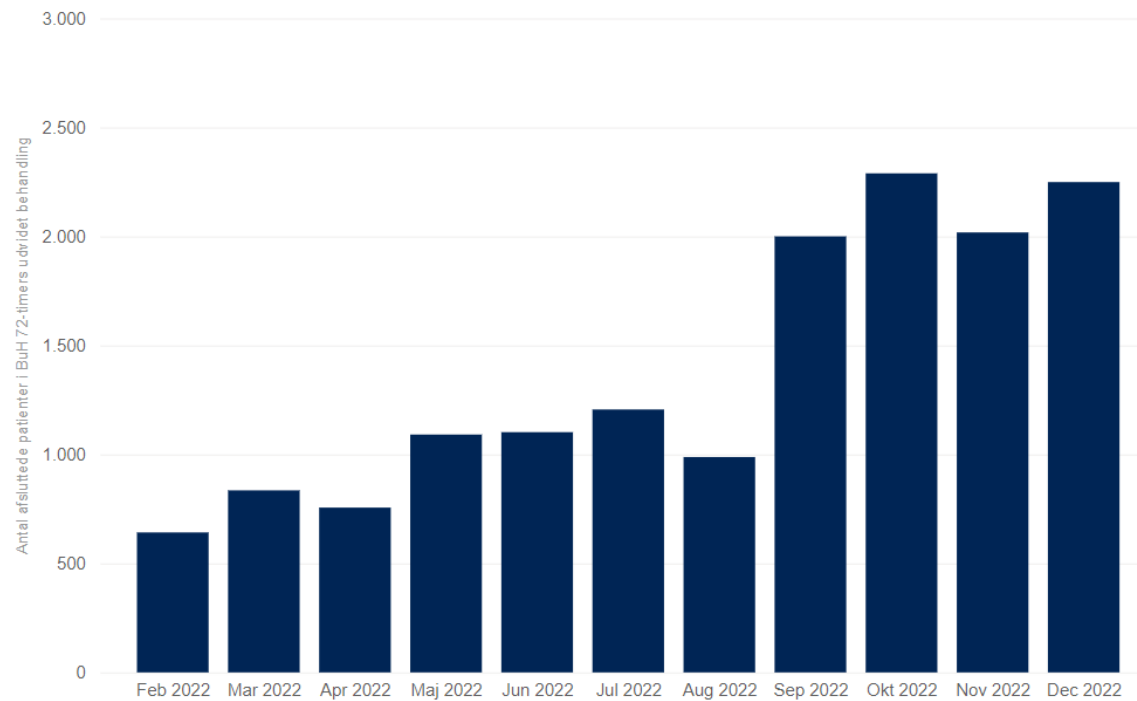
Afsluttede patienter i 72 timers udvidet behandlingsansvar - Somatik

Indikatoren viser antal afsluttede patienter i 72-timers udvidet behandlingsansvar

Hospital

Kommune

Antal afsluttede patienter i 72-timers udvidet behandlingsansvar over tid



Antal afsluttede patienter i 72-timers udvidet behandlingsansvar

Kommune	For hele perioden	Seneste måned
København	3.803	555
Frederiksberg	1.045	139
Rudersdal	678	100
Gentofte	774	92
Hvidovre	580	90
Helsingør	549	81
Gribskov	346	76
Lyngby-Taarbæk	519	76
Gladsaxe	599	73
Ballerup	461	72
Frederikssund	393	68
Tårnby	424	67
Bornholm	343	64
Brøndby	431	63
Hillerød	378	59
Furesø	394	58
Halsnæs	347	56
Rødovre	394	52
Høje-Taastrup	397	50
Fredensborg	311	49
Herlev	353	48
Hørsholm	272	43
Egedal	290	39
Allerød	187	38
Albertslund	212	36
Ishøj	212	33
Dragør	156	27
Glostrup	212	27
Vallensbæk	114	18
Region Hovedstaden	15.174	2.249



Datakilde: Metriker fra SP, ID: 1137411

Data modtaget: 04-01-2023

Emne: *Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Rapportdata opdateret: 05-01-2023

Opdateringsfrekvens: *Daglig*

Rapporten er dannet: 05-01-2023



Akutte genindlæggelser - Somatik

30 dage

7 dage

Indikatoren viser antallet og andelen af akutte genindlæggelser inden for hhv. 7 og 30 dage fordelt både på kommuner og hospital. Gælder kun Region Hovedstadens egne hospitaler og egne borgere (kommuner i Hovedstaden)

Tæller: Antal akutte genindlæggelser

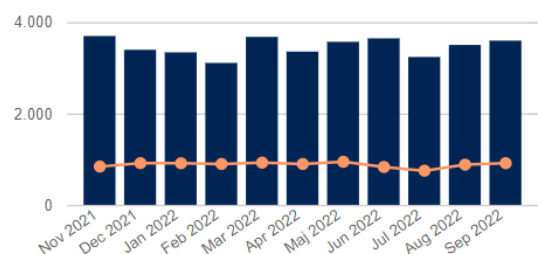
Nævner: Antal indlæggelser

Hospital Kommune

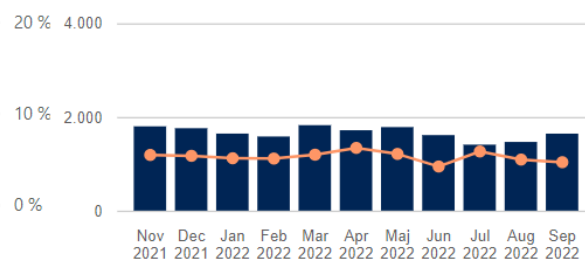
Antal indlæggelser og andelen af akutte genindlæggelser

● Antal indlæggelser ● Andel akutte genindlæggelser

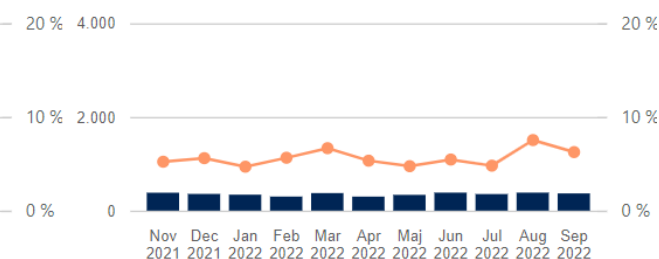
Amager og Hvidovre Hospital



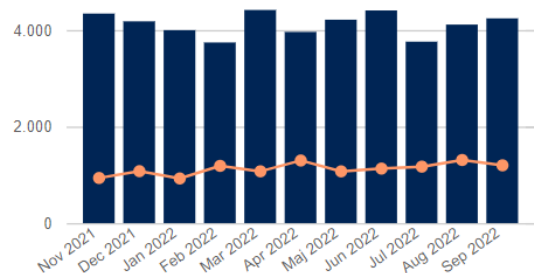
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler



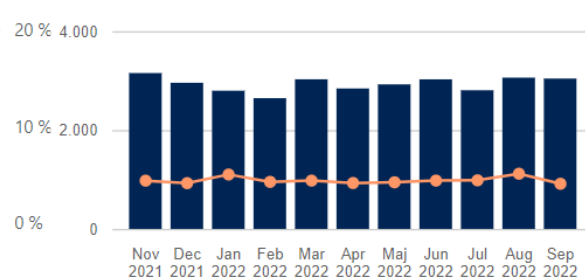
Bornholms Hospital



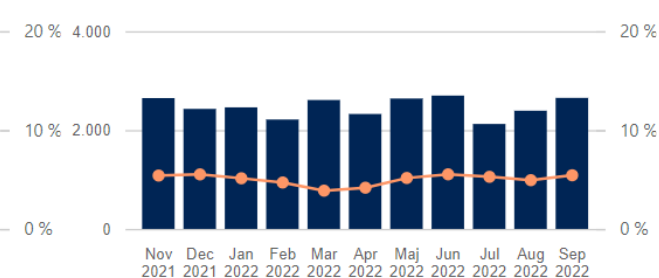
Herlev og Gentofte Hospital



Hospitalet i Nordsjælland



Rigshospitalet



Datakilde: SDS

Data modtaget: 23-11-2022

Opdateringsfrekvens: Månedligt

Rapportdata opdateret: 29-11-2022

Rapporten er dannet: 05-01-2023



Akutte genindlæggelser - Somatik

30 dage

7 dage

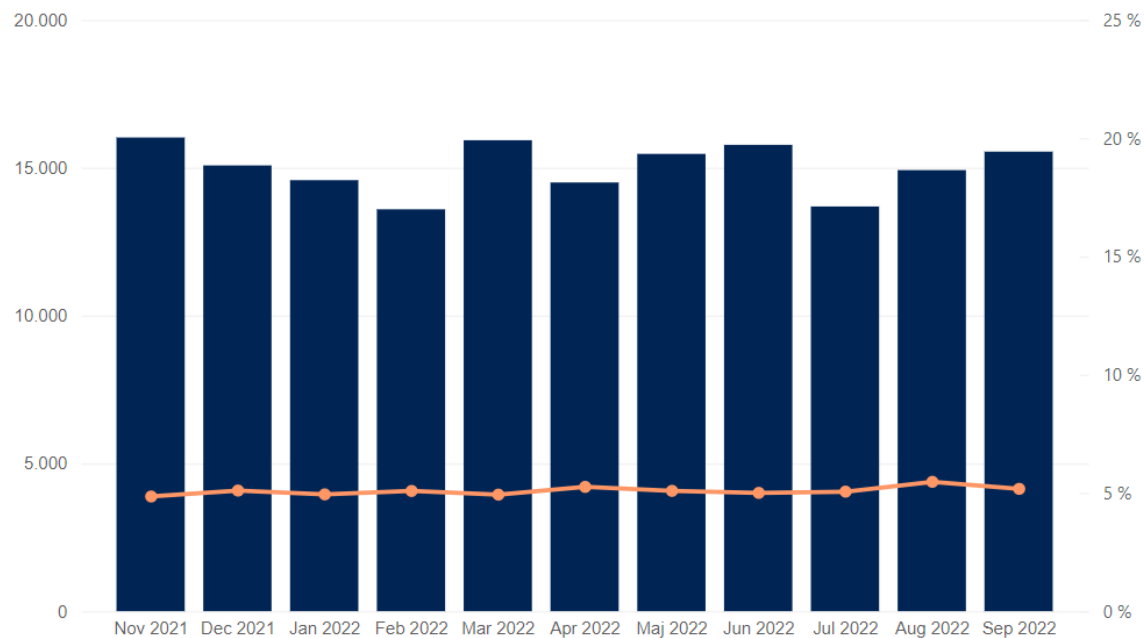
Indikatoren viser antallet og andelen af akutte genindlæggelser inden for hhv. 7 og 30 dage fordelt både på kommuner og hospital. Gælder kun Region Hovedstadens egne hospitaler og egne borgere (kommuner i Hovedstaden)

Tæller: Antal akutte genindlæggelser

Nævner: Antal indlæggelser

Andelen af akutte genindlæggelser

● Antal indlæggelser ● Andel akutte genindlæggelser



Andel akutte genindlæggelser for seneste afsluttede måned

Kommune Antal indlæggelser Andel



Datakilde: SDS

Data modtaget: 23-11-2022

Opdateringsfrekvens: Månedligt

Rapportdata opdateret: 29-11-2022

Rapporten er dannet: 05-01-2023



Afsluttede patienter i IV behandling i kommunerne - Somatik

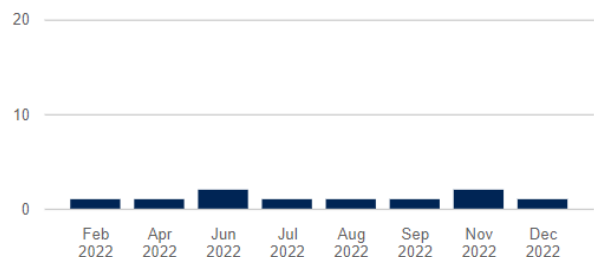
Indikatoren viser antal afsluttede patienter i IV behandling i kommunerne

Hospital Kommune

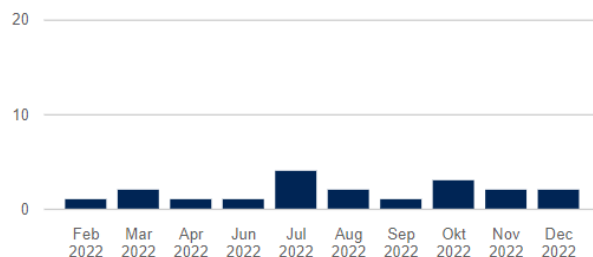
Antal afsluttede patienter i IV behandling i kommunerne over tid

● Antal afsluttede patienter

Amager og Hvidovre Hospital



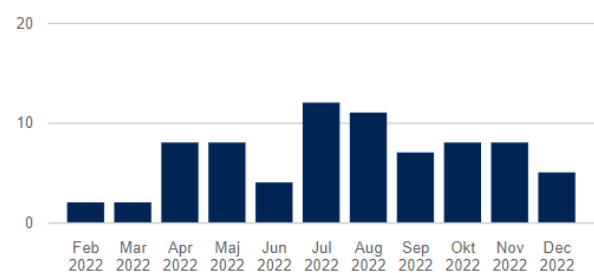
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler



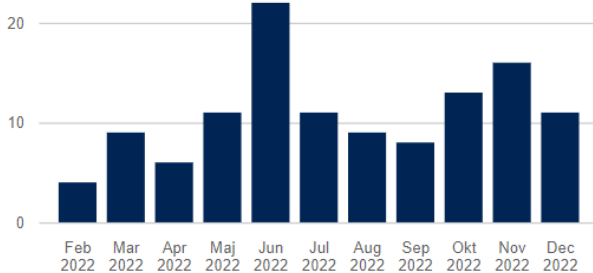
Bornholms Hospital



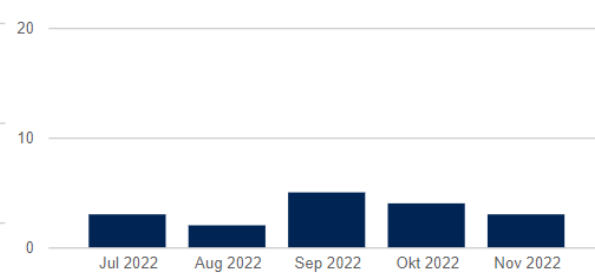
Herlev og Gentofte Hospital



Hospitalet i Nordsjælland



Rigshospitalet



Datakilde: Metriker fra SP, ID: 1139896

Data modtaget: 04-01-2023

Emne: *Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Rapportdata opdateret: 05-01-2023

Opdateringsfrekvens: *Daglig*

Rapporten er dannet: 05-01-2023



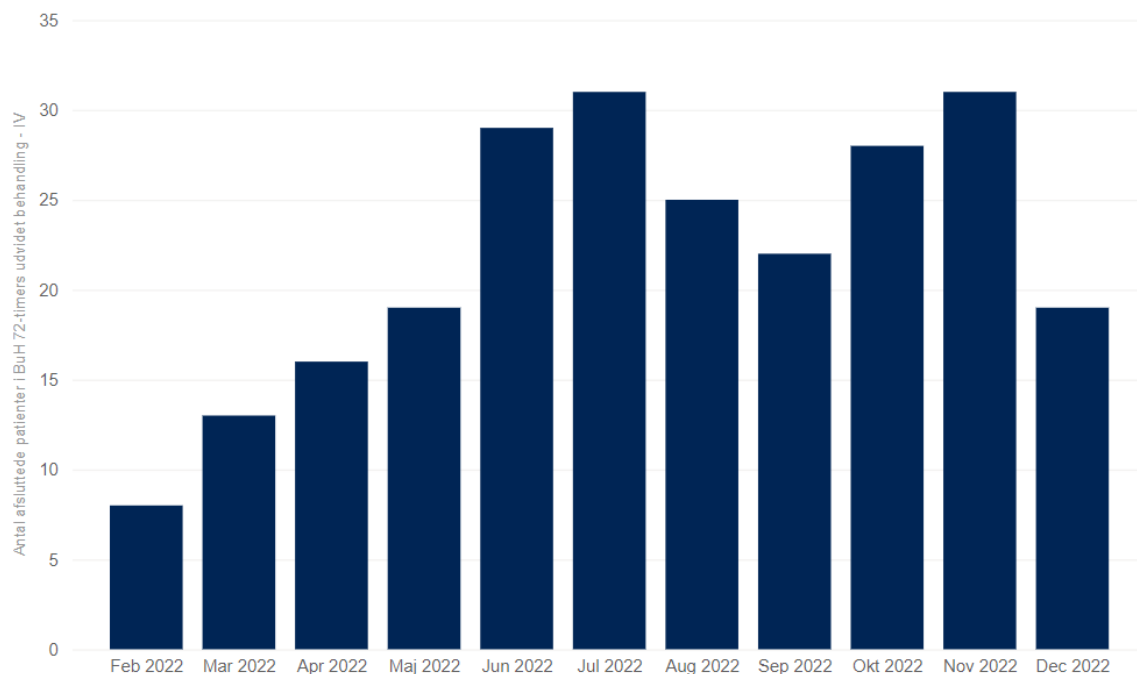
Afsluttede patienter i IV behandling i kommunerne - Somatik

Indikatoren viser antal afsluttede patienter i IV behandling i kommunerne

Hospital

Kommune

Antal afsluttede patienter i IV behandling i kommunerne over tid



Antal afsluttede patienter i IV behandling i kommunerne

Kommune	For hele perioden	Seneste måned
Allerød	7	2
Fredensborg	14	2
Frederikssund	29	2
Gladsaxe	9	2
Halsnæs	20	2
Helsingør	18	2
København	24	2
Lyngby-Taarbæk	12	2
Rudersdal	12	2
Albertslund	1	1
Ballerup	5	1
Brøndby	1	1
Dragør	2	1
Egedal	3	1
Frederiksberg	5	1
Furesø	6	1
Gentofte	18	1
Glostrup	1	1
Gribskov	4	1
Herlev	4	1
Hillerød	15	1
Hvidovre	4	1
Høje-Taastrup	2	1
Hørsholm	12	1
Ishøj	2	1
Rødovre	5	1
Tårnby	2	1
Øvrige	4	1
Region Hovedstaden	241	19



Datakilde: Metriker fra SP, ID: 1139896

Data modtaget: 04-01-2023

Emne: *Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Rapportdata opdateret: 05-01-2023

Opdateringsfrekvens: *Daglig*

Rapporten er dannet: 05-01-2023



Færdigbehandlede dage - Somatik

Færdigbehandlede dage måles i antal dage og priser. Data er afgrænset ved følgende:

- Gælder kun Region Hovedstadens egne hospitaler og egne borgere (kommuner i Hovedstaden)
- Gælder kun for somatikken
- Prisen der vises er afregnet til regionerne

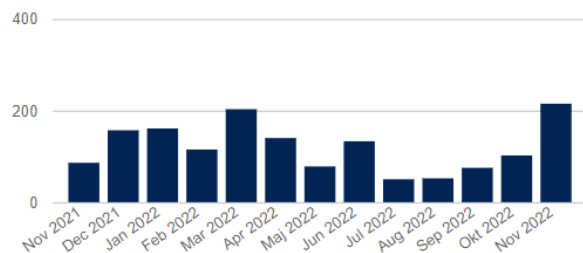
Hospital

Kommune

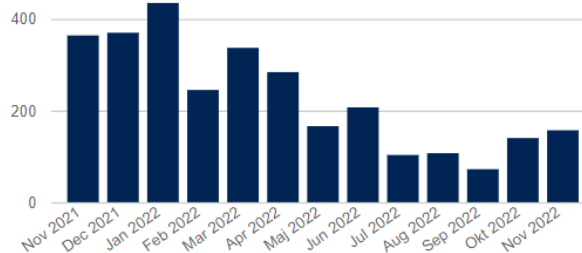
Antal færdigbehandlede dage over tid

● Antal færdigbehandlede dage

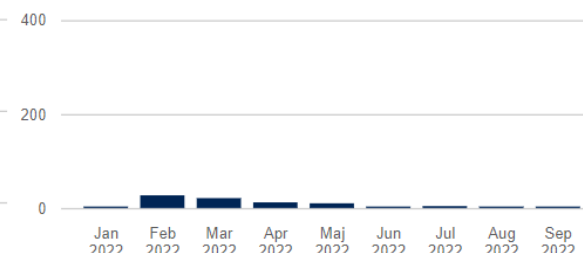
Amager og Hvidovre Hospital



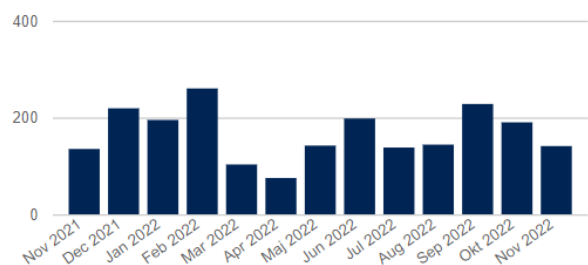
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler



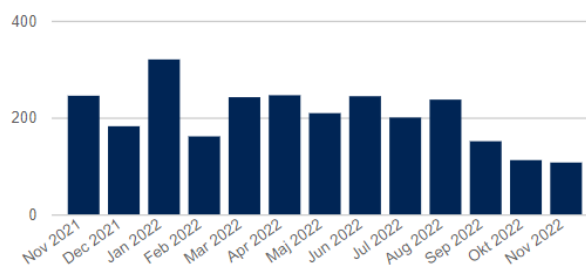
Bornholms Hospital



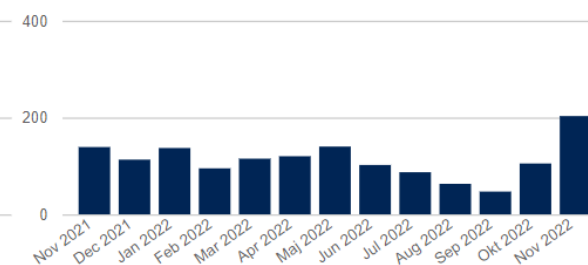
Herlev og Gentofte Hospital



Hospitalerne i Nordsjælland



Rigshospitalet



Datakilde: Kommunale individdata LPR

Rapporten er dannet: 05-01-2023

Emne: Det nære og sammenhængende Sundhedsvæsen

LPR_Dato: 10-12-2022

Opdateringsfrekvens: Månedligt

Færdigbehandlede dage - Somatik

Færdigbehandlede dage måles i antal dage og priser. Data er afgrænset ved følgende:

- Gælder kun Region Hovedstadens egne hospitaler og egne borgere (kommuner i Hovedstaden)
- Gælder kun for somatikken
- Prisen der vises er afregnet til regionerne

Hospital

Kommune

Antal færdigbehandlede dage og berørte patienter over tid fordelt på kommuner pr 100.000 borgere til og med måned 11 - 2022

År Kommune	2020			2021			2022					
	Dage	Pr. 100.000	Berørte patienter	Dage	Pr. 100.000	Berørte patienter	Dage	Pr. 100.000	Berørte patienter			
Albertslund	29	1,6	8	0,4	26	1,4	11	0,6	27	1,5	9	0,5
Allerød	2	0,1	2	0,1	12	0,6	5	0,3	24	1,3	12	0,6
Ballerup	203	10,9	48	2,6	227	12,2	88	4,7	456	24,6	134	7,2
Bornholm					10	0,5	3	0,2	80	4,3	23	1,2
Brøndby	58	3,1	25	1,3	64	3,4	26	1,4	96	5,2	40	2,2
Dragør	11	0,6	6	0,3	13	0,7	9	0,5	35	1,9	14	0,8
Egedal	95	5,1	26	1,4	152	8,2	46	2,5	231	12,4	66	3,6
Fredensborg	87	4,7	33	1,8	442	23,8	111	6,0	328	17,7	91	4,9
Frederiksberg	20	1,1	10	0,5	44	2,4	17	0,9	35	1,9	10	0,5
Frederikssund	115	6,2	49	2,6	215	11,6	90	4,8	677	36,5	153	8,2
Furesø	64	3,4	24	1,3	74	4,0	28	1,5	254	13,7	82	4,4
Gentofte	47	2,5	21	1,1	25	1,3	11	0,6	27	1,5	13	0,7
Gladsaxe	21	1,1	10	0,5	239	12,9	50	2,7	171	9,2	69	3,7
Glostrup	310	16,7	74	4,0	385	20,7	86	4,6	604	32,5	100	5,4
Gribskov	384	20,7	93	5,0	300	16,2	90	4,8	224	12,1	79	4,3
Halsnæs	14	0,8	4	0,2	71	3,8	11	0,6	87	4,7	34	1,8
Helsingør	353	19,0	138	7,4	556	30,0	215	11,6	392	21,1	151	8,1
Herlev					2	0,1	1		0,1			
Hillerød	193	10,4	76	4,1	532	28,7	60	3,2	528	28,4	138	7,4
Hvidovre	63	3,4	25	1,3	23	1,2	11	0,6	26	1,4	14	0,8
Høje-Taastrup	107	5,8	17	0,9	115	6,2	30	1,6	90	4,8	35	1,9
Hørsholm	15	0,8	6	0,3	46	2,5	11	0,6	1	0,1	1	0,1
Ishøj	7	0,4	2	0,1	30	1,6	8	0,4	20	1,1	6	0,3
København	1.644	88,6	648	34,9	4.753	256,1	1.111	59,9	3.606	194,3	1.071	57,7
Lyngby-Taarbæk	180	9,7	73	3,9	438	23,6	163	8,8	267	14,4	100	5,4
Rudersdal	51	2,7	15	0,8	52	2,8	29	1,6	158	8,5	65	3,5
Rødovre	22	1,2	13	0,7	72	3,9	30	1,6	200	10,8	74	4,0
Tårnby	23	1,2	11	0,6	26	1,4	11	0,6	158	8,5	26	1,4
Vallensbæk	38	2,0	12	0,6	21	1,1	7	0,4	114	6,1	20	1,1
Øvrige	24	1,3	10		0,5							
Total	4.180	225,2	1.479	79,7	8.965	483,0	2.369	127,6	8.916	480,3	2.630	141,7



Datakilde: Kommunale individdata LPR

Rapporten er dannet: 05-01-2023

Emne: Det nære og sammenhængende Sundhedsvæsen

LPR Dato: 10-12-2022

Opdateringsfrekvens: Månedligt