NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDS-VÆSENET

2022

FORORD 3

DE NATIONALE MÅL ER EN DEL AF DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM 4

SUNDHEDSAFTALEN SKAL LØFTE SUNDHEDSVÆSENET 6

DE OTTE NATIONALE MÅL 8

ET DYNAMISK SUNDHEDSVÆSEN – ARBEJDET MED NYE INDIKATORER FORTSÆTTER 9

ÆNDRINGER FOR INDIKATORER I ÅRETS STATUSRAPPORT 14

UDVIKLING I MÅL OG INDIKATORER 15

NATIONALE MÅL – FORDELT PÅ REGIONER 17

NATIONALE MÅL – FORDELT PÅ KOMMUNER 20

LOKAL FORANKRING AF DE NATIONALE MÅL 31

REGIONERNES OPFØLGNING PÅ MÅLENE 33

KOMMUNERNES OPFØLGNING PÅ MÅLENE 35

SÆRKAPITEL – SOCIAL ULIGHED I SUNDHED 36

INDIKATORER, DER OPDELES PÅ UDDANELSESNIVEAU ELLER FAMILIESOCIALGRUPPE 40

METODEOVERVEJELSER FOR OPDELING AF INDIKATORER PÅ UDDANNELSESNIVEAU ELLER FAMILIESOCIALGRUPPE 41

SOCIAL ULIGHED I SUNDHED – INDIKATORER OPDELT PÅ UDDANNELSNIVEAU ELLER FAMILIESOCIALGRUPPE 43

SOCIAL ULIGHED I SUNDHED – CASES 56

FORORD

De nationale mål for sundhedsvæsenet sikrer en fælles retning for sundhedsvæsenet til gavn for patienterne sammen med de øvrige dele af Det Nationale Kvalitetsprogram. Målene sætter fokus på kvalitet, sammenhæng i behandlingen, patientsikkerhed og flere sunde leveår. Regioner og kommuner arbejder målrettet på at omsætte målene til konkrete indsatser og målene er dermed et omdrejningspunkt for styring af sundhedsvæsenet.

I årets rapport ses hovedsageligt på udviklingen fra 2020 til 2021. Indikatorerne udvikler sig blandet i perioden, hvilket også skal ses i lyset af, at flere af indikatorerne er direkte eller indirekte påvirket af COVID-19 og overenskomstkonflikten på sygeplejerskeområdet i sommeren 2021 samt konsekvenserne heraf. Det betyder, at flere af tallene skal tolkes med varsomhed.

I denne statusrapport er temaet social ulighed i sundhed, som der sættes fokus på i et særkapitel. Social ulighed i sundhed betegner, at sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet set i relation til socioøkonomiske faktorer som indkomst, erhverv og uddannelsesniveau.

I særkapitlet er der fokus på forskelle mellem forskellige uddannelsesgrupper for en række indikatorer i de nationale mål. Opdelingen på uddannelsesniveau skal belyse omfanget af social ulighed inden for de udvalgte områder før, under og efter et sygdomsforløb. Fra og med i år indgår desuden tre nye faste indikatorer under det nationale mål ***Mere lighed og flere sunde leveår***, som sætter fokus på vigtige forebyggelsesindsatser i forhold til fysisk aktivitet og mental sundhed, samt gode leveår, som et overordnet mål for befolkningens helbredstilstand.

Juni 2023

Sophie Løhde
Indenrigs- og Sundhedsminister

Martin Damm
Formand for KL

Anders Kühnau
Formand for Danske Regioner

DE NATIONALE MÅL ER EN DEL AF DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM

Det Nationale Kvalitetsprogram skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i både behandling og rehabilitering med fokus på de resultater, der har betydning for borgeren.

De nationale mål for sundhedsvæsenet, og den lokale forankring heraf, er en central del af Det Nationale Kvalitetsprogram. Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om målene, der følges ved hjælp af en række udvalgte indikatorer i de årlige statusrapporter. Samtidig er det ved forankring af målene i den enkelte sygehusafdeling, i de kommunale sundhedsindsatser og i praksissektoren, at den konkrete udvikling skabes.

Det Nationale Kvalitetsprogram består desuden af blandt andet lærings- og kvalitetsteams og det nationale ledelsesprogram. Dertil understøtter det nationale kvalitetsprogram også arbejdet med systematisk patientinddragelse.

Med økonomiaftalen for 2023 var der enighed om, at kvaliteten fortsat skal udvikles og styrkes til gavn for borgere og patienter. Dette skal blandt andet ske ved en udvikling af Det Nationale Kvalitetsprogram, hvor sundhedsvæsenets aktører skal navigere efter fælles mål for kvalitet. Desuden skal der være styrket fokus på at understøtte det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Lærings- og kvalitetsteams
Et lærings- og kvalitetsteam består af et nationalt netværk af klinikere, fagpersoner og ledere fra relevante afdelinger og enheder samt en ekspertgruppe, som skal understøtte, at der sker kvalitetsforbedringer på et udvalgt område, hvor kvaliteten ikke er tilfredsstillende, eller hvor der er uønsket variation i kvaliteten. Lærings- og kvalitetsteams skal bidrage til, at de gode erfaringer med kvalitetsforbedringer spredes hurtigere mellem fagpersoner og medarbejdere til gavn for den enkelte borger. Flere lærings- og kvalitetsteams omfatter flere forskellige sektorer, og bidrager dermed til at understøtte kvaliteten i forløb, der går på tværs af sektorer.

Det er planen, at der løbende etableres nye lærings- og kvalitetsteams, som hver især skal løbe i cirka to år. Der er gennemført forløb for fem lærings- og kvalitetsteams, og der er tre igangværende lærings- og kvalitetsteams om blandt andet tvang i psykiatrien. Aktuelt er der et lærings- og kvalitetsteam i opstartsfasen om tværsektorielle patientforløb for ældre borgere med hoftenære lårbensbrud.

Det nationale ledelsesprogram
Det nationale ledelsesprogram har til formål at give ledere i sundhedsvæsenet kompetencer til at styrke forbedringsarbejdet i afdelingernes hverdag og på tværs af sektorer. Herudover er hensigten med ledelsesprogrammet at udbrede et fælles sprog og en fælles tilgang til kvalitets- og forbedringsarbejdet. De første fire hold af ledere fra kommuner og regioner gennemførte ledelsesprogrammet i perioden 2017-2021.

Parterne bag programmet har i løbet af 2021 og 2022 udviklet en ny version af ledelsesprogrammet, hvor det tværsektorielle fokus er styrket, og antallet af deltagere er hævet betragteligt. Udover ledere fra kommuner og regioner deltager nu også læger fra almen praksis.

Et nyt element er også, at deltagerne er sat sammen i mindre teams ofte på tværs af sektorer, og i løbet af programmet arbejder sammen om et konkret forbedrings-initiativ. Første hold i den nye version havde opstart i september 2022.

Systematisk patientinddragelse
Det Nationale Kvalitetsprogram understøtter et styrket fokus på systematisk patientinddragelse – både lokalt og nationalt. Eksempelvis understøtter kvalitetsprogrammet arbejdet med at udbrede systematisk anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO). PRO kan bruges i dialogen mellem borgere og det sundhedsfaglige personale til blandt andet at tilpasse indsatsen til den enkeltes behov og gøre borgeren til en aktiv medspiller, ligesom PRO også kan anvendes til kvalitetsopfølgning- og udvikling. Derudover benyttes resultater fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) til at følge udviklingen for det nationale mål om at øge patientinddragelsen.

SUNDHEDSAFTALEN SKAL LØFTE SUNDHEDSVÆSENET

Den brede politiske aftale om en sundhedsaftale i maj 2022 skal sikre en omstilling til et mere sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen. Det indebærer blandt andet, at flere kan blive behandlet i eller tæt på hjemmet, en styrkelse af kvaliteten i den nære sundhedsindsats samt et stærkere samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet. Eksempelvis skal det være med til at forhindre, at borgere bliver genindlagt på sygehuset kort tid efter udskrivelse, hvis det kunne være undgået, ligesom det også skal være med til at sikre, at sygehusene har tid og kapacitet til de patienter, der har brug for indlæggelse og specialiseret behandling.

Som en del af aftalen er der aftalt etablering af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, der skal sikre indførslen af kvalitetspakker med konkrete kvalitetskrav- og anbefalinger til indsatsen. Foreløbigt er der planlagt to kvalitetspakker målrettet henholdsvis de kommunale akutfunktioner samt patientrettede forebyggelsestilbud for borgere med kroniske sygdomme. For at understøtte de kommunale akutfunktioner skal det for eksempel sikres, at kommunerne har direkte adgang til relevant faglig rådgivning fra akutsygehusets specialister.

Øvrige initiativer i sundhedsaftalen omfatter blandt andet nærhospitaler, flere læger til almen praksis og bedre lægedækning, styrket akutberedskab, bedre anvendelse af data og digitale løsninger samt nedsættelsen af kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, der skal komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres mere personale og mere tid til kerneopgaven.

Samtidig skal de nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene, der blev aftalt mellem den daværende regering (S), Danske Regioner og KL i 2021 og etableret i 2022, også bidrage til at sikre omstillingen og et tættere samarbejde på tværs af sektorer. Klyngerne har både et fagligt og et politisk niveau som inkluderer repræsentanter fra regioner, kommuner og almen praksis.

Som inspiration til de første møder i sundhedsklyngerne er der udarbejdet en datapakke til hver sundhedsklynge, som indeholder udvalgte nøgletal og visninger på tværs af klyngens kommuner, almen praksis og hospital. For at sikre, at sundhedsklyngerne kan arbejde databaseret på den lange bane, vil klyngernes sekretariater få adgang til det digitale værktøj *Sundhedsdata på tværs*, som giver adgang til relevante nationale sundhedsdata på aggregeret niveau på tværs af kommuner, regioner og almen praksis.

Aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL om udmøntning af aftalen

Den daværende regering (S), Danske Regioner og KL har i juni 2022 indgået en udmøntningsaftale om implementering af sundhedsaftalen. Med aftalen er der blandt andet enighed om årligt at gøre status for udviklingen i de målsætninger, der er aftalt i sundhedsaftalen. Herunder skal der gøres status for følgende to målsætninger, der er baseret på indikatorer i de nationale mål:

- Omfanget af *sygehusaktivitet pr. borger med KOL og/eller type 2-diabetes* skal falde for at sikre, at borgere skal modtage en indsats tæt på og i eget hjem frem for på sygehuse.
- *Andelen af akutte genindlæggelser* skal nedbringes med 5 procent i 2026, 10 procent i 2030 og med 15 procent i 2035 for at sikre, at færre borgere skal opleve at blive genindlagt, når det kunne have været forebygget.

NATIONALE MÅL : BEDRE KVALITET, SAMMENHÆNG OG LIGHED I SUNDHEDSVÆSENET

BEDRE SAMMEN-HÆNGENDE PATIENT-FORLØB	STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER	FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENT-SIKKERHED	BEHANDLING AF HØJ KVALITET	HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING	ØGET PATIENT-INDDRAGELSE	MERE LIGHED OG FLERE SUNDE LEVEÅR	MERE EFFEKTIVT SUNDHEDS-VÆSEN
INDIKATORER							
Akutte somatiske/psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage Ventetid til genoptræning Somatiske/psykiatriske færdigbehandlings-dage på sygehuse Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge)	Sygehusaktivitet pr. kroniker (KOL/diabetes) Forebyggelige sygehusophold blandt ældre Overbelægning på medicinske afdelinger Brug af antipsykotika ved patienter med demens	5 års overlevelse efter kræft Hjertedødelighed Sundhedssektor erhvervede infektioner Overlevelse ved uventet hjertestop Indløste recepter på antibiotika i almen praksis Forbrug af opioider i almen praksis	Kvalitetsindikatorer fra Regionernes Kliniske Kvalitets-udviklingsprogram (RKKP) Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres	Ventetid til somatisk/psykiatrisk behandling på sygehus Ventetid til kirurgisk behandling (operationer/endoskopier) på sygehus Somatiske/psykiatriske patienter udredt inden for 30 dage Kræftpakkeforløb gennemført inden for tiden	Patienttilfredshed (somatikken/psykiatrien) Patientoplevet inddragelse (somatikken/psykiatrien)	Middellevetid Daglig rygere i befolkningen Fastholdelse af somatiske/psykisk syge på arbejdsmarkedet Fuldført ungdoms-uddannelse blandt unge med psykiske lidelser Overdødelighed ved psykisk sygdom Gode leveår, 16-årige Fysisk aktivitet blandt skolebørn Lav mental sundhed blandt unge	Liggetid pr. indlæggelse Produktivitet på sygehusene*
REGIONALE / KOMMUNALE LOKALE DELMÅL							

* Indikatoren indgår uden tal.

ET DYNAMISK SUNDHEDSVÆSEN – ARBEJDET MED NYE INDIKATORER FORTSÆTTER

Indikatorerne under de nationale mål udvikles løbende for at sikre, at de afspejler den ønskede retning for sundhedsvæsenet og værdien for den enkelte patient. Nogle indikatorer har en kortere tidsramme, hvilket betyder, at de løbende kan justeres eller udskiftes i takt med, at der kommer fokus på nye områder samt kvaliteten af data bliver bedre. For at sikre en fokuseret indsats er det dog samtidig vigtigt, at det samlede antal indikatorer fortsat er overskueligt.

Ny model for kvalitetsindikatorer
I de nationale mål indføres en ny model for kvalitetsindikatorer baseret på data fra Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Med den nye model følges udvalgte områder fra RKKP ved hjælp af indikatorer, der som udgangspunkt indgår i indikatoroversigten i tre år. Hvert år udvælges et nyt område og indikatorer på baggrund af en vurdering af om der for eksempel er fundet kvalitetsudfordringer på området, samt om der er potentiale for forbedringer over en kortere årrække.

Fra i år følges området for hoftenære lårbensbrud ved hjælp af to indikatorer, der viser henholdsvis andelen af patienter, som dør inden for 30 dage efter operationsdato, samt andelen af patienter, der mobiliseres inden for 24 timer efter operationens start. I regionerne har der tidligere været etableret et lærings- og kvalitetsteam på området, der viste en række potentialer for at skabe vedvarende kvalitetsforbedringer. I forhold til tidlig mobilisering efter operationen er det en indsats som er vigtig at have fokus på, da patienter der ikke mobiliseres tidligt både er indlagt længere tid og har en højere risiko for død.

Ventetidsindikatorer
Ventetid til planlagt sygehusoperation og til psykiatrien indgik som indikatorer i de nationale mål for sundhedsvæsenet i 2019. Indikatorerne var ikke med i rapporten for 2021, fordi de ikke er opgjort siden starten af 2019 grundet omlægning af Landspatientregisteret fra LPR2 til LPR3. I det nye Landspatientregister (LPR3) er der opgjort to nye ventetidsindikatorer med nye opgørelsesmetoder:

- *Ventetid til behandling på sygehus*
- *Ventetid til kirurgisk behandling (operationer/endoskopier) på sygehus*

Ventetid til behandling på sygehus måler ventetiden fra patienten er endeligt udredt til patienten starter behandling. Såfremt patienten er udredt uden for sygehusvæsenet måles ventetiden fra patientens henvisning til behandling er modtaget på sygehuset. Indikatoren opgøres som en bagudrettet opgørelse. Det vil sige, at den måler ventetiden for patienter, som allerede er blevet behandlet. Ventetiden måles som den gennemsnitlige ventetid opgjort i dage. Indikatoren opgøres for somatik-

ken og psykiatrien. For somatikken opgøres ventetid til behandling samlet for medicinske og kirurgiske patienter. For psykiatrien opgøres den særskilt for voksne og for børn og unge.

Ventetid til kirurgisk behandling (operationer/endoskopier) på sygehus opgør den gennemsnitlige ventetid til kirurgisk behandling i antal dage. Indikatoren opgøres som et samlet tal for ventetid til al kirurgisk behandling på sygehusene.

Nye indikatorer

I år indgår tre nye forebyggelsesindikatorer i rapporten, som sætter fokus på relevante sundhedsfremmende indsatsområder og understøtter fokus på social ulighed i sundhed. Ulighedsperspektivet belyses i to af de tre nye indikatorer ved at opdele indikatorerne på familiesocialgruppe, jf. afsnittet *indikatorer, der opdeles på uddannelsesniveau eller familiesocialgruppe*, side 40.

De nye indikatorer er:

- *Forventede gode leveår for 16-årige*
- *Fysisk aktivitet blandt skolebørn*
- *Lav mental sundhed blandt unge*

Forventede gode leveår

Forventede gode leveår belyser det forventede antal år, borgeren lever med et godt helbred og giver dermed indblik i kvaliteten af leveårene. Derved supplerer det opgørelsen af middellevetiden, som udelukkende måler på antallet af leveår. Gode leveår opgøres i de nationale mål på baggrund af registerdata for befolkningens dødelighed og spørgeskemaoplysninger om befolkningens selvvurderede helbred fra Den Nationale Sundhedsprofil, jf. boks 1.[1] Et godt leveår er defineret som et år med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. Gode leveår i Den Nationale Sundhedsprofil opdateres hver fjerde år. Det bemærkes, at selvvurderet helbred kan blive påvirket af ændringer i befolkningens forventning til et godt helbred over tid. For eksempel kan befolkningens forventninger til et godt helbred stige som følge af stigende indkomst og bedre behandlingsmuligheder, hvilket kan skævvride billedet af udviklingen over tid, jf. boks 1.

I rapporten er forventede gode leveår opgjort for 16-årige. Gode leveår er et overordnet mål for den samlede helbredstilstand. Indikatoren afspejler den samlede effekt af sundhedsindsatser og behandlingstilbud med betydning for den samlede helbredstilstand fra 16 år og resten af livet.

1 Statens Institut for Folkesundhed & Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022: side 176-179.

Boks 1

Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred i Den Nationale Sundhedsprofil
Indikatoren gode leveår er baseret på registerdata for dødelighed og spørgeskemaoplysninger om selvvurderet helbred fra Den Nationale Sundhedsprofil. Selvvurderet helbred er en persons egen samlede vurdering af sit eget helbred. Undersøgelser har vist, at der er en stærk sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred, dødelighed samt øget risiko for forskellige kroniske sygdomme[2]. Selvvurderet helbred tager derudover højde for, at sygdom opleves forskelligt. For eksempel kan vurderingen af eget helbred være påvirket af udviklingen i helbredet gennem livet, kendskab til syge- og dødelighed i familien samt eget helbred i forhold til jævnaldrende. Selvvurderet helbred er desuden påvirket af oplevelsen af egne ressourcer til at håndtere sin situation og muligheden for at få støtte og hjælp i éns netværk i tilfælde af sygdom.[3]

I internationale anbefalinger om gennemførslen af befolkningsundersøgelser fremhæves vigtigheden af at inkludere spørgsmål om selvvurderet helbred, da indikatoren giver et overordnet billede af befolkningens helbredsstatus.[4,5]

Over tid kan befolkningens forventninger til et godt helbred ændre sig og dermed kan det der skal til for, at man oplever at have et godt helbred også ændre sig. I takt med at flere og flere kan leve et aktivt liv med rejser og fysisk udfoldelse, kan disse aktiviteter blive opfattet som almindelige og som en forventelig del af et sundt liv. Tilsvarende kan oplevelsen af at være sund også variere mellem aldersgrupper eller på tværs af generationer. Eksempelvis har forskelle i fysisk sundhed målt ved begrænsninger i dagligdagen umiddelbart mindre betydning for livstilfredsheden i den ældre del af befolkningen end i den yngre del af befolkningen. Det kan blandt andet skyldes, at lidelser med betydning for det fysiske helbred er mere almindelige i den ældre del af befolkningen.[6]

2, 3 Statens Institut for Folkesundhed & Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022: side 20.
4 Robine JM, Jagger C, Euro-REVES Group. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe - the Euro-REVES 2 project. Eur J Public Health. 2003;13: 6-14.
5 World Health Organization. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Ofce for Europe: Statistics Netherlands, 1996.
6 Finansministeriet. Ulighedsredegørelsen, december 2021.

Fysisk aktivitet
Fysisk aktivitet forebygger tidlig død og en række sygdomme – for eksempel hjertekarsygdomme og type-2 diabetes,[7] og har derfor en lang række positive effekter på børns sundhed og trivsel. Fysisk aktivitet har også positive konsekvenser for indlæring og en række psykosociale faktorer, for eksempel den generelle trivsel.[8] Ligeledes viser undersøgelser, at problemer med helbred, sundhedsadfærd og trivsel i barn- og ungdommen øger risikoen for sundheds- og trivselsproblemer samt risikoen for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd livet igennem.[9]

Fysisk aktivitet blandt skolebørn opgøres i de nationale mål ved hjælp af Skolebørnsundersøgelsen[10], der måler andelen af skolebørn, som udfører minimum 60 minutters fysisk aktivitet med moderat til høj intensitet om dagen. Aktivitetsniveauet indsamles ved hjælp af en bevægelsessensor (accelerometer), som sættes på kroppen og dermed indsamler det reelle aktivitetsniveau i en længere periode. Skolebørnsundersøgelsens mål på minimum 60 minutters fysisk aktivitet med moderat til høj intensitet om dagen ligger i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet for børn.[11] Det bemærkes, at Skolebørnsundersøgelsen 2018 indeholder en mindre stikprøve, hvilket kan påvirke tallenes repræsentativitet, og resultaterne skal derfor fortolkes varsomt. Dog forekommer der en høj svarprocent fra eleverne fra de deltagende skoler.

Mental sundhed blandt unge
God mental sundhed er en beskyttende faktor for helbredet og har betydning for livskvalitet, gode leveår samt risikoen for udvikling af sygdom.[12, 13] Der ses en generel stigning i den danske befolkning i andelen med dårligt mentalt helbred, og den er særlig stor for unge.[14] *Lav mental sundhed blandt unge* opgøres i de nationale mål ved hjælp af indikatoren fra Den Nationale Sundhedsprofil[15], der opgør andelen af 16-24-årige med en lav score på den mentale helbredsskala. Indikatoren, der opdateres hver fjerde år, spørger til mentalt helbred på baggrund af svarpersonens helbredstilstand inden for de seneste fire uger.

7, 8 Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet: Håndbog om forebyggelse og behandling, 2018: side 3.
9, 10 Statens Institut for Folkesundhed. Skolebørnsundersøgelsen: hbsc, 2018: side 97.
11 Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet: Håndbog om forebyggelse og behandling, 2018: side 12.
12 Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke: Mental sundhed, 2018.
13 Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom: Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. SDU, 2020.
14, 15 Statens Institut for Folkesundhed & Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022.

Udviklingsarbejde med nye datakilder på børne- og ungeområdet

Der er et arbejde i gang med udvikling af nye datakilder på børne- og ungeområdet, som på sigt vil være relevante at gøre brug af i nationale mål for sundhedsvæsenet. På voksenområdet er Den Nationale Sundhedsprofil[16] og de nationale sundhedsregistre kilder til viden og statistiske opgørelser, som der arbejdes med lokalt, regionalt og nationalt.

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har i en lang årrække monitoreret sundhed blandt børn i første leveår, blandt skolebørn og blandt unge på gymnasier og erhvervsskoler ved både registeropgørelser og spørgeskemaundersøgelser. Tilsvarende findes andre monitoreringsundersøgelser fra for eksempel Børn og Ungeliv, VIVE med videre, ligesom der findes indrapportering i nationale registre. Der er således mange forskellige datakilder, men der er på nuværende tidspunkt ikke noget samlet overblik over, hvilke data om danske børn og unges sundhed, adfærd, trivsel og helbred, der er tilgængelige, samt hvilken type viden der indsamles.

På tværs af stat, kommuner og regioner – og i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed – er forarbejdet med at lave en sundhedsprofil for børn og unge (0-15-årige) derfor blevet igangsat. Profilen skal bygge på relevante, eksisterende datakilder samt nye eller videreudviklede datakilder. Der arbejdes desuden med at etablere ”Børns Sundhed”, som er en database, der samler data fra sundhedsplejen, sygehusene og på sigt også almen praksis, hvilket vil give et mere samlet billede af børn og unges sundhed. Novo Nordisk Fonden har tildelt midler til projektet, som er et bredt samarbejde mellem Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Danske Regioner, Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Sundhedsdatastyrelsen, Databasen Børns Sundhed og KL.[17]

16 Statens Institut for Folkesundhed & Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022.
17 Landsdækkende tværsektoriel database skal følge børn og unges sundhed (kl.dk).

ÆNDRINGER FOR INDIKATORER I ÅRETS STATUSRAPPORT

Brug af antipsykotika for patienter med demens
Siden seneste offentliggørelse af nationale mål for sundhedsvæsenet er følgende diagnoser blevet inkluderet i definitionen af demens: G30* (Alzheimers sygdom), G31.0B (Picks sygdom), G31.8 (Anden degenerativ sygdom i nervesystemet), G31.8E (Lewy body sygdom), G31.9 (Degenerativ sygdom i nervesystemet UNS).

Ændringerne i definitionen af demens kan medføre en stigning på op til 4 procent for det samlede antal af borgere med demens, sammenlignet med den tidligere definition, hvori ovenstående diagnoser ikke indgik.

Hjertedødelighed
Indikatoren for hjertedødelighed opskrives ikke længere på baggrund af en forholdsmæssig tildeling af dødsårsager uden medicinske oplysninger. Tidligere blev dødsårsager uden medicinske oplysninger fordelt forholdsmæssigt på alle registrerede dødsårsager i Dødsårsagsregisteret. Det vurderes dog, at metoden er forbundet med nogen usikkerhed i forhold til indikatoren, da det ikke er muligt at fastslå, hvor stor en andel af dødsfald uden medicinske oplysninger, der omhandler hjertesygdomme. I 2020 var der cirka 2.400 dødsårsager uden medicinske oplysninger ud af cirka 54.000 dødsfald.

*G30 er inklusive alle de underliggende koder for Alzheimers sygdom.

UDVIKLING I MÅL OG INDIKATORER

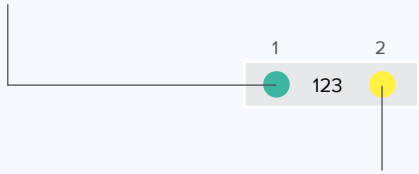
Vi følger udviklingen i de nationale mål ved en trafiklys-markering. For hver region eller kommune er der angivet to farver per indikator. Farven til venstre angiver, hvordan den enkelte region eller kommune har udviklet sig i det foregående år, og farven til højre angiver, hvordan regionen eller kommunen placerer sig i forhold til lands-gennemsnittet.

Danske Regioner understøtter regionernes forbedrings-arbejde ved at udarbejde en version af nøgletallene for de nationale mål, som gør det muligt for den enkelte region at følge den løbende udvikling. Denne version findes på Danske Regioners hjemmeside.[18]

DE ENKELTE MARKERINGER BETYDER:

Farvemarkeringen til venstre for tallet angiver udviklingen fra 2020 til 2021 for den enkelte region/kommune:

- Positiv udvikling
- Uændret udvikling
- Negativ udvikling



Farvemarkeringen til højre for tallet angiver niveauet ift. landsgennemsnittet:

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

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

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

I årets rapport følges udviklingen for indikatorerne primært fra 2020 til 2021. For hele landet bevæger 11 af indikatorerne sig den rigtige vej, 12 indikatorer er uændrede, mens de resterende 16 indikatorer bevæger sig den forkerte vej.

Udviklingen for indikatorer for hele landet fordelt på de otte nationale mål

Mål	Grønne	Gule	Røde
Bedre sammenhængende patientforløb	0	2	4
Styrket indsats for kronikere og ældre patienter	1	0	3
Forbedret overlevelse og patientsikkerhed	3	3	1
Behandling af høj kvalitet	1	0	0
Hurtig udredning og behandling	3	2	3
Øget patientinddragelse	0	4	2
Mere lighed og flere sunde leveår	3	1	2
Mere effektivt sundhedsvæsen	0	0	1
Alle indikatorer	**11**	**12**	**16**

Flere af indikatorerne i dette års statusrapport vil være direkte eller indirekte påvirket af COVID-19 og/eller overenskomstkonflikten på sygeplejerskeområde i det andet halvår 2021 og konsekvenserne heraf. Det er dog ikke muligt isoleret set at henføre udviklingen i tallene konkret til COVID-19 og/eller sygeplejerskestrejken, og det er dermed ikke muligt at fastslå, i hvor høj grad tallene er påvirket af disse forhold.

Eksempelvis stiger antallet af somatiske færdigbehandlingsdage på sygehuse under målet om *bedre sammenhængende patientforløb* fra 2020 til 2021, hvilket blandt andet kan ses i sammenhæng med strejken hos blandt andet udvalgte sygeplejersker i kommuner med kommunale arbejdspladser udtaget til strejke, der kan have gjort det vanskeligere at hjemtage patienter i en periode. Indikatorer i relation til aktiviteten i sundhedsvæsenet kan også ses i sammenhæng med COVID-19. Under COVID-19 epidemien blev der foretaget en stor og nødvendig omstilling af aktiviteten i sundhedsvæsenet for at sikre tilstrækkelig kapacitet til behandling af patienter med COVID-19, der samtidig også betød en nedgang i aktiviteten på flere områder.

For at sikre at sygehusene kunne foretage den nødvendige prioritering under COVID-19, var udredningsretten for henholdsvis somatikken og psykiatrien, som fremgår under målet om *Hurtig udredning og behandling*, suspenderet i længere perioder på henholdsvis cirka 11 og 5 måneder. Indikatorerne for overholdelse af udredningsretten er påvirket heraf, og andelen af udredningsforløb, hvor udredningsretten er overholdt, var lavere end normalt i perioden, hvor udredningsretten var suspenderet.

NATIONALE MÅL – FORDELT PÅ REGIONER

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
BEDRE SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB	Akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage, pct.	10,5	10,7	11,7	10,5	10,4	12,4
	Akutte psykiatriske genindlæggelser indenfor 30 dage, pct.	24,4	16,7	25,3	23,0	25,4	25,1
	Ventetid til genoptræning, median dage	7	6	8	7	7	7
	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage pr. 1.000 borgere[1]	3,9	8,6	1,2	3,6	5,0	3,2
	Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage pr. 1.000 borgere	3,3	1,3	2,7	2,2	4,6	4,5
	Ajourførte medicinoplysninger, pct. (marts 2022)[A, 2]	21,9	23,9	24,9	22,9	18,3	19,6
STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER	Sygehusaktivitet for borgere med kronisk sygdom (med KOL og/eller type 2-diabetes), kr.[3]	1.804	1.929	1.666	1.650	2.138	1.560
	Forebyggelige akutte sygehusophold, antal pr. 1.000 ældre, som er 65 år eller ældre	55,4	49,1	50,5	50,5	63,5	59,8
	Overbelægning på medicinske afdelinger på de offentlige sygehuse, pct.[4]	0,44	1,66	0,16	0,00	0,01	1,27
	Andel ældre borgere med demens, som har købt antipsykotika, som er 65 år eller ældre, pct.[5]	19,9	16,6	20,5	20,0	21,2	17,8

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENTSIKKERHED	5 års overlevelse efter kræft, pct. (2018-2020)[6]	68	67	68	67	68	69
	Hjertedødelighed, dødsfald pr. 100.000 borgere (2020)	103	97	103	105	98	112
	Sundhedssektorerhvervede infektioner – bakteriæmier, antal pr. 10.000 risikodøgn[7]	6,8	5,8	5,4	7,6	7,7	6,2
	Sundhedssektorerhvervede infektioner – clostridium difficile, antal pr. 100.000 borgere[7]	53,8	42,7	49,4	50,7	57,8	64,5
	Andel patienter som overlever mindst 30 dage efter hjertestop, pct.[B]	28	30	35	30	26	22
	Indløste recepter på antibiotika i almen praksis, antal pr. 1.000 borgere	234	248	233	247	212	258
	Forbrug af opioider i almen praksis, antal pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis (2020)	9,3	10,2	8,9	11,0	7,0	12,2
BEHANDLING AF HØJ KVALITET	Tidlig mobilisering efter operation for hoftenært lårbensbrud, pct.[B, 8]	81	91	89	84	78	64
	Mortalitet efter operation for hoftenært lårbensbrud, pct.[B, 9]	10,8	10,2	10,3	11,7	11,5	9,5
	Indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres, pct.	4,4	5,5	5,1	5,7	3,0	3,7
HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING	Ventetid til behandling på sygehus (somatik), dage i gennemsnit[4]	36	38	38	40	29	34
	Ventetid til behandling på sygehus (psykiatri, børn), dage i gennemsnit[4]	16	46	14	12	16	13
	Ventetid til behandling på sygehus (psykiatri, voksne), dage i gennemsnit[4]	22	16	28	22	22	17
	Ventetid til kirurgisk behandling (operation), dage i gennemsnit[4]	48	43	48	47	52	49
	Somatiske udredningsforløb, hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, pct.[10]	77	84	72	72	85	74
	Psykiatriske udredningsforløb (børn og unge), hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, pct.[11]	82	89	70	96	73	95
	Psykiatriske udredningsforløb (voksne), hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, pct.[11]	87	97	79	83	97	95
	Pakkeforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for kræft, pct.	76	79	77	81	76	63

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
ØGET PATIENT-INDDRAGELSE	Patientoplevet tilfredshed – patienter i somatikken (gennemsnitlig score 1-5)[C]	4,28	4,29	4,32	4,29	4,26	4,15
	Patientoplevet tilfredshed – patienter i psykiatrien, børn og unge (gennemsnitlig score 1-5)[C]	4,02	4,27	4,09	4,03	3,91	4,06
	Patientoplevet tilfredshed – patienter i psykiatrien, voksne (gennemsnitlig score 1-5)[C]	4,29	4,26	4,18	4,36	4,28	4,28
	Patientoplevet inddragelse – patienter i somatikken (gennemsnitlig score 1-5)[C]	3,94	3,93	4,00	3,94	3,95	3,72
	Patientoplevet inddragelse – patienter i psykiatrien, børn og unge (gennemsnitlig score 1-5)[C]	3,82	3,88	3,86	3,87	3,69	3,85
	Patientoplevet inddragelse – patienter i psykiatrien, voksne (gennemsnitlig score 1-5)[C]	4,11	4,03	4,05	4,19	4,10	4,04
MERE LIGHED OG FLERE SUNDE LEVEÅR	Middellevetid, år[D]	81,5	81,3	82,0	81,7	81,5	80,6
	Daglige rygere, pct.[E, 12]	13,9	14,2	12,9	14,8	12,9	16,1
	Fastholdelse af somatisk syge på arbejdsmarkedet, pct. (2020)	76,3	75,2	74,2	74,4	78,8	16,1
	Fastholdelse af psykisk syge på arbejdsmarkedet, pct. (2020)	58,9	54,7	57,3	59,9	60,1	58,2
	Fuldført ungdomsuddannelse blandt unge med psykiske lidelser, pct. (2017-2021)[13]	57,6	53,0	57,3	53,5	66,1	46,8
	Overdødelighed blandt borgere med udvalgte psykiske lidelse	2,9	2,6	3,1	3,0	3,0	2,6
	Gode leveår, 16-årige[E, 14]	54,5	54,2	55,2	54,3	54,8	52,9
	Fysisk aktivitet blandt skolebørn (2018)[F, 15]	25,6					
	Lav score på den mentale helbredsskala, 16-24 årige, pct.[E, 12, 16]	27,8	27,0	26,6	26,9	29,7	26,8
MERE EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN	Gns. liggetid pr. indlæggelse, dage i gennemsnit	4,3	4,6	4,2	4,3	4,1	4,4
	Produktivitet på sygehusene[17]						

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

NATIONALE MÅL – FORDELT PÅ KOMMUNER

REGION NORDJYLLAND	AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. [18,19]	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE [20]	SOMATISKE FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE [1]	PSYKIATRISK FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE [1]	FOREBYGGELIGE AKUTTE SYGEHUS-OPHOLD, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE, SOM ER 65 ÅR ELLER ÆLDRE	ANDEL ÆLDRE BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTIPSYKOTIKA (65+ ÅR), PCT. [5,19]
BRØNDERSLEV	9,1	14,5	7	1,5	2,0	51,1	16,1
FREDERIKSHAVN	9,5	16,8	...	0,6	1,3	52,9	18,2
HJØRRING	9,8	17,9	3	9,0	1,0	52,9	18,9
JAMMERBUGT	10,5	18,1	8	5,8	2,9	53,4	16,9
LÆSØ	6,5	...	4	6,7	0,0	34,4	...
MARIAGERFJORD	9,9	18,5	8	0,4	2,0	40,7	14,3
MORSØ	12,5	12,2	8	0,8	0,6	61,6	15,3
REBILD	10,1	16,6	8	0,9	2,2	51,6	20,4
THISTED	11,8	11,1	7	0,8	0,7	55,1	17,8
VESTHIMMERLANDS	12,7	15,0	7	1,8	2,5	48,5	12,4
AALBORG	10,8	19,0	8	18,3	0,6	43,3	16,1

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

FORTSAT **REGION NORDJYLLAND**	MIDDELLEVETID, ÅR [D, 21]	DAGLIGE RYGERE, PCT. [E, 12]	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020)	FASTHOLDELSE AF PSYKIATRISKE SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020) [19,22]	FULDFØRT UNGDOMSUDDANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2017-2021) [13,19]	GODE LEVEÅR, 16-ÅRIGE [E, 14, 23]	LAV SCORE PÅ DEN MENTALE HELBREDSSKALA, 16-24 ÅRIGE, PCT. [E, 12, 16, 24]
BRØNDERSLEV	81,2	13,7	76,6	50,0	44,1	54,3	28,7
FREDERIKSHAVN	80,7	15,0	71,7	54,4	39,2	54,2	26,5
HJØRRING	81,5	14,9	74,6	52,1	40,5	54,0	27,7
JAMMERBUGT	81,2	16,0	71,9	48,3	39,0	54,8	18,1
LÆSØ	...	16,4	56,8	...	...	...	...
MARIAGERFJORD	81,2	12,7	74,1	52,5	37,1	53,8	17,1
MORSØ	80,1	16,9	76,3	47,6	31,4	53,9	29,2
REBILD	81,4	13,4	77,0	44,7	38,6	55,2	24,8
THISTED	80,3	15,5	75,8	46,8	36,3	55,2	25,0
VESTHIMMERLANDS	80,9	15,5	73,9	47,3	40,1	53,1	30,2
AALBORG	81,1	13,1	76,9	57,0	66,4	54,1	28,9

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

REGION MIDTJYLLAND	AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. [18,19]	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE [20]	SOMATISKE FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE [1]	PSYKIATRISK FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE	FOREBYGGELIGE AKUTTE SYGEHUS-OPHOLD, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE, SOM ER 65 ÅR ELLER ÆLDRE	ANDEL ÆLDRE BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTIPSYKOTIKA (65+ ÅR), PCT. [5,19]
FAVRSKOV	10,6	19,3	8	0,1	0,1	53,8	28,8
HEDENSTED	10,8	24,3	8	0,1	3,6	48,3	16,9
HERNING	12,3	32,4	...	0,3	6,6	45,7	21,7
HOLSTEBRO	11,2	29,4	7	0,4	0,9	53,2	27,2
HORSENS	12,6	27,4	8	0,2	0,9	56,0	14,1
IKAST-BRANDE	11,9	31,9	8	1,1	1,1	54,3	30,5
LEMVIG	10,5	19,7	7	9,3	0,2	54,8	28,1
NORDDJURS	11,2	26,4	8	0,5	0,9	41,1	22,6
ODDER	10,3	19,9	7	1,9	0,0	41,9	22,3
RANDERS	11,1	27,3	7	0,2	3,6	55,6	22,1
RINGKØBING-SKJERN	12,6	21,2	6	2,3	0,0	43,7	26,0
SAMSØ	9,9	...	8	0,0	0,0	46,0	...
SILKEBORG	12,8	32,3	8	2,7	1,4	59,6	20,1
SKANDERBORG	11,3	18,2	9	2,9	2,6	44,9	17,1
SKIVE	12,5	19,0	8	0,4	0,0	50,3	21,5
STRUER	12,3	28,8	...	0,0	0,4	50,1	22,0
SYDDJURS	10,3	24,2	9	0,2	0,8	48,3	22,8
VIBORG	12,7	30,1	10	0,3	5,7	53,5	19,8
AARHUS	10,9	26,5	...	1,2	4,0	48,4	16,1

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

FORTSAT **REGION MIDTJYLLAND**	MIDDELLEVETID, ÅR [D, 21]	DAGLIGE RYGERE, PCT. [E, 12]	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020)	FASTHOLDELSE AF PSYKIATRISKE SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020) [19,22]	FULDFØRT UNGDOMSUDDANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2017-2021) [13,19]	GODE LEVEÅR, 16-ÅRIGE [E, 14, 23]	LAV SCORE PÅ DEN MENTALE HELBREDSSKALA, 16-24 ÅRIGE, PCT. [E, 12, 16, 24]
FAVRSKOV	81,9	11,0	73,3	64,7	45,0	56,3	20,3
HEDENSTED	82,0	15,0	74,0	57,8	45,4	54,8	21,0
HERNING	81,7	12,8	74,1	52,1	52,1	55,4	21,2
HOLSTEBRO	82,1	13,4	71,8	51,9	52,3	55,2	19,0
HORSENS	81,1	13,3	73,9	57,4	49,8	54,4	27,2
IKAST-BRANDE	81,4	15,2	72,9	53,7	46,6	54,8	28,0
LEMVIG	81,3	16,1	73,2	49,1	44,1	54,1	21,5
NORDDJURS	80,3	16,6	71,0	53,5	43,2	54,1	26,6
ODDER	83,1	12,6	72,1	57,3	47,1	56,6	27,6
RANDERS	80,5	15,6	73,4	52,7	48,3	53,9	26,9
RINGKØBING-SKJERN	81,9	14,0	74,4	46,9	44,5	55,8	24,8
SAMSØ	...	15,5	63,2	...	...	...	...
SILKEBORG	81,9	11,5	76,1	51,5	46,3	56,0	24,9
SKANDERBORG	82,6	10,8	75,1	59,1	42,5	56,7	30,0
SKIVE	81,4	15,6	73,1	61,7	41,2	54,9	30,3
STRUER	81,5	17,0	72,2	60,6	44,4	53,8	30,4
SYDDJURS	81,6	13,4	70,7	57,0	40,2	54,7	29,0
VIBORG	82,0	12,5	76,4	60,8	49,3	55,2	25,9
AARHUS	81,8	11,1	76,0	57,1	72,9	55,3	28,7

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

REGION SYDDANMARK	AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. [18,19]	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE [20]	SOMATISKE FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE [1]	PSYKIATRISK FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE [1]	FOREBYGGELIGE AKUTTE SYGEHUS-OPHOLD, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE, SOM ER 65 ÅR ELLER ÆLDRE	ANDEL ÆLDRE BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTIPSYKOTIKA (65+ ÅR), PCT. [5,19]
ASSENS	10,8	16,8	10	18,1	0,1	56,9	12,2
BILLUND	10,9	21,4	7	0,6	3,0	47,9	12,4
ESBJERG	10,5	25,0	7	5,7	2,1	50,4	19,6
FANØ	4,9	...	6	0,6	0,0	34,2	23,5
FREDERICIA	11,7	19,9	7	1,5	1,2	50,6	13,1
FAABORG-MIDTFYN	10,3	15,1	7	1,2	2,5	52,9	16,0
HADERSLEV	10,8	23,6	7	1,2	1,2	46,8	24,3
KERTEMINDE	9,8	25,1	8	0,7	0,0	57,9	16,3
KOLDING	10,6	28,9	10	0,7	1,9	51,1	15,7
LANGELAND	11,4	27,5	7	2,1	22,7	62,2	18,7
MIDDELFART	10,3	17,0	7	0,3	4,7	42,8	18,1
NORDFYNS	9,1	25,9	2	11,8	0,7	52,6	17,4
NYBORG	10,5	18,3	6	1,5	3,2	60,8	17,7
ODENSE	9,5	26,1	7	2,6	1,5	52,6	19,3
SVENDBORG	10,4	25,2	6	3,4	3,1	56,2	20,1
SØNDERBORG	10,1	23,9	...	1,4	1,4	47,7	29,4
TØNDER	10,9	22,1	6	34,3	0,0	49,2	33,5
VARDE	11,0	18,6	6	0,9	3,1	43,0	21,3
VEJEN	9,2	13,1	7	0,1	0,0	46,4	17,1
VEJLE	10,7	25,8	10	0,4	3,8	46,9	17,7
ÆRØ	9,7	18,5	7	0,3	0,0	61,6	19,7
AABENRAA	10,7	21,1	6	1,6	2,0	47,5	29,9

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

FORTSAT **REGION SYDDANMARK**	MIDDELLEVETID, ÅR [D, 21]	DAGLIGE RYGERE, PCT. [E, 12]	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020)	FASTHOLDELSE AF PSYKIATRISKE SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020) [19,22]	FULDFØRT UNGDOMSUDDANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2017-2021) [13,19]	GODE LEVEÅR, 16-ÅRIGE [E, 14, 23]	LAV SCORE PÅ DEN MENTALE HELBREDSSKALA, 16-24 ÅRIGE, PCT. [E, 12, 16, 24]
ASSENS	81,3	16,2	70,2	62,8	42,1	53,0	29,5
BILLUND	81,7	14,1	71,7	62,2	40,5	55,3	20,7
ESBJERG	80,8	15,2	73,9	56,7	56,1	54,7	29,6
FANØ	...	13,8	63,5	...	...	...	...
FREDERICIA	81,3	16,4	74,8	58,6	48,8	53,3	35,2
FAABORG-MIDTFYN	81,4	15,6	75,2	53,2	44,7	54,1	27,9
HADERSLEV	81,7	14,9	76,5	53,8	43,7	55,3	28,6
KERTEMINDE	81,7	14,8	73,1	62,4	39,8	53,7	20,6
KOLDING	81,7	14,3	75,1	60,7	53,6	54,2	23,6
LANGELAND	80,0	18,2	63,0	54,4	46,3	...	...
MIDDELFART	81,0	13,8	77,7	64,5	44,2	54,3	26,2
NORDFYNS	81,3	17,1	71,7	55,4	38,7	54,1	20,8
NYBORG	80,6	15,8	72,0	54,2	45,3	53,8	27,4
ODENSE	81,2	12,6	74,4	62,4	70,3	53,3	30,8
SVENDBORG	81,2	17,0	72,7	58,2	48,1	53,9	22,6
SØNDERBORG	82,0	14,5	76,8	57,0	44,9	55,0	31,2
TØNDER	80,8	18,3	70,6	58,9	39,4	54,0	22,9
VARDE	81,8	13,9	73,0	57,0	45,2	56,2	16,0
VEJEN	81,7	15,8	76,4	55,4	42,0	54,7	17,8
VEJLE	81,5	13,3	74,8	60,3	48,5	55,0	26,6
ÆRØ	...	18,5	47,5	...	49,9	53,9	22,7
AABENRAA	81,0	16,1	78,4	58,6	46,3	53,8	20,0

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

REGION HOVEDSTADEN	AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. [18,19]	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE [20]	SOMATISKE FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE [1]	PSYKIATRISK FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE [1]	FOREBYGGELIGE AKUTTE SYGEHUS-OPHOLD, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE, SOM ER 65 ÅR ELLER ÆLDRE	ANDEL ÆLDRE BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTIPSYKOTIKA (65+ ÅR), PCT. [5,19]
ALBERTSLUND	10,6	25,6	...	1,0	0,2	65,8	23,1
ALLERØD	9,4	22,2	8	0,5	2,8	56,9	16,8
BALLERUP	10,8	30,2	6	4,7	1,0	64,7	18,5
BORNHOLM	9,4	20,4	...	0,3	1,0	65,4	20,4
BRØNDBY	10,0	28,9	6	1,9	1,7	68,2	23,6
DRAGØR	5,5	25,3	6	0,9	0,0	60,2	16,9
EGEDAL	9,8	28,1	9	3,4	1,7	55,5	20,0
FREDENSBORG	10,4	19,7	2	11,4	3,2	58,1	20,3
FREDERIKSBERG	10,0	19,0	4	0,4	3,1	63,5	21,0
FREDERIKSSUND	10,8	28,8	7	4,8	3,9	63,6	25,3
FURESØ	9,8	22,3	...	1,9	5,3	57,6	24,0
GENTOFTE	10,5	22,9	7	0,3	1,6	59,1	23,2
GLADSAXE	11,2	26,6	5	3,6	1,5	63,4	21,2
GLOSTRUP	11,4	32,6	7	16,4	10,8	64,9	26,3
GRIBSKOV	10,3	18,8	7	7,6	0,3	57,4	19,1
HALSNÆS	11,7	27,3	7	2,7	0,3	60,9	22,6
HELSINGØR	10,6	24,8	6	9,4	3,8	67,1	19,6
HERLEV	10,8	25,0	6	0,4	0,0	66,1	23,6
HILLERØD	10,3	28,3	6	10,8	6,4	67,9	23,5
HVIDOVRE	10,3	18,0	7	0,4	1,1	74,2	18,2
HØJE-TAASTRUP	10,6	24,1	7	2,2	6,6	55,4	25,4
HØRSHOLM	8,4	13,5	7	1,9	0,5	55,9	22,4
ISHØJ	10,3	20,4	7	1,3	7,2	66,2	25,2
KØBENHAVN	9,9	25,5	7	7,7	8,0	68,9	20,6
LYNGBY-TAARBÆK	11,7	28,8	6	7,7	0,5	62,7	17,7
RUDERSDAL	9,4	23,6	7	0,9	3,7	55,5	19,6
RØDOVRE	10,9	24,0	7	1,8	3,9	65,1	24,0
TÅRNBY	6,1	29,5	5	0,6	4,0	61,2	21,5
VALLENSBÆK	9,8	41,8	7	1,3	1,3	45,1	20,7

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

FORTSAT **REGION HOVEDSTADEN**	MIDDELLEVETID, ÅR [D, 21]	DAGLIGE RYGERE, PCT. [E, 12]	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020)	FASTHOLDELSE AF PSYKIATRISKE SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020) [19,22]	FULDFØRT UNGDOMSUDDANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2017-2021) [13,19]	GODE LEVEÅR, 16-ÅRIGE [E, 14, 23]	LAV SCORE PÅ DEN MENTALE HELBREDSSKALA, 16-24 ÅRIGE, PCT. [E, 12, 16, 24]
ALBERTSLUND	81,4	15,8	75,6	59,3	53,5	52,5	32,9
ALLERØD	83,5	7,6	84,8	54,7	59,4	58,0	29,0
BALLERUP	80,5	12,4	77,0	67,8	52,5	54,5	22,6
BORNHOLM	79,7	15,5	73,5	50,9	36,1	...	...
BRØNDBY	79,8	16,5	74,7	56,8	47,1	53,7	34,9
DRAGØR	81,9	9,9	81,5	61,8	64,8	56,0	28,2
EGEDAL	82,3	10,8	80,6	68,4	59,5	56,1	29,0
FREDENSBORG	82,1	14,4	80,0	60,6	56,1	55,7	27,5
FREDERIKSBERG	81,7	10,2	80,8	59,3	76,4	55,2	31,1
FREDERIKSSUND	81,1	13,3	78,7	53,0	47,8	54,2	26,4
FURESØ	83,1	8,8	81,0	59,0	45,9	57,2	28,5
GENTOFTE	83,6	7,7	83,3	66,4	66,7	57,5	27,8
GLADSAXE	80,9	13,0	78,6	61,9	59,3	55,2	27,5
GLOSTRUP	81,1	14,6	79,9	64,3	61,1	53,0	28,5
GRIBSKOV	81,6	14,6	80,4	58,2	42,8	53,2	24,8
HALSNÆS	80,7	15,7	76,2	63,2	44,8	53,4	31,6
HELSINGØR	81,5	14,1	76,4	57,0	47,8	53,4	29,0
HERLEV	79,8	14,0	77,8	56,9	59,0	53,6	36,0
HILLERØD	82,0	11,9	79,1	64,1	52,0	55,6	33,3
HVIDOVRE	80,7	15,1	78,2	59,2	56,4	53,4	28,7
HØJE-TAASTRUP	80,8	14,1	76,9	62,2	55,5	52,9	31,1
HØRSHOLM	83,5	8,6	80,2	62,6	59,5	56,0	24,2
ISHØJ	80,1	18,9	76,9	67,8	53,2	52,4	26,8
KØBENHAVN	80,0	13,8	77,8	59,1	76,0	54,4	31,2
LYNGBY-TAARBÆK	82,8	9,0	82,7	60,6	72,7	55,7	30,5
RUDERSDAL	83,7	7,8	82,0	59,6	61,2	56,1	23,6
RØDOVRE	81,1	14,4	77,8	64,6	55,7	54,1	27,5
TÅRNBY	80,4	16,3	77,1	60,1	49,9	54,2	27,7
VALLENSBÆK	81,6	11,2	80,6	56,4	57,9	57,3	33,1

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

REGION SJÆLLAND	AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT. [18,19]	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE [20]	SOMATISKE FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE [1]	PSYKIATRISK FÆRDIG-BEHANDLINGSDAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE PR. 1.000 BORGERE [1]	FOREBYGGELIGE AKUTTE SYGEHUS-OPHOLD, ANTAL PR. 1.000 ÆLDRE, SOM ER 65 ÅR ELLER ÆLDRE	ANDEL ÆLDRE BORGERE MED DEMENS, SOM HAR KØBT ANTIPSYKOTIKA (65+ ÅR), PCT. [5,19]
FAXE	12,5	26,9	6	1,6	0,4	58,8	17,8
GREVE	11,4	19,5	7	0,3	3,4	57,1	14,8
GULDBORGSUND	12,8	29,3	7	5,4	0,7	64,2	15,9
HOLBÆK	12,3	25,4	...	5,4	4,8	60,2	21,7
KALUNDBORG	12,0	14,5	6	2,9	1,7	55,2	22,9
KØGE	12,4	24,3	7	0,6	0,3	69,0	14,9
LEJRE	10,5	26,5	...	0,6	0,2	54,5	15,3
LOLLAND	12,8	29,3	6	3,5	0,0	65,0	22,5
NÆSTVED	12,4	24,3	6	0,8	0,2	58,9	17,7
ODSHERRED	12,2	36,3	11	2,6	3,6	61,7	17,1
RINGSTED	12,8	14,6	...	12,9	3,4	56,9	28,9
ROSKILDE	12,3	23,5	8	0,2	14,8	52,2	13,2
SLAGELSE	12,2	24,8	9	0,9	12,4	64,9	21,9
SOLRØD	9,4	18,3	...	0,3	0,0	57,6	15,6
SORØ	12,0	30,1	6	2,1	9,7	53,1	15,0
STEVNS	12,1	20,7	9	1,5	0,0	59,1	10,3
VORDINGBORG	12,7	29,6	...	16,9	6,2	58,9	17,7
HELE LANDET	10,9	24,4	7	3,9	3,3	55,4	19,9

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

FORTSAT **REGION SJÆLLAND**	MIDDELLEVETID, ÅR [D, 21]	DAGLIGE RYGERE, PCT. [E, 12]	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020)	FASTHOLDELSE AF PSYKIATRISKE SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET, PCT. (2020) [19,22]	FULDFØRT UNGDOMSUDDANNELSE BLANDT UNGE MED PSYKISKE LIDELSER (2017-2021) [13,19]	GODE LEVEÅR, 16-ÅRIGE [E, 14, 23]	LAV SCORE PÅ DEN MENTALE HELBREDSSKALA, 16-24 ÅRIGE, PCT. [E, 12, 16, 24]
FAXE	80,8	14,8	76,6	53,9	49,6	...	...
GREVE	81,7	10,3	76,9	66,6	50,0	55,3	22,8
GULDBORGSUND	78,9	19,2	76,5	60,2	39,9	...	...
HOLBÆK	80,5	16,9	76,5	59,7	43,5	52,7	26,9
KALUNDBORG	80,4	18,6	72,0	56,7	45,3	...	...
KØGE	81,1	13,7	80,2	56,1	52,2	52,8	26,4
LEJRE	82,3	12,5	76,8	59,0	48,8	54,6	20,1
LOLLAND	78,5	21,7	68,2	50,0	30,7	...	...
NÆSTVED	80,5	16,8	76,3	54,9	47,9	52,4	30,0
ODSHERRED	80,1	16,4	75,1	51,3	33,4	...	...
RINGSTED	80,8	17,3	78,1	60,9	48,1	53,9	29,7
ROSKILDE	81,5	12,9	77,7	65,2	60,3	56,1	24,6
SLAGELSE	79,9	17,4	74,8	53,8	46,6	51,3	30,1
SOLRØD	82,7	11,8	76,3	69,5	57,0	56,3	28,4
SORØ	80,3	15,7	73,6	54,9	42,1	...	...
STEVNS	80,8	17,5	76,3	52,9	41,6	...	...
VORDINGBORG	79,4	19,3	74,9	49,9	44,9	...	...
HELE LANDET	81,5	13,9	76,3	60,7	57,6	54,5	27,8

Udvikling fra 2021 til 2022 — 123 — Niveau ifl. landsgennemsnit

Kilder:
Sundhedsdatastyrelsen
A MedCom
B Danske Regioner
C Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelse
D Danmarks Statistik
E Den Nationale Sundhedsprofil
F Skolebørnsundersøgelsen

Anmærkninger:
Farvemarkørerne er beregnet pba. det antal decimaler, der er vist i oversigten. Indikatorbeskrivelser og datagrundlaget (inkl. længere tidsserier) kan findes på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside.

1 Opgørelsen for 2021 er påvirket af overenskomstkonflikten på sygeplejerskeområdet i 2021 og konsekvenserne heraf.

2 Niveauet ligger relativt lavt og afspejler, at der fortsat er en del steder i almen praksis, hvor der sker begrænset ajourføring.

3 Kun DRG-sygehusforløb, hvor DRG-værdien af forløbet er under 75.000 kr., er inkluderet i opgørelsen. Sygehusaktiviteten var generelt påvirket af den særlige situation i sundhedsvæsenet under COVID-19. Herunder er det også sandsynlig, at en generel nedsat samfundsaktivitet og bedre hygiejne resulterede i, at befolkningen generelt set fik færre infektionssygdomme, herunder færre luftvejsinfektioner, og dermed færre indlæggelseskrævende forværringer af KOL.

4 Indikatoren er i både 2020 og 2021 påvirket af sygehusenes prioritering af COVID-19 samt overenskomstkonflikten på sygeplejerskeområdet i 2021 og konsekvenserne heraf.

5 Til forskel for forrige statusrapport er der i dette års statusrapport benyttet en udvidet definition af demens med 5 diagnosekoder. Den bredere definition medfører en stigning i antallet af borgere med demens på op til 4 procent sammenlignet med tidligere rapports afgrænsning af demens. Dette betyder ikke nødvendigvis en tilsvarende udvikling i andelen af borgere med demens, der køber antipsykotisk medicin.

6 Indikatoren viser den relative 5-års overlevelse efter en kræftdiagnose, ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft. Indikatoren viser gennemsnittet for perioden 2018-2021.

7 Der kan forekomme udsving mellem forrige rapport og dette års statusrapport, som følge af at indikatoren i dette års rapport er opgjort for hele år, mens indikatoren kun blev opgjort for perioden april-oktober i forrige rapport.

8 Andelen af patienter der mobiliseres inden for 24 timer efter operationens start. Fra næste statusrapport vises også farvemarkering for udviklingen i indikatoren.

9 Andelen af patienter der er opereret for hoftenært lårbensbrud, der dør indenfor 30 dage efter operationsdato. Fra næste statusrapport vises også farvemarkering for udviklingen i indikatoren.

10 Udredningsretten i somatikken var suspenderet fra d. 18. marts 2020 til 28. februar 2021 samt mellem d. 5. og 20. januar 2022 for at sikre, at der på sygehusene kunne foretages den nødvendige prioritering under COVID-19. Overholdelse af udredningsretten er endvidere påvirket af overenskomstkonflikten på sygeplejerskeområdet i 2021 og konsekvenserne heraf. I denne statusrapport anvendes tal for hele år, hvorimod forrige statusrapport anvendte kvartalstal.

11 Udredningsretten i psykiatrien var suspenderet fra 18. marts 2020 til 31. august 2020 for at sikre, at der på sygehusene kunne foretages den nødvendige prioritering under COVID-19. I denne statusrapport anvendes tal for hele år, hvorimod forrige statusrapport anvendte kvartalstal.

12 Udviklingen fra 2017 til 2021.

13 Andelen af 25-årige med psykiske lidelser, der har fuldført ungdomsuddannelse, opgjort samlet for perioden 2017-2021.

14 Der fremgår ikke farvemarkering for udviklingen i gode leveår, da der i rapporten anvendes en anden alderskategorisering for 2021 end for tidligere opgørelser af gode leveår.

15 Opgørelsen fra 2018 viser andelen af børn, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om min. 60 minutters moderat til hård intensiv fysisk aktivitet om dagen. Der indgik en stikprøve på 1.677 personer i undersøgelsen om fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd blandt 11-15-årige som en del af Skolebørnsundersøgelsen 2018. Derfor fremgår kun tal for hele landet.

16 Data stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil, som blev gennemført i foråret 2021, hvor samfundet var præget af en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19. Dette har sandsynligvis påvirket resultaterne, som derfor skal tolkes i lyset heraf.

17 Indikatoren for produktivitet på sygehuse indgår uden data i dette års rapport.

18 Lands- og regionstallene er køns- og alders-standardiserede. Kommunetallene er ikke standardiserede pga. generelt for få observationer. Kommunetallene er generelt behæftet med relativt stor statistisk usikkerhed.

19 Hvis der er mindre end 20 observationer i nævneren eller mindre end 5 observationer i tælleren, er raten ikke beregnet, og cellen er markeret med "...".

20 Ventetid til kommunal genoptræning angiver ventetiden til almen genoptræning i kommunerne for borgere, der har fået udarbejdet en genoptræningsplan i sygehusregi. Opgørelsen for ventetid til genoptræning foretages på baggrund af tidspunktet for hhv. oprettelsen af genoptræningsplanen og afholdte ydelse relateret til planen. Det er samtidig konstateret, at der hos nogle af kommunerne er udfordringer forbundet med indberetning af genoptræningsplaner pga. mangelfulde dataleverancer fra systemleverandøren. Af hensyn til at mindske den statistiske usikkerhed indgår kun kommuner, hvor mindst 20 genoptræningsplaner kan kobles med tilsvarende ydelser i kommunen, og hvor mindst 50 pct. af kommunens samlede genoptræningsplaner kan kobles med registrerede ydelser. Cellerne er markeret med "...", hvis de ikke efterlever disse to kriterier.

21 Middellevetid for 0-årige i Ærø, Samsø, Fanø og Læsø kommuner er ikke vist i tabellen, da tallene pga. kommunernes størrelse vurderes at være for usikre.

22 Raterne på kommuneniveau er opgjort som 2-årige rater pga. få observationer.

23 Opgørelser for kommuner indeholder mindst 100 deltagere i hver af aldersgrupperne 16-24, 25-44, 45-64 og 65+ år for at reducere usikkerheden på estimatet. Kommuner, der ikke opfylder dette kriterie, er markeret med "...". Gode leveår opgøres på baggrund af den forventede restlevetid og gode leveår. Den forventede restlevetid er udregnet på baggrund af middellevetiden på regionsniveau, mens gode leveår er opgjort på baggrund af selvvurderet helbred på kommuneniveau. Restlevetiden er dermed ens for alle kommuner i samme region, mens gode leveår følger den enkelte kommune.

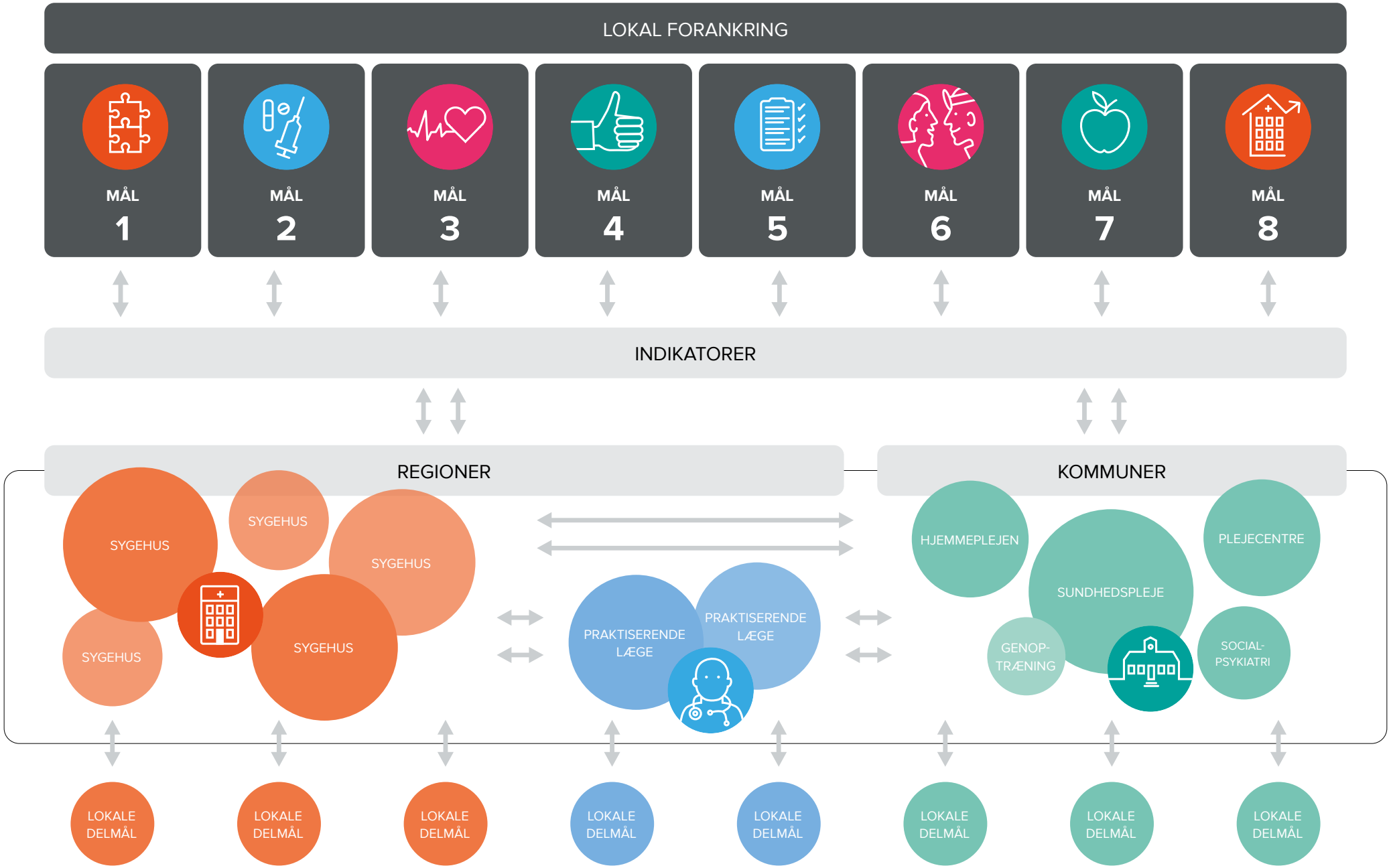
24 Andel der har en lav score på den mentale helbredsskala blandt 16-24-årige. Der indgår ikke tal for kommuner, hvis der enten er færre end 100 respondenter i pågældende kommune, som delvist eller helt har besvaret spørgeskemaet for Den Nationale Sundhedsprofil, eller hvis under 3 respondenter har angivet en lav score på den mentale helbredsskala, jf. Den Nationale Sundhedsprofil. Disse er markeret med "...".

LOKAL FORANKRING AF DE NATIONALE MÅL

Det kræver vedvarende politisk fokus og forankring hos ledelse og medarbejdere at integrere arbejdet med kvalitetsforbedringer i det daglige arbejde.

Den lokale forankring af de nationale mål på de enkelte sygehusafdelinger, i de kommunale sundhedsindsatser og i praksissektoren er helt central for at sikre et løft af kvaliteten for patienter og borgere. Her skal de nationale mål omsættes til konkrete lokale delmål og indsatser, så de bliver en meningsfuld og integreret del af sundhedspersonalets arbejde. På den måde får personalet større frihed til at identificere de indsatser, der kan løfte kvaliteten for netop deres patienter og borgere.

De nationale mål og aktiv brug af data skaber synlighed og transparens på tværs af regioner og kommuner og danner derigennem basis for benchmarking og gensidig læring, hvilket er til gavn for patienter og borgere. Den aktive brug af data forudsættes også styrket gennem sundhedsklyngernes adgang til det digitale værktøj *Sundhedsdata på tværs*, der skal skabe større viden om fælles patientpopulationer gennem adgang til nationale sundhedsdata på aggregeret niveau på tværs af kommuner, regioner og almen praksis.


LOKAL FORANKRING
MÅL 1
MÅL 2
MÅL 3
MÅL 4
MÅL 5
MÅL 6
MÅL 7
MÅL 8
INDIKATORER
REGIONER
KOMMUNER
SYGEHUS
SYGEHUS
SYGEHUS
SYGEHUS
SYGEHUS
PRAKTISERENDE LÆGE
PRAKTISERENDE LÆGE
HJEMMEPLEJEN
SUNDHEDSPLEJE
PLEJECENTRE
GENOP-TRÆNING
SOCIAL-PSYKIATRI
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL
LOKALE DELMÅL

REGIONERNES OPFØLGNING PÅ MÅLENE

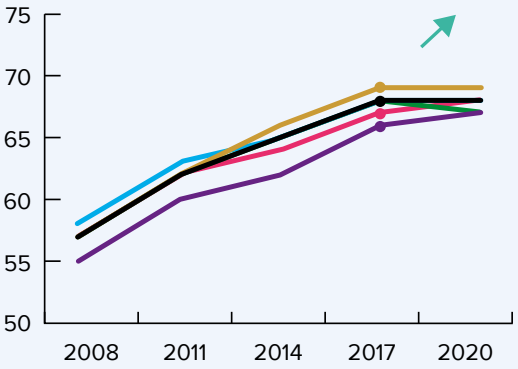
Hyppige drøftelser om udviklingen for målene
Danske Regioners bestyrelse har besluttet at drøfte udvikling og resultater for indikatorer for de otte nationale mål i hvert kvartal. Et af formålene med at forankre de nationale mål på det politiske niveau i regionerne er læring mellem regionerne og dialog om, hvor regionerne kan hjælpe hinanden frem mod bedre resultater eller målopfyldelse. Regionerne samarbejder blandt andet om kræft- og hjerteområdet i behandlingsfællesskaber, hvor kapacitet og viden udveksles på tværs, ligesom regionerne samarbejder om overholdelse af patient-rettighederne. Derudover samarbejder regionerne om den generelle omstilling af sundhedsvæsenet, hvor der er fokus på at skabe sammenhæng og sikre, at borgerne kan få løst deres sundhedsbehov tættere på deres hjem.

Datadrevet forbedringsarbejde i regionerne
Alle regioner arbejder med datadrevet forbedrings-arbejde, som betyder, at sygehuse og afdelinger har tilgængelig information om udvikling og resultater. En vigtig del af dette er ledelsesinformation, som hospi-talerne og afdelingerne kan handle på. Her har særligt overholdelse af patientrettigheder og kræftpakker været i fokus, eksempelvis med monitorering, ”early warning” systemer med videre.

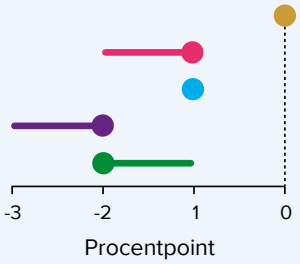
Regionerne arbejder med indikatorerne for de nationale mål i deres ledelsesinformation, som anvendes til opfølgning på politisk og administrativt niveau i regionen og ligeledes på sygehuse og afdelinger. Regionerne har oversat de nationale mål til KPI’er, som understøtter kvalitetsudvikling lokalt og centralt i regionerne. Data anvendes også i den løbende politiske prioritering samt til at følge udviklingen, afdække forbedringspotentialer og sikre en kontinuerlig udvikling af behandlingen.

FAKTA
Alle kvalitetsindikatorerne følges tværregionalt efter dette KPI-koncept.

5-års kræftoverlevelse
(køns- og aldersstandardiseret)



Afstand fra bedste



Note:
Streg før prik = man henter ind på bedste.
Prik før streg = man lægger afstand.

Seneste måling

Region Sjælland	69%
Region Hovedstaden	68%
Region Midtjylland	68%
Region Nordjylland	67%
Region Syddanmark	67%
Hele landet	68%

Udviklingen i indikatorerne følges ved hjælp af kurvediagrammet, jævnfør ovenstående figur. Pilen indikerer den ønskede udviklingsretning, og de fremhævede punkter angiver sammenligningstidspunktet for den seneste måling. I anden del af figuren viser prik afstanden til "den bedste", mens stregen viser hvor meget man henter ind eller lægger afstand til bedste sammenlignet med sidste måling.

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

KOMMUNERNES OPFØLGNING PÅ MÅLENE

Der arbejdes med de nationale mål på mange niveauer
Kommunerne arbejder med de nationale mål og tilhørende indikatorer på såvel politisk, ledelsesmæssigt og fagligt niveau. De nationale mål danner afsæt for kommunens tværgående sundhedspolitik med dertilhørende sundhedspolitiske mål. De sundhedsaftaler, som region, kommune og almen praksis indgår hvert fjerde år, danner desuden en vigtig ramme for arbejdet. Her sætter regionerne, kommuner og almen praksis sammen mål for, hvad de specifikt ønsker at arbejde med for at styrke sammenhæng og kvalitet. De 22 nye sundhedsklynger er en ny vigtig samarbejdsarena og drivkraft for arbejdet med at styrke kvaliteten på tværs af sektorer for de fælles borgere blandt andet med afsæt i fælles datapakker udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen.

Forbedrings- og kvalitetsarbejdet i kommunerne
Lokalt på kommunernes plejehjem, sundhedscentre, hjemme(syge)pleje og akutpladser arbejdes der løbende systematisk med forbedringer og kvalitetsudvikling. Det kan for eksempel ske med afsæt i særlige fokusområder blandt andet som følge af observationer, dialog med borgere og pårørende eller kvalitetsdata. På forebyggelsesområder arbejder alle kommuner for eksempel med rygning som indikator i det forebyggende arbejde. Kommunerne anvender data fra Den Nationale Sundhedsprofil, undersøgelser af danskernes rygevaner, ungeprofilen samt den nationale rygestopdatabase.

På ældreområdet er 33 kommuner en del af Dansk Selskab for Patientsikkerheds projekt ”I sikre Hænder”, der arbejder med udbredelse af forbedringsmodellen på områder som for eksempel medicin, liggesår, fald og infektioner. Forbedringsmodellen er en enkel og anvendelig metode til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser. Forbedringer forstås som ændringer i strukturer og processer, der medfører bedre kvalitet for patienten. Derudover arbejdes der i de enkelte kommuner med ledelsesinformation med afsæt i de delmål og indikatorer, som kommunen særligt har valgt at fokusere på.

Bedre kvalitetsdata
Kommunerne og KL arbejder aktuelt på en mere systematisk anvendelse af data om borgernes sundhed og behandling. Det er afgørende for det videre arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling. Derfor arbejder kommunerne og KL blandt andet med at strukturere og klassificere dokumentation på genoptræningsområdet og i forebyggelsesindsatsen til mennesker med kronisk sygdom, så disse data også kan anvendes som kvalitetsdata. Den fælleskommunale gateway er snart klar til deling af sundhedsdata mellem kommunerne, men også til andre aktører. Der er i sundhedsaftalen for 2022 afsat 1 mio. kr. i 2023 og 2 mio. kr. årligt fra 2024-2028 til kommunernes arbejde med datakvalitet. KL har etableret en indsats for kvalitet i kommunerne (KIK) i KL’s Center for sundhed og ældre. KIK skal gøre det lettere for kommunerne at arbejde med datadrevet kvalitet og forbedringer blandt andet gennem *best practice*.

SÆRKAPITEL – SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

I dette kapitel belyses social ulighed i sundhed i relation til de nationale mål for sundhedsvæsenet.

Introduktion
Med social ulighed i sundhed ses der på, i hvor høj grad sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet set i relation til socioøkonomiske faktorer. Borgere med kortere uddannelse og lavere indkomst får sygdomme i en tidligere alder, har flere kroniske sygdomme, oplever dårligere livskvalitet og dør tidligere end andre grupper i befolkningen. Der er både forhold i og udenfor sundhedsvæsenet som kan medvirke til social ulighed i sundhed.[19]

I dette kapitel belyses social ulighed i sundhed i relation til de nationale mål for sundhedsvæsenet. Formålet er at sætte fokus på omfanget af social ulighed inden for udvalgte indikatorer og synliggøre hvor det kan være relevant, at prioritere og målrette arbejdet med indsatser, der tager højde for borgere og patienters forskellige udgangspunkt og behov inden for forebyggelse, behandling, rehabilitering og pleje på sundhedsområdet.[20]

Forskellige dimensioner for social ulighed i sundhed
Der kan forekomme social ulighed i sundhed blandt befolkningsgrupper på forskellig vis i forbindelse med sygdom og behandlingsforløb. I Sundhedsstyrelsens rapport Social ulighed i sundhed og sygdom (2020)[21] er den sociale ulighed i sundhed blandt andet belyst ved at se på forskellen blandt uddannelsesgrupper opdelt i grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse i forhold til:

- Forekomst af udvalgte sygdomme
- Dødelighed fem år efter diagnose
- Tilbagevenden til beskæftigelse i årene efter diagnosticering

De tre nedslag kan bidrage til et styrket grundlag for indsatsen for at mindske social ulighed i sundhed – både før, under og efter et sygdomsforløb. Ulighed i forekomsten af sygdom kan for eksempel påvirkes af en tidlig og forebyggende indsats, der i høj grad sker uden for sundhedsvæsenet. I mødet med sundhedsvæsenet har et fokus på håndtering af patienter med forskellige vilkår og forudsætninger betydning for social ulighed i behandlingsforløbet. Social ulighed i tilbagevenden til beskæftigelse efter et sygdomsforløb kan påvirkes af de forebyggende og rehabiliterende tiltag i det primære sundhedsvæsen, men også af en lang række forhold, der ligger udenfor sundhedsvæsenet.[22]

19, 20, 21 Statens Institut for Folkesundhed & Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022: side 3, 20, 24.
22 Kræftens Bekæmpelse, Hvidbog – Social ulighed i kræft i Danmark, 2019.

I tabel 1 er graden af den sociale ulighed illustreret for udvalgte sygdomme. Graden af social ulighed er opgjort som lav (L), moderat (M) eller høj (H).

Graden af social ulighed i forhold til forekomst og dødelighed varierer på tværs af de udvalgte sygdomme. Der er høj grad af social ulighed i tilbagevenden til beskæftigelse på tværs af sygdommene. Særkapitlet indeholder en opdeling af to nye indikatorer og seks eksisterende indikatorer i nationale mål på uddannelsesniveau eller familiesocialgruppe for at belyse omfanget af social ulighed i sundhed før, under og efter mødet med sundhedsvæsenet

Tabel 1

Graden af social ulighed i forekomst og konsekvenser af sygdom mellem forskellige uddannelsesgrupper

Sygdom	Forekomst		Dødelighed		Tilbagevenden til beskæftigelse	
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
Iskæmisk hjertesygdom[23]	M	L	M	M	H	H
Cerebrovaskulær sygdom (karsygdom i hjerne)	L	L	M	M	H	H
Kronisk lungesygdom	H	H	L	L	H	M
Brystkræft	L		M		H	
Lungekræft	H	H	L	L	H	H
Tyk- og endetarmskræft	L	L	L	L	H	H

Anm.: Graden af social ulighed er opgjort på grundlag af størrelsen af odds ratio (OR) eller incidensratio (IRR) for forekomst, dødelighed og tilbagevenden til beskæftigelse for borgere med grundskole som højest fuldførte uddannelse i forhold til borgere med videregående uddannelse som højeste fuldførte uddannelse. Der er lav grad af social ulighed når OR eller IRR er mellem 1,00 - 1,49 (95% CI). Der er moderat grad af social ulighed når værdien er mellem 1,50-2,00 (95% CI). Der er høj grad af social ulighed når værdien er >2,00. Ved en værdi på 1 er der ikke forskel i fx forekomst mellem uddannelsesgrupperne mens en værdi på 2 er udtryk for dobbelt så stor forekomst ved grundskoleniveau sammenlignet med videregående uddannelse.
Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom: Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. SDU, 2020.

23 **Iskæmisk hjertesygdom:** sygdomme i hjertet, der skyldes forsnævring af de årer, der forsyner hjertet med blod og ilt.

Rammer for at mindske social ulighed i sundhed på nationalt, regionalt og kommunalt niveau
Dansk og international forskning peger på, at det er muligt at mindske social ulighed i sundhed, men det kræver interventioner på forskellige myndighedsniveauer og på tværs af områder.[24] Nedenfor er beskrevet eksempler på, hvordan man kan arbejde med at reducere social ulighed i sundhed på nationalt, regionalt og kommunalt niveau.

Nationalt niveau
Staten har ansvaret for den overordnede regulering og tilsynsfunktioner inden for sundhedsområdet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastlægger de overordnede rammer for varetagelsen af sundhedsområdet gennem lovgivning, som dækker regionernes, kommunernes og andre aktørers opgaver på sundhedsområdet. Staten har derfor gennem forskellige tiltag mulighed for at bidrage til at skabe rammerne for at mindske social ulighed i sundhed.

Regionalt niveau
På regionalt niveau arbejdes der blandt andet med indsatser, der skal bidrage til, at den sociale ulighed i sundhed ikke forstærkes i mødet med sygehusvæsenet. For eksempel ved at hospitalerne og praksissektoren tilpasser indsatsen til borgere med størst behov samt understøtter adgangen til sundhedsydelser i alle områder af Danmark. Herunder har regionerne en særlig støttende rolle i forhold til borgere, der ikke selv kontakter sundhedsvæsenet ved behov.

Kommunalt niveau
På kommunalt niveau arbejdes der blandt andet med at etablere sunde rammer og forebyggelsestilbud til borgere, som er i særlig risiko for udvikling af sygdom eller lever med kronisk sygdom med henblik på at reducere social ulighed i sundhed. Herudover arbejder kommunerne med forebyggende indsatser målrettet at mindske social ulighed i sundhed blandt børn for eksempel gennem sundhedsplejeordningen og i dagtilbud.

24 Sundhedsstyrelsen, Københavns Universitet. Indsatser mod ulighed i sundhed, 2020.

INDIKATORER, DER OPDELES PÅ UDDANELSESNIVEAU ELLER FAMILIESOCIALGRUPPE

I årets rapport opdeles udvalgte indikatorer på uddannelsesniveau eller familiesocialgruppe med henblik på at belyse omfanget af social ulighed i sundhed inden for udvalgte områder. Indikatorerne er udvalgt ud fra, at de repræsenterer forskellige tidspunkter i et sygdomsforløb – før, under og efter et sygdomsforløb. Tabel 2 opsummerer, hvilke indikatorer der repræsenterer før et sygdomsforløb som *risikofaktorer for sygdom*, under et sygdomsforløb som *behandling i sygehusvæsenet* og efter et sygdomsforløb som *konsekvenser af sygdom*.

Af de tre nye faste indikatorer opdeles to af indikatorerne på familiesocialgruppe. Til at belyse social ulighed i sundhed ud fra et sundhedsfremmende perspektiv opdeles indikatorerne *fysisk aktivitet blandt skolebørn og mental velbefindende blandt skolebørn* på familiesocialgruppe. En opdeling af indikatorerne på familiesocialgruppe, kan være med til at belyse forskelle på baggrund af forældres socialgruppe.

Det bemærkes, at den nye indikator *lav score på den mentale helbredsskala for 16-24-årige* som indgår i den faste indikatoroversigt ikke opdeles på forældres uddannelsesniveau. Det har ikke været muligt, da der ikke er oplysninger herom i Den Nationale Sundhedsprofil, hvorfor indikatoren *mental velbefindende blandt skolebørn* fra Skolebørnsundersøgelsen[25] i stedet opdeles på familiesocialgruppe.

Det bemærkes endvidere, at den tredje nye indikator *gode leveår for 16-årige* ikke opdeles på uddannelsesniveau, da der ikke indgår oplysninger om forældres uddannelsesniveau i Den Nationale Sundhedsprofil.

Tabel 2

Aspekter af social ulighed i sundhed for udvalgte indikatorer, der opdeles på uddannelsesniveau eller familiesocialgruppe

Aspekter af social ulighed i sundhed	Indikatorer
Overordnet	– Middellevetid.
Risikofaktorer for sygdom	– Daglige rygere i befolkningen. – Fysisk aktivitet blandt skolebørn. – Mental velbefindende blandt skolebørn.
Behandling i sygehusvæsenet	– Overholdelse af udredningsretten for somatiske patienter, som er 30 år eller ældre. – Overholdelse af udredningsretten for psykiatriske patienter, som er 30 år eller ældre.
Konsekvenser af sygdom	– Akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage. – Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage.

25 Statens Institut for Folkesundhed. Skolebørnsundersøgelsen: hbsc, 2018.

METODEOVERVEJELSER FOR OPDELING AF INDIKATORER PÅ UDDANNELSESNIVEAU ELLER FAMILIESOCIALGRUPPE

I dette afsnit beskrives metodeovervejelser for valg af uddannelsesniveau eller familiesocialgruppe som mål til at belyse social ulighed i sundhed for udvalgte indikatorer.

For at belyse forskelle mellem forskellige samfundsgrupper opdeles udvalgte indikatorer på uddannelsesniveau eller familiesocialgruppe. Uddannelsesniveau er valgt fordi uddannelsesniveau er korreleret med indkomst, helbred og sundhedsadfærd, og fordi der sker få ændringer i uddannelsesniveauet efter en person er fyldt 30 år, hvorimod for eksempel indkomst i højere grad kan variere år for år.

Årsagssammenhængen mellem uddannelse og sundhed er kompleks, og det er ikke entydigt, i hvilket omfang der er en kausal sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhed. Uddannelsesniveau formodes at have en påvirkning på helbredet via blandt andet sundhedsadfærd, økonomiske forhold, arbejdsvilkår med videre, ligesom der vil være en række andre faktorer, som påvirker helbredet i et livsforløb. Det kan eksempelvis være miljøet under opvæksten, der i sig selv kan have betydning for sundhedsadfærd, og som kan påvirke både helbred og uddannelsesniveau.[26] Det er ikke ambitionen at afdække årsagssammenhænge i denne rapport, og forskellene mellem befolkningsgrupper med forskelligt uddannelsesniveau vil ikke blive italesat som forskelle alene forårsaget af uddannelsesniveau.[27]

I denne rapport er det valgt at opdele en række indikatorer efter befolkningens højest fuldførte uddannelsesniveau. Når der opdeles på uddannelsesniveau afgrænses til personer, som er 30 år eller ældre, da de fleste personer på 30 år eller derover har færdiggjort deres uddannelse, hvormed der sker få ændringer i uddannelsesniveau efter en person er fyldt 30 år. For indikatorer, der omfatter personer under 30 år opdeles på familiesocialgrupper, da personer under 30 år oftere er i gang med en uddannelse. Det betyder, at de endnu ikke har nået deres endeligt fuldførte uddannelsesniveau. For de nye indikatorer vedrørende fysisk aktivitet og lav mental sundhed er der ikke oplysninger om forældres højest fuldførte uddannelsesniveau i henholdsvis Den Nationale Sundhedsprofil[28] og Skolebørnsundersøgelsen[29], hvorfor indikatorerne opdeles på familiesocialgruppe i stedet. Jævnfør forrige afsnit, da indikatoren *lav score på den mentale helbredsskala for 16-24-årige* fra Den Nationale Sundhedsprofil ikke opdeles på uddannelsesniveau opdeles indikatoren *mental velbefindende blandt skolebørn* fra Skolebørnsundersøgelsen på familiesocialgruppe i stedet for.

26 Finansministeriet. Ulighedsredegørelsen: december 2021: side 132
27 Der foretages altså ikke kausale multivariate analyser. Indikatorerne "akutte genindlæggelser" og "forebyggelse sygehusophold" er køns- og aldersstandardiseret.
28 Statens Institut for Folkesundhed & Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022.
29 Statens Institut for Folkesundhed. Skolebørnsundersøgelsen: hbsc, 2018.

Familiesocialgruppe opgøres på baggrund af familiens sociale og økonomisk position som for eksempel familiens materielle, økonomiske og uddannelsesmæssige ressourcer, position på arbejdsmarkedet og indflydelse på egne vilkår.[30] Familiesocialgrupperne opdeles i henholdsvis lav, mellem og høj socialgruppe.[31]

Udfordringer med sammenligninger over tid
Sammenlignes indikatorer opdelt på uddannelsesniveau over tid skal man være varsom på grund af sammensætningseffekter. Det vil sige, når en indikator opdeles på uddannelsesniveau og følges over tid kan uddannelsesgrupperne variere i størrelse. Eksempelvis er andelen af ufaglærte i de yngre aldersgrupper i befolkningen mindre end andelen af ufaglærte i de ældre aldersgrupper i befolkningen. Det skyldes den generelle stigning i uddannelsesniveau i befolkningen over tid. Det kan medføre, at den resterende gruppe af ufaglærte i højere grad har sociale og helbredsmæssige udfordringer, som både medfører at de ikke får en uddannelse og påvirker deres levetid og helbred. Når det generelle uddannelsesniveau stiger over tid, så færre er ufaglærte og forskellen mellem ufaglærte og personer med en uddannelse bliver større, kan det se ud som uligheden stiger, selvom den større forskel alene skyldes, at der indgår færre i gruppen af ufaglærte.[32]

Det bemærkes, at i denne rapport opdeles udvalgte indikatorer på uddannelsesniveau for 2021 eller senest tilgængeligt år, og giver dermed et øjebliksbillede af omfanget af social ulighed i sundhed for indikatorerne, og dermed følges indikatorer på uddannelsesniveau ikke over tid.

30 Statens Institut for Folkesundhed. Skolebørnsundersøgelsen: hbsc, 2018: side 26.
31 **Lav:** ikke-faglærte arbejdere og overførselsindkomst.
Mellem: mindre selvstændige og mellemfunktionærer samt underordnede funktionærer og faglærte arbejdere.
Høj: akademikere, store selvstændige og topfunktionærer, personer med mellemlang videregående uddannelse, større selvstændige og højere funktionærer.
32 Finansministeriet. Ulighedsredegørelsen: december, 2021.

SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

– INDIKATORER OPDELT PÅ UDDANNELSNIVEAU ELLER FAMILIESOCIALGRUPPE

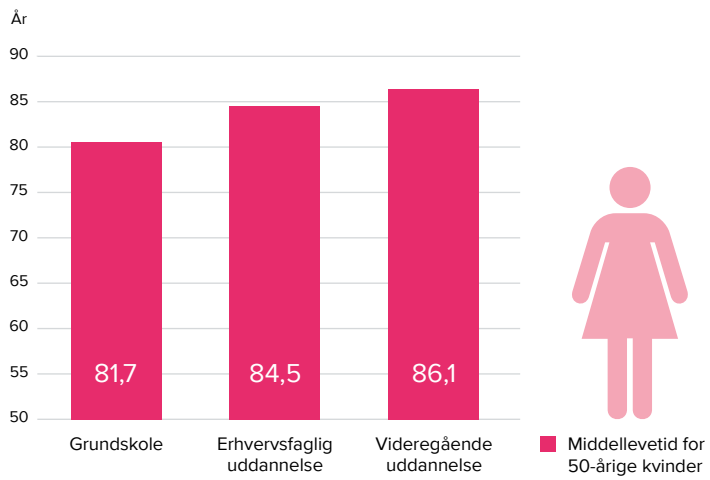
På de følgende sider fremgår de udvalgte indikatorer opdelt på uddannelsesniveau eller familiesocialgruppe, som repræsenterer forskellige dimensioner af social ulighed i sundhed og sundhedsvæsenet – før, under og efter et sygdomsforløb.

OVERORDNET

Middellevetid, landsplan
Opgørelsen tyder på, at der er forskel i middellevetiden for både 50-årige mænd og kvinder i forhold til uddannelsesniveau. 50-årige kvinder med en videregående uddannelse lever i gennemsnit 4,4 år længere end 50-årige kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. For 50-årige mænd med en videregående uddannelse er middellevetiden 5,5 år højere sammenlignet med 50-årige mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau.

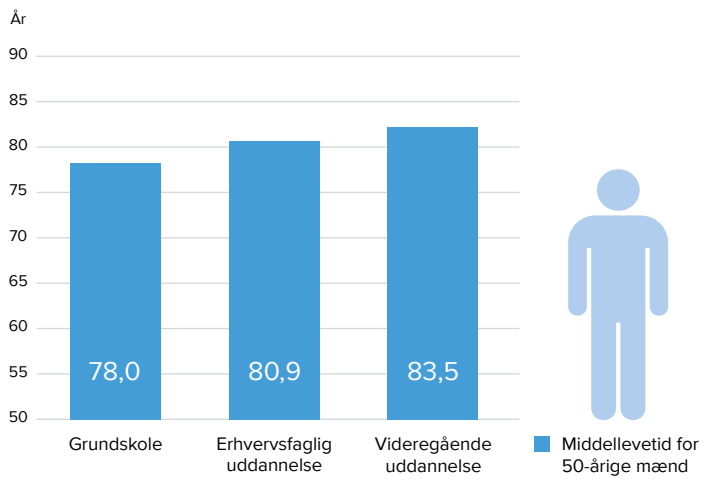
Figur 1

Middellevetid for 50-årige kvinder fordelt på uddannelsesniveau, hele landet



Figur 1.1

Middellevetid for 50-årige mænd fordelt på uddannelsesniveau, hele landet



Anm.: Personer, som er 50 år eller ældre med ukendt uddannelse og gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau indgår ikke. Videregående uddannelser omfatter kort- mellem og lang videregående uddannelse.
Kilde: Beregninger på lovmodellens datagrundlag og Landspatientregisteret. Ulighedsredegørelsen, Finansministeriet, 2021.

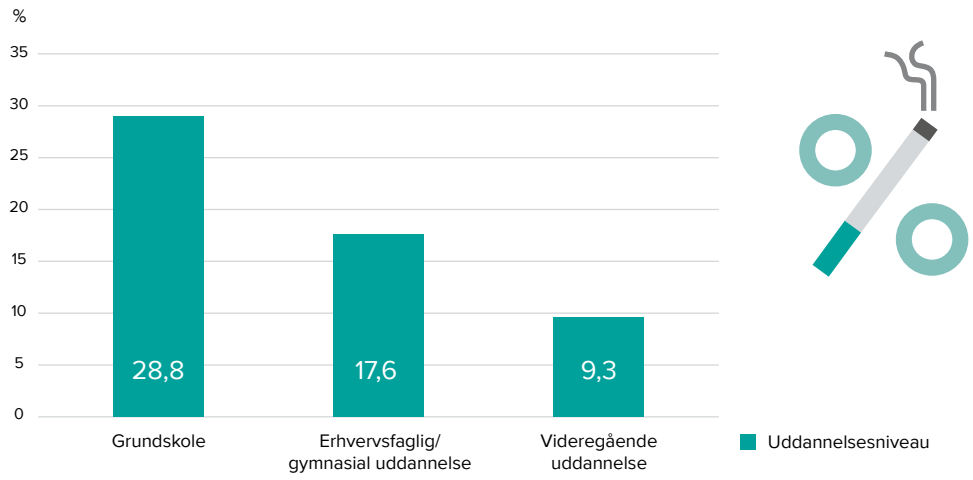
RISIKOFAKTORER FOR SYGDOM

Daglige rygere i befolkningen
Opgørelsen tyder på, at der er forskel i andelen af daglige rygere blandt personer, som er over 30 år eller ældre i forhold til uddannelsesniveau, både på landsplan og inden for hver region. For hovedparten af kommunerne ser der også ud til at være social ulighed i andelen af daglige rygere blandt personer, som er over 30 år eller ældre.

Andelen, der ryger dagligt på landsplan, udgør 28,8 procent af borgere med grundskole og 9,3 procent af borgere med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. Dermed er der en forskel på 19,5 procentpoint mellem borgere med grundskole og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Figur 2

Andel, der ryger dagligt, som er 30 år eller ældre, fordelt på uddannelsesniveau, hele landet, 2021



Tabel 3

Andel, der ryger dagligt, som er 30 år eller ældre, fordelt på uddannelsesniveau, regioner, 2021

Region	Grundskole	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Videregående uddannelse
Hovedstaden	29,0	18,6	8,7
Midtjylland	29,1	16,3	8,4
Nordjylland	27,0	16,7	10,2
Syddanmark	28,0	17,4	10,2
Sjælland	31,4	18,9	10,2

Anm.: N: 133.277
Kilde: Statens Institut for Folkesundhed & Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022.

Tabel 4

Andel, der ryger dagligt, som er 30 år eller ældre, fordelt på uddannelsesniveau, kommuner, 2021

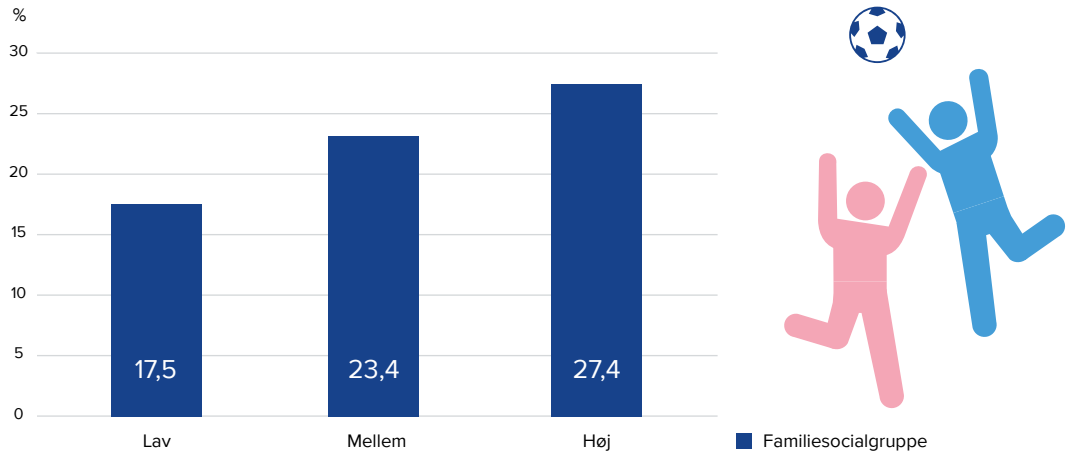
Kommuner	Grundskole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse
Aabenraa	35,9	17,3	10,5
Aalborg	27,7	16,4	9,2
Aarhus	36,7	16,6	7,9
Albertslund	24,7	17,7	8,1
Allerød	-	12,1	4,6
Assens	35,9	18,1	11,8
Ballerup	27,3	15,1	7,0
Billund	22,5	16,3	8,7
Bornholm	8,7	34,7	17
Brøndby	21,1	9,4	26,8
Brønderslev	26,8	15,5	12,1
Dragør	-	13,9	6,7
Egedal	-	11,7	7,4
Esbjerg	30,0	17,9	9,8
Faaborg-Midtfyn	25,9	15,1	12,8
Fanø	-	20,4	13,6
Favrskov	-	15,9	5,7
Faxe	20,8	16,8	11,3
Fredensborg	-	22,2	9,3
Fredericia	28,2	20,8	8,7
Frederiksberg	45,6	14,9	8,1
Frederikshavn	19,6	18,2	11,2
Frederikssund	-	16,3	9,1
Furesø	-	14,1	5,7
Gentofte	-	14,1	5,7
Gladsaxe	-	24,7	8,5
Glostrup	18,4	20,4	10,9
Greve	-	13,6	7,1
Gribskov	-	14,0	11,2
Guldborgsund	-	22,8	13,3
Haderslev	23,6	17,1	11,2
Halsnæs	-	16,7	13,5
Hedensted	-	18,2	9,4
Helsingør	-	18,5	7,5
Herlev	-	18,9	7,4
Herning	14,7	16,7	8,3
Hillerød	-	13,1	8,3
Hjørring	22,2	18,6	10,9
Holbæk	-	20,4	11,4
Skive	32,3	16,8	10,6
Slagelse	31,3	15,3	14,1
Solrød	-	14,8	7,3
Sorø	32,5	20,1	9,1
Stevns	-	20,1	11,9
Struer	36	17,8	10,5
Svendborg	24,8	19,1	11,9
Syddjurs	38	15,7	7,7
Sønderborg	31,7	17,7	8,5
Thisted	30,2	15,6	13,1
Holstebro	20,6	16,5	9,5
Horsens	23,7	15,8	10,1
Hvidovre	-	18,1	10,9
Høje-Taastrup	40,7	19,6	7,5
Hørsholm	-	15,9	5,6
Ikast-Brande	23,6	19,4	8,9
Ishøj	33,7	16,6	16,6
Jammerbugt	-	17,5	10,8
Kalundborg	-	21,8	9,8
Kerteminde	16,4	16,3	9,9
Kolding	29,8	19,8	8,2
København	32,3	23,6	10,3
Køge	-	18,3	8,8
Langeland	31,7	19,5	17,3
Lejre	30,6	13,7	8,4
Lemvig	-	17,3	11,5
Lolland	42,0	21,8	16,9
Lyngby-Taarbæk	-	15,3	5,8
Læsø	-	-	15
Mariagerfjord	29,6	14,4	8,4
Middelfart	33,1	16,7	10,3
Morsø	25,8	18,0	14,9
Norddjurs	36,7	13,8	10
Nordfyns	20,3	21,1	12,2
Nyborg	26,0	18,7	11,0
Næstved	32,9	19,0	11,5
Odder	22,3	18,7	7,6
Odense	28,2	15,3	10,6
Odsherred	36,4	16,6	12,0
Randers	33,1	16,8	10,0
Rebild	-	18,2	9,9
Ringkøbing-Skjern	28,8	16,1	11,7
Ringsted	26,4	17,8	10,4
Roskilde	-	18,7	6,1
Rudersdal	-	17,7	4,4
Rødovre	23,7	18,4	10,6
Samsø	-	18,5	9,8
Silkeborg	29,3	14,4	6,9
Skanderborg	20,0	12,8	7,4
Tårnby	34,5	16,5	13,1
Tønder	28,7	21,6	13,1
Vallensbæk	-	17,1	7,3
Varde	32,6	13,5	9,1
Vejen	31,0	15,8	9,4
Vejle	22,5	16,8	8,8
Vesthimmerlands	27,0	15,0	10,5
Viborg	-	16,9	7,0
Vordingborg	30,5	25,6	11,2
Ærø	30,3	19,4	15,2

Anm.: Aldersjusteret procenter er ikke beregnet, hvis mindre end 5 personer i en uddannelsesgruppe.
Kilde: Statens Institut for Folkesundhed & Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022.

Fysisk aktivitet blandt skolebørn
Opgørelsen tyder på, at der er forskel i fysisk aktivitet blandt skolebørn på landsplan. Således at flere skolebørn som indgår i en høj familiesocialgruppe[33], det vil sige, som har forældre med en høj uddannelse, er fysisk aktive med moderat til høj intensitet 60 minutter dagligt i forhold til skolebørn som indgår i en lav familiesocialgruppe. 27,4 procent af skolebørn, der indgår i en høj familiesocialgruppe, er fysisk aktive med moderat til høj intensitet 60 minutter dagligt. For skolebørn der indgår i en mellem familiesocialgruppe er andelen 23,4 procent og for skolebørn i en lav familiesocialgruppe er andelen 17,5 procent. Der ses dermed en forskel på 9,9 procentpoint mellem børn i en høj og lav familiesocialgruppe.

Figur 3

Andel med mindst 60 minutters daglig moderat til høj intensitet fysisk aktivitet blandt 11-, 13- og 15-årige fordelt på familiesocialgruppe, hele landet, 2018



Anm.: N: 1282.
Kilde: National monitorering med objektive målinger, Skolebørnsundersøgelsen, Statens Institut for Folkesundhed, 2018.

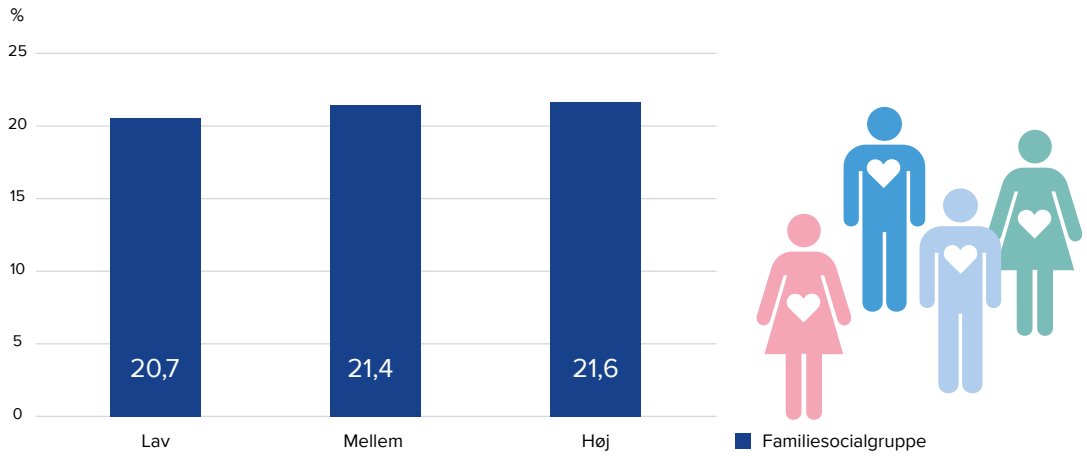
33 Opgjort som familiesocialgruppe i Skolebørnsundersøgelsen, hbsc, Statens Institut for Folkesundhed, 2018.
Familiesocialgrupper opdeles i lav, middel og høj.
Lav: ikke-faglærte og overførselsindkomst.
Mellem: mindre selvstændige og mellemfunktionærer samt underordnede funktionærer og faglærte arbejdere.
Høj: akademikere, store selvstændige og topfunktionærer, personer med mellemlang videregående uddannelse, større selvstændige og højere funktionærer.

Mentalt velbefindende blandt skolebørn
Opgørelsen tyder ikke på, at der er forskel i skolebørns mentale velbefindende i forhold til deres familiesocialgruppe på landsplan. Der en forskel på 0,9 procentpoint mellem børn i en høj og lav familiesocialgruppe. 21,6 procent af 13- og 15-årige skolebørn, der indgår i en høj familiesocialgruppe, scorer højt på mental velbefindende. For skolebørn der indgår i en mellem familiesocialgruppe er andelen 21,4 procent og for skolebørn i en lav familiesocialgruppe er andelen 20,7 procent.

Mentalt velbefindende er en overordnet indikator for mental sundhed. Der ses social ulighed i nogle af de mere specifikke indikatorer i *Skolebørnsundersøgelsen* som vedrører blandt andet deltagelse i fællesskaber og oplevelsen af ensomhed, fortrolig kontakt til voksne og tro på egne evner blandt skolebørn.

Figur 4

Andel med høj score på mentalt velbefindende blandt 13- og 15-årige fordelt på familiesocialgruppe, hele landet, 2018



Anm.: N: 3020.
Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, Skolebørnsundersøgelsen: hbsc, 2018.

BEHANDLING I SYGEHUSVÆSENET

Overholdelse af udredningsretten, retten til hurtig udredning på sygehuse.

Boks 2

Retten til hurtig udredning
En patient, der er henvist til sygehus, har ret til at blive udredt inden for 30 dage, såfremt det er fagligt muligt. Hvis sygehuset ikke kan udrede patienten inden 30 dage, skal patienten henvises til et andet sygehus. At blive udredt på sygehuset, betyder, at patienten undersøges for, hvad patienten eventuelt fejler. En *udredning* kan bestå af samtaler med sundhedsfagligt personale, kliniske undersøgelser, observationer og forskellige diagnostiske undersøgelser som scanning, røntgen eller blodprøver. Formålet er at afklare, om der behov for behandling.

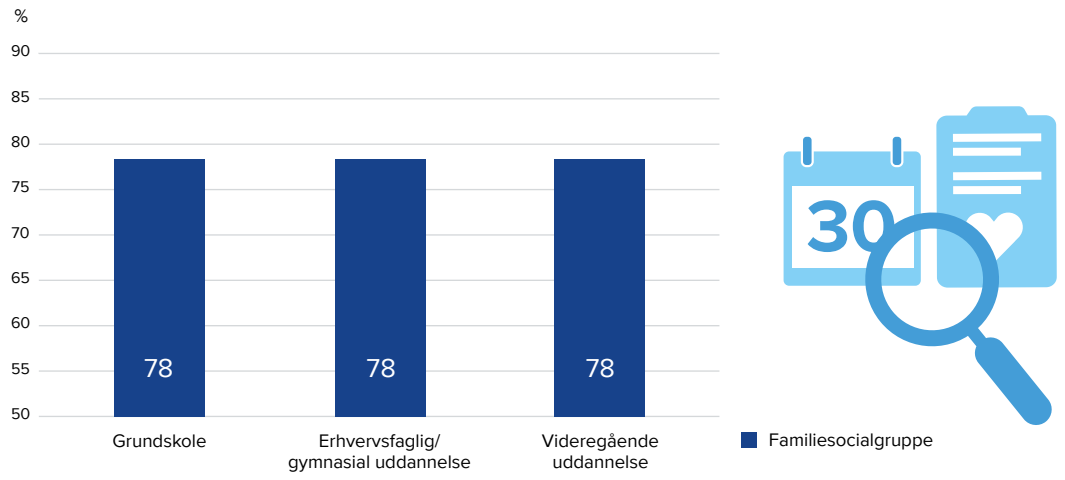
Hvis ikke det er muligt at blive udredt inden for 30 dage, skal sygehuset udarbejde en udredningsplan for det videre udredningsforløb.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministieret & sundhed.dk.

Overholdelse af udredningsretten for somatiske patienter, som er 30 år eller ældre
Opgørelsen tyder ikke på, at der er forskel i overholdelse af udredningsretten mellem uddannelsesgrupper for somatiske patienter, som er 30 år eller ældre, på landsplan og inden for hver region. Andelen, hvor udredningsretten er overholdt, udgør 78 procent af borgere med grundskole og 78 procent af borgere med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. Der ingen forskel mellem borgere med grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse.

Figur 5

Andel af somatiske patienter, som er 30 år eller ældre, hvor udredningsretten er overholdt fordelt på uddannelsesniveau, hele landet, 2021



Tabel 5

Andel af somatiske patienter, som er 30 år eller ældre, hvor udredningsretten er overholdt fordelt på uddannelsesniveau, regioner, 2021

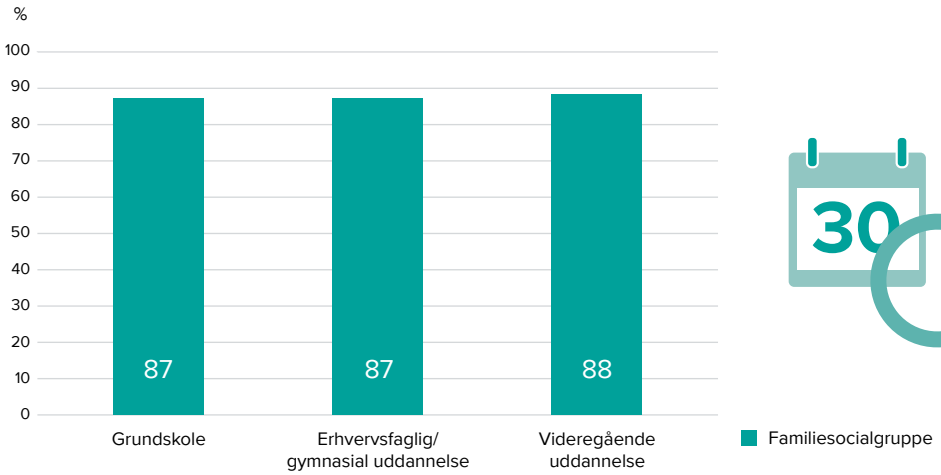
Region	Grundskole	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Videregående uddannelse
Hovedstaden	87	87	86
Midtjylland	75	75	74
Nordjylland	85	84	84
Syddanmark	73	72	72
Sjælland	75	75	74

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2022, Sundhedsdatastyrelsen.

Overholdelse af udredningsretten for psykiatriske patienter, som er 30 år eller ældre
Opgørelsen tyder ikke på, at der er forskel i overholdelse af udredningsretten mellem uddannelsesgrupper for psykiatriske patienter, som er 30 år eller ældre, på landsplan og inden for hver region. Andelen hvor udredningsretten er overholdt udgør 87 procent af borgere med grundskole og 88 procent af borgere med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse på landsplan. Dermed er der en forskel på 1 procentpoint mellem borgere med grundskole og videregående uddannelse på landsplan.

Figur 6

Andel af psykiatriske patienter, som er 30 år eller ældre, hvor udredningsretten er overholdt fordelt på uddannelsesniveau, hele landet, 2021



Tabel 6

Andel af psykiatriske patienter, som er 30 år eller ældre, hvor udredningsretten er overholdt fordelt på uddannelsesniveau, regioner, 2021

Region	Grundskole	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Videregående uddannelse
Hovedstaden	97	96	96
Midtjylland	82	82	81
Nordjylland	97	97	97
Syddanmark	81	83	84
Sjælland	95	94	94

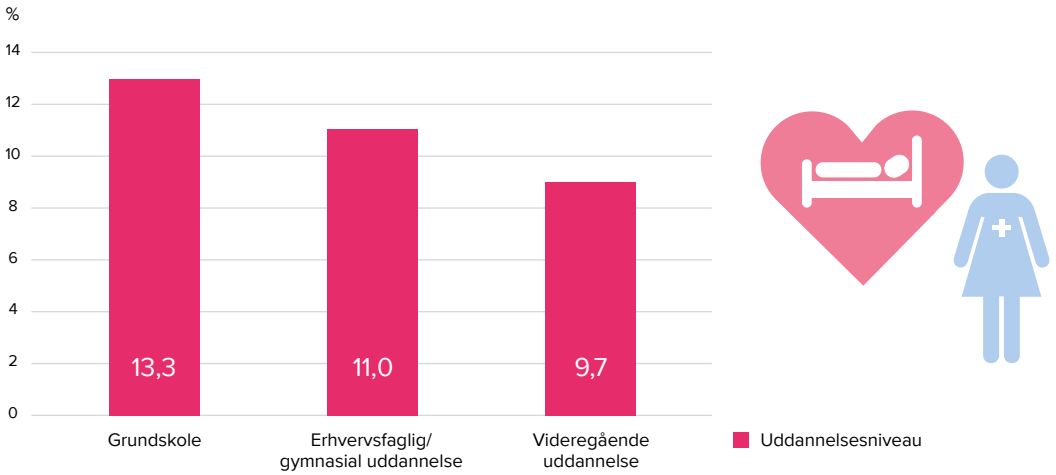
Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2022, Sundhedsdatastyrelsen.

KONSEKVENSER AF SYGDOM

Akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage
Opgørelsen tyder på, at der er forskel mellem uddannelsesgrupper i andelen af akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage, for borgere som er 30 år eller ældre, på landsplan og inden for hver region. På landsplan har borgere med grundskole som højest fuldførte uddannelse en større andel af somatiske akutte genindlæggelser end de øvrige uddannelsesgrupper med en andel på 13,3 procent. For borgere med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse er andelen 9,7 procent. Der er dermed en forskel på 3,6 procentpoint mellem borgere med grundskole og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. For hovedparten af kommunerne ser der også ud til at være forskel uddannelsesgrupperne imellem i andelen af akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage. Det bemærkes, at uddannelsesniveau muligvis kan have betydning for helbredstilstanden blandt borgere der genindlægges.

Figur 7

Andel af akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage blandt borgere, som er 30 år eller ældre, fordelt på uddannelsesniveau, hele landet, 2021



Tabel 7

Andel af akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage blandt borgere, som er 30 år eller ældre, regioner, 2021

Region	Grundskole	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Videregående uddannelse
Hovedstaden	12,7	10,5	9,8
Midtjylland	14,0	12,1	10,2
Nordjylland	12,8	10,3	9,5
Syddanmark	13,0	10,6	9,3
Sjælland	15,0	12,4	10,5

Anm.: Andelen af genindlæggelser er beregnet som andelen af indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage.
Kilde: Landspatientregisteret pr 10.marts 2022, Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 8

Andel af akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage blandt borgere, som er 30 år eller ældre, kommuner, 2021

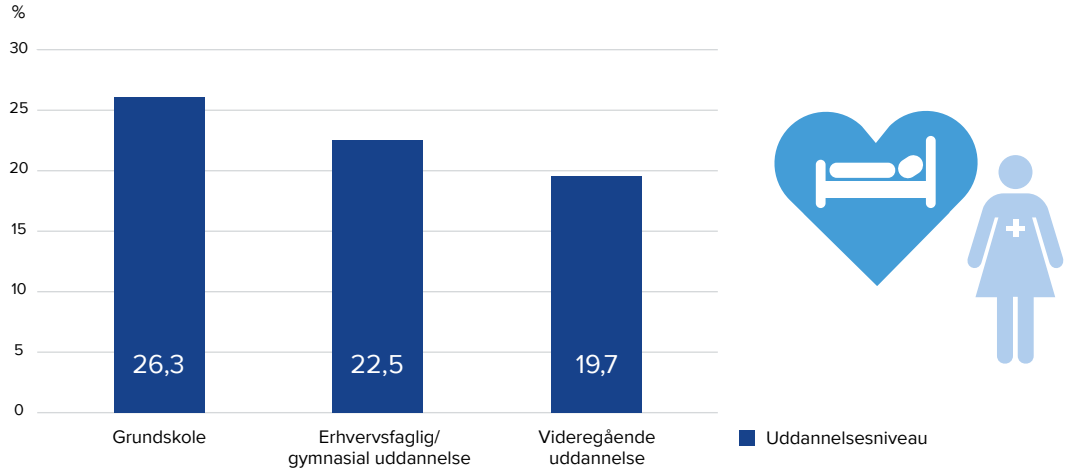
Kommuner	Grundskole	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Videregående uddannelse
Albertslund	12,5	11,6	10,1
Allerød	10,8	10,1	7,4
Assens	12,4	11,3	10,9
Ballerup	12,2	11,8	10,0
Billund	13,5	10,9	7,2
Bornholm	11,9	9,4	8,0
Brøndby	9,8	9,2	9,8
Brønderslev	12,1	8,2	7,2
Dragør	4,0	4,5	5,3
Egedal	12,7	9,9	9,8
Esbjerg	11,5	10,8	9,5
Fanø	-	7,9	6,0
Favrskov	12,0	10,0	10,6
Faxe	15,2	12,4	8,4
Fredensborg	15,0	9,4	10,0
Fredericia	15,8	9,4	8,5
Frederiksberg	12,4	11	9,1
Frederikshavn	10,0	8,4	8,4
Frederikssund	13,7	9,9	10,5
Furesø	10,9	9,2	9,5
Faaborg-Midtfyn	11,4	11,6	9,6
Gentofte	13,4	10,2	9,8
Gladsaxe	13,8	12,3	10,4
Glostrup	12,3	11,3	11,4
Greve	13,8	12,6	8,7
Gribskov	12,0	10,9	8,6
Guldborgsund	16,5	12,8	10,5
Haderslev	13,4	11,4	11,3
Halsnæs	13,3	10,7	8,8
Hedensted	13,8	10,7	8,9
Helsingør	14,4	11,1	8,2
Herlev	13,5	11,1	9,4
Herning	15,3	11,2	9,3
Hillerød	12,6	10,8	8,6
Hjørring	10,6	9,1	6,9
Holbæk	14,1	11,3	9,6
Holstebro	10,0	12	9,4
Horsens	16,5	13,9	11,1
Hvidovre	12,5	10,6	9,8
Høje-Taastrup	14,9	9,2	8,0
Hørsholm	11,6	8,5	8,1
Ikast-Brande	11,3	12,3	13,5
Ishøj	11,9	8,7	10,7
Jammerbugt	12,5	10,3	7,2
Kalundborg	14,1	12,9	9,3
Kerteminde	9,7	9,8	10,9
Kolding	14,1	10,0	8,3
København	12,1	10,1	9,7
Køge	13,5	13,7	9,8
Langeland	8,9	13,1	6,9
Lejre	12,8	8,9	9,3
Lemvig	9,8	11,2	4,9
Lolland	15,7	13,0	11,3
Lyngby-Taarbæk	14,1	14,0	10,2
Læsø	4,7	6,6	-
Mariagerfjord	12,7	8,2	10,7
Middelfart	13,2	10,7	10,1
Morsø	15,6	11,7	9,7
Norddjurs	13,0	11,6	9,4
Nordfyns	10,7	8,8	8,2
Nyborg	13,5	10,2	10,1
Næstved	13,7	12,6	11,1
Odder	12,1	12,5	8,4
Odense	13,5	8,7	7,8
Odsherred	13,7	10,4	10,2
Randers	13,4	10,2	9,2
Rebild	11,2	9,8	9,0
Ringkø-bing-Skjern	13,7	12,0	10,8
Ringsted	16,5	11,2	11,8
Roskilde	14,7	12,2	10,5
Rudersdal	12,0	10,0	10,6
Rødovre	14,5	9,2	10,8
Samsø	11,9	14,6	6,7
Silkeborg	15,7	13,9	10,1
Skanderborg	14,3	12,3	9,3
Skive	13,8	13,6	8,6
Slagelse	13,7	11,5	11,2
Solrød	11,8	9,6	7,7
Sorø	14,4	12,0	12,1
Stevns	14,3	12,1	8,4
Struer	12,7	12,4	11,3
Svendborg	12,0	11,5	9,6
Syddjurs	9,6	11,4	9,9
Sønderborg	11,4	10,3	9,1
Thisted	11,8	12,0	11,1
Tønder	14,6	8,1	7,9
Tårnby	5,3	4,6	5,8
Vallensbæk	8,7	10,4	10,6
Varde	14,1	10,4	6,8
Vejen	11,4	9,7	7,7
Vejle	12,7	10,2	9,6
Vesthimmerlands	16,9	11,5	8,8
Viborg	15,0	12,9	11,3
Vordingborg	15,9	12,2	10,4
Ærø	8,9	11,4	8,4
Aabenraa	11,8	11,8	9,9
Aalborg	13,2	10,5	9,6
Aarhus	13,6	11,0	10,0

Anm.: Andelen af genindlæggelser er beregnet som andelen af indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage.
Kilde: Landspatientregisteret pr 10. marts 2022, Sundhedsdatastyrelsen.

Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage
Opgørelsen tyder på, at der er forskel mellem uddannelsesgrupper i andelen af akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage for borgere, som er 30 år eller ældre, på landsplan og inden for fire af regionerne. Borgere med grundskole som højest fuldførte uddannelse har en større andel af psykiatriske akutte genindlæggelser end borgere med et højere uddannelsesniveau. På landsplan genindlægges 26,3 procent af borgere med grundskole som højest fuldførte uddannelse og 19,7 procent af borgere med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. Dermed er der en forskel på 6,7 procentpoint mellem borgere med grundskole og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. For kommunerne ses der ikke et entydigt mønster for, hvilken uddannelsesgruppe, der har den mindste andel af akutte psykiatriske genindlæggelser. Det bemærkes, at uddannelsesniveau muligvis kan have betydning for helbredstilstanden blandt borgere der genindlægges.

Figur 8

Andel af akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage blandt borgere, som er 30 år eller ældre, hele landet, 2021



Tabel 9

Andel af akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage blandt borgere, som er 30 år eller ældre, regioner, 2021

Region	Grundskole	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Videregående uddannelse
Hovedstaden	27,2	25,5	23,2
Midtjylland	28,0	22,7	16,8
Nordjylland	16,8	15,2	18,2
Syddanmark	25,1	18,0	16,7
Sjælland	27,2	23,1	15,5

Anm.: Andelen af er beregnet som andelen af indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage.
Kilde: Landspatientregisteret pr 10. marts 2022, Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 10

Andel af akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage blandt borgere, som er 30 år eller ældre, kommuner, 2018-2021

Kommuner	Grundskole	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Videregående uddannelse
Albertslund	35,0	15,5	20,7
Allerød	25,0	7,0	31,7
Assens	18,3	15,6	12,5
Ballerup	25,9	29,1	21,4
Billund	27,1	27,4	17,5
Bornholm	20,1	9,5	18,5
Brøndby	30,4	20,1	17,9
Brønderslev	17,6	9,6	13,1
Dragør	30,6	18,8	36,8
Egedal	39,6	20,1	18,4
Esbjerg	27,6	18,8	22,9
Fanø		15,8	
Favrskov	29,6	16,1	33,7
Faxe	29,5	18,5	11,2
Fredensborg	34,0	19,8	14,6
Fredericia	19,3	18,7	21,2
Frederiksberg	23,8	19,5	19,7
Frederikshavn	16,6	10,0	20,6
Frederikssund	24,5	30,0	18,0
Furesø	13,6	26,2	16,5
Faaborg-Midtfyn	19,8	21,5	12,4
Gentofte	24,5	24,2	21,4
Gladsaxe	28,7	24,0	27,7
Glostrup	32,6	34,2	28,6
Greve	18,8	15,2	20,8
Gribskov	26,4	18,9	14,9
Guldborgsund	24,7	21,2	19,8
Haderslev	23,5	20,3	27,1
Halsnæs	16,4	19,4	23,3
Hedensted	19,9	18,8	11,6
Helsingør	30,3	22,0	19,8
Herlev	20,5	20,4	32,3
Herning	32,1	19,6	11,8

Kommuner	Grundskole	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Videregående uddannelse
Hillerød	26,3	27,1	25,4
Hjørring	16,2	14,1	12,0
Holbæk	27,8	21,4	18,9
Holstebro	30,9	30,8	21,4
Horsens	28,3	20,3	12,1
Hvidovre	24,0	19,8	14,6
Høje-Taastrup	31,8	22,2	28,8
Hørsholm	10,2	23,4	15,2
Ikast-Brande	24,0	25,1	14,6
Ishøj	22,4	21,6	10,3
Jammerbugt	16,0	16,9	11,6
Kalundborg	18,9	14,5	11,6
Kerteminde	33,9	9,2	16,0
Kolding	27,0	17,7	16,7
København	28,0	22,9	21,3
Køge	25,4	21,8	16,3
Langeland	21,3	24,5	13,6
Lejre	27,1	25,4	17,9
Lemvig	16,4	19,0	13,3
Lolland	31,4	19,5	17,3
Lyngby-Taarbæk	33,7	30,2	16,3
Læsø			
Mariagerfjord	23,5	18,1	15,6
Middelfart	32,3	23,2	14,9
Morsø	16,3	7,4	
Norddjurs	29,4	20,9	26,5
Nordfyns	20,0	13,8	20,0
Nyborg	14,0	20,8	15,7
Næstved	20,1	20,0	17,9
Odder	22,8	8,9	5,9
Odense	26,6	18,6	20,3
Odsherred	33,8	24,6	17,4
Randers	27,1	19,6	15,6

Kommuner	Grundskole	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Videregående uddannelse
Rebild	17,8	5,4	17,3
Ringkø-bing-Skjern	25,1	16,3	9,0
Ringsted	16,6	18,3	17,4
Roskilde	28,8	16,2	18,1
Rudersdal	24,0	22,0	19,0
Rødovre	21,4	20,8	12,2
Samsø		7,6	
Silkeborg	29,6	25,0	25,7
Skanderborg	19,6	17,4	16,8
Skive	14,5	13,2	6,4
Slagelse	26,0	23,0	14,2
Solrød	38,0	14,6	14,5
Sorø	30,1	24,6	15,7
Stevns	8,6	18,0	9,1
Struer	24,1	14,2	14,8
Svendborg	28,1	18,4	20,5
Syddjurs	22,8	13,4	18,4
Sønderborg	26,7	22,7	17,2
Thisted	15,8	10,6	12,6
Tønder	17,8	11,2	7,7
Tårnby	33,2	24,6	9,3
Vallensbæk	21,1	19,6	19,6
Varde	14,4	12,2	17,6
Vejen	12,9	12,6	12,0
Vejle	25,2	20,5	21,6
Vesthimmerlands	15,9	11,2	9,0
Viborg	33,6	16,7	10,9
Vordingborg	30,1	26,9	17,3
Ærø	13,2	36,5	
Aabenraa	28,8	19,9	9,1
Aalborg	18,8	18,7	17,3
Aarhus	29,6	25,8	20,5

Anm.: Andelen af genindlæggelser er beregnet som andelen af indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage.
Kilde: Landspatientregisteret pr 10. marts 2022, Sundhedsdatastyrelsen.

SOCIAL ULIGHED I SUNDHED – CASES

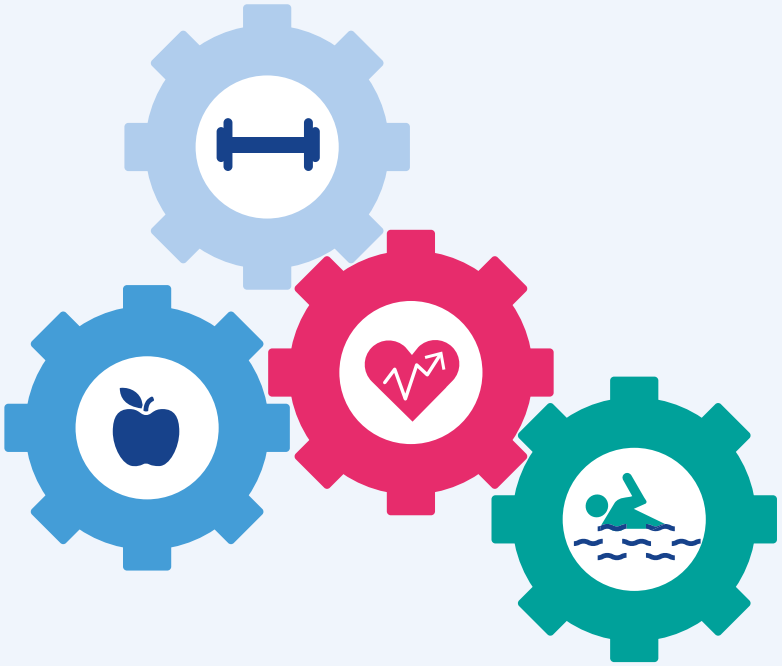
Case
1

AARHUS KOMMUNE ARBEJDER MED FREMSKUDT SUNDHEDSINDSATS I UDSATTE BOLIGOMRÅDER FOR AT FREMME LIGHED I SUNDHED

I udsatte boligområder er den generelle sundhedstilstand dårligere sammenlignet med baggrundsbefolkningen og flere er udfordret på deres sundhedsadfærd.

For at reducere den sociale og geografiske ulighed i sundhed rykker Aarhus Kommune ud i boligområderne og leverer sundhedstilbud tæt på borgernes hverdag.

I en række udsatte boligområder i Aarhus er *Folkesundhed Aarhus* – som er en del af Aarhus Kommune og tilbyder gratis sundhedstilbud til borgere og pårørende – til stede med fremskudte sundheds- og trivselsmedarbejdere, der har fast base i boligområderne sammen med boligforeningerne og de boligsociale helhedsplaner.



Målet med indsatsen er at reducere den sociale og geografiske ulighed i sundhed gennem lokale sundhedsfremmende initiativer. Indsatsen skal understøtte, at flere borgere får redskaber til at tage vare på egen sundhed og trivsel.

I den fremskudte sundhedsindsats arbejdes der med opsøgende indsatser i forhold til de målgrupper, der er særligt udfordret på deres sundhed og trivsel. Der gennemføres sundheds- og trivselssamtaler med fokus på brobygning til relevante sundhedstilbud og fællesskaber i og uden for boligområdet. Herudover udvikles nye sundhedstilbud med udgangspunkt i borgernes behov og de muligheder, der er lokalt. Det er eksempelvis træningsaktiviteter, morgenmadscaféer, havefællesskaber, cykelkurser og familiekurser med fokus på sundhed og trivsel.

Der er generelt et stort fokus på at integrere sundhedstilbuddene med andre initiativer som for eksempel familieindsatser, beskæftigelsesindsatser og foreningsaktiviteter, så der hele tiden arbejdes på tværs af kommunale indsatser, boligforening/boligsocial indsats og civilsamfund. Den sociale og geografiske ulighed i sundhed reduceres ikke alene ved, at vi rykker ud, men også ved, at vi rykker sammen, så borgerne oplever sammenhængende og helhedsorienterede indsatser omkring hele deres livssituation.

Case 2

SAMARBEJDE PÅ VESTEGNEN OG SYDAMAGER I FORHOLD TIL UNGES SUNDHED

Ti kommuner er på tværs af Vestegnen og Sydamager gået sammen om en tiårig indsats om unges mentale og fysiske sundhed og om en røgfri generation 2030.

Med indsatsen *Klar livet – uden røg* og *rusmidler* ønsker kommunerne at styrke de unges muligheder for at gennemføre en uddannelse og leve det liv, de gerne vil. Det skal blandt andet ske gennem samarbejde med ungdomsuddannelser, frivillige organisationer og foreninger samt fælles indsatser på tværs af kommunale forvaltningsområder.

I forhold til målet om en røgfri generation 2030 betyder samarbejdet blandt andet, at rygestoprådgivere fra kommunerne samarbejder om at hjælpe uddannelsesinstitutionerne med implementering af tobaks- og nikotinfri skoledag. De unge kan få en kort samtale med en rådgiver på skolen, de kan deltage i et stopforløb i en af de ti kommuner og de kan få et gratis rådgivningsforløb hos Stoplinien. Herudover kan skolernes ledelse og lærere få hjælp og sparring om, hvordan tobaks- og nikotinfri skoledag bedst muligt kan håndteres.

Indsatsen i forhold til mental sundhed fokuserer på, at viden om unges sundhed deles på tværs af kommunerne og forvaltningsområder. Fælles forståelse om unges sundhed og trivsel skal bl.a. bruges til at tune driften og udvikle bæredygtige løsninger, som kan understøtte og styrke børn og unges deltagelse i positive fællesskaber, fysiske sundhed og tryghed. Alle ti kommuner har tegnet abonnement med BørnUngeLiv og bruger data fra Ungeprofilundersøgelsen til at prioritere indsatser. Dette sker i dialog på tværs fagforvaltninger, med de politiske udvalg og med de unge. Kommunerne har forskellige indsatsområder afhængig af lokale udfordringer. Et fælles indsatsområde for de ti kommuner er at styrke brobygningen mellem ungdomsuddannelserne og kommunernes tilbud til unge. Desuden kan elever på FGU og andre ungdomsuddannelser få en samtale om sundhed med en uddannet rådgiver.

Det er svært at adskille effekten af indsatsen for en røgfri generation 2030 og den samlede nationale indsats på området. Det ses dog, at rygning blandt unge mellem 14 og 19 år er blevet mindre udbredt, og samtidig er unge førstegangsrygere blevet ældre. Unge i alderen mellem 14 til 17 år ryger samtidig markant mindre end de 18 til 19-årige. Til gengæld ses en stigning i brug af tobak- og nikotin produkter. Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden viser, at 17 procent af de unge mænd mellem 16-24 år bruger tobak- og nikotinprodukter.

Case 3

FLERE I FÆLLESSKABER – NYE VEJE UD AF ENSOMHED OG IND I FÆLLESSKABER I SILKEBORG KOMMUNE

Flere i Fællesskaber (FIF) er et fireårigt forsknings- og udviklingsprojekt, som har til formål:

- **At mindske ensomhed og fremme trivsel hos borgere i Silkeborg Kommune – med særlig fokus på unge (13-30 år) og ældre (65 år eller ældre).**
- **At evaluere indsatserne og undersøge, hvad der virker og ikke virker, og at udbrede resultaterne herfra.**

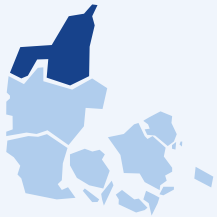
Projektet er igangsat juni 2020 og er baseret på et partnerskab, hvor repræsentanter fra erhvervslivet, civilsamfundet, vidensmiljøer og fonde er gået sammen i bestræbelserne på at løse ensomhedsproblematikken i Silkeborg Kommune. Partnerskabet bag *Flere i Fællesskaber* består aktuelt af 26 partnere som for eksempel DEFACTUM, Jyske Bank, kommunens folkekirker og Ældre Sagen og der er løbende ny tilslutning til partnerskabet.

I projektperioden er der blandt andet etableret en ny brobygningsfunktion – *Fællesskabsguiden*. Fællesskabsguiden hjælper borgere med inspiration og håndholdt guidning til et lokalt fællesskab. Over 300 borgere er foreløbigt kommet over i et fællesskab med hjælp fra Fællesskabsguiden.

Der er ydermere igangsat en række indsatser, som alle har til formål at sikre, at der er tilbud til mennesker, som oplever ensomhed. Eksempelvis et mødested for ensomme unge, netværk for enlige seniorer og mentorordning for unge i samarbejde med erhvervslivet. Der er ligeledes skabt øget opmærksomhed på ensomhedsproblematikken via partnerskabsmøder, en massiv kampagneindsats og aktivering af lokal presse.

Projektet har også afdækket ensomhed, social isolation, foreningsdeltagelse, mental sundhed, kendskab til indsatser og andre lokale forhold via en baselineundersøgelse, som evalueres i august/september 2024. Ydermere er litteraturstudiet *"Interventioner, som kan afhjælpe ensomhed"* udarbejdet. Studiet tager udgangspunkt i 136 nationale og internationale forskningsundersøgelser af ensomhedsindsatser. Formålet er at identificere, vurdere og sammenfatte viden om effekten af interventioner, der har til formål at afhjælpe ensomhed.

Partnerskabet har herudover vist mange eksempler på, at det i praksis er lykkedes at løfte ensomhedsdagsordenen og engagere aktører på tværs af kommune, erhvervsliv, civilsamfund, vidensmiljøer og fonde.



Case 4

SKIVE KOMMUNE SÆTTER TIDLIGT IND OVERFOR MISTRIVSEL

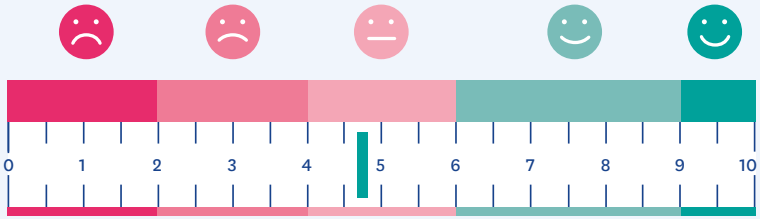
Tidlig Forebyggelse er et tilbud i Skive Kommune, der skal forebygge og bremse faldende trivsel hos børn, unge, familier og kommende familier i kommunen. Børn, unge, familier samt kommende forældre kan henvende sig med alle former for trivselsudfordringer.

Tidligere har det været vanskeligt at finde frem til de rette tilbud til borgere med lettere trivselsproblematikker. Det drejer sig både om, at borgerne skal kunne finde indgangen til kommunernes (og samarbejdspartnernes) vifte af tilbud og medarbejdernes kendskab til de mange forskellige tilbud. Det har medvirket til, at borgerne først har fået et relevant tilbud på et senere og noget mere kritisk tidspunkt i forhold til problemernes udvikling.

Tilbuddet består i, at unge, familier med børn og kommende forældre hurtigt kan henvises til relevante tilbud og få hjælp uden visitation. En forebyggelseskoordinator fra kommunen guider og henviser hurtigt til målrettede tilbud gennem korte og professionelle forløb. Dermed er der med tilbuddet skabt én indgang for borgere og fagpersoner, når det omhandler faldende trivsel for børn og unge.

Den helt store styrke ved *Tidlig Forebyggelse* er, at hele Familieafdelingen og behandlingssystemet i kommunen stilles til rådighed for en målgruppe, det normalt ikke er tilgængeligt for. Således bygger tilbuddet på al den viden, erfaring og evidens, som det kommunale system i forvejen rummer.

Hvert forløb bliver tilrettelagt individuelt, og de forskellige tilbud kan kombineres med hinanden. Således er der eksempler på støtte til familier, hvor barnet får hjælp fra sundhedsplejen, mens forældrene tilbydes et forløb med en familiebehandler. Der gives op til fem sessioner uden visitation, og man kan også blive tilbudt specielle indsatser til afgrænsede problemstillinger.

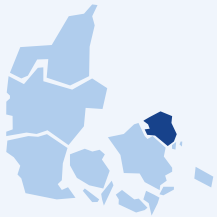


KL's Trivselslineal

KL's Trivselslineal anvendes til at afklare målgruppen og spore udvikling. Indsatsen tilbyder støtte fra forskellige sektioner i kommunens Familieafdeling: Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), sundhedsplejen, skole- og dagtilbud, socialrådgivere og medarbejdere på Familiecenteret. Indsatsen er desuden præsenteret for flere samarbejdspartnere, således indgår *Tidlig Forebyggelse* i et ligeværdigt samarbejde med kommunale, private, offentlige og frivillige tilbud om målgruppen. Et eksempel på dette er, at der i forbindelse med et forløb med professionelle fra kommunens Familiecenter henvises til et gruppetilbud i den lokale afdeling af Mødrehjælpen. Tilsammen giver det borgeren et stærkere grundlag for selvstændighed og trivsel fremadrettet.

Tidlig Forebyggelse startede i maj 2021. Herefter er der løbende blevet udviklet og evalueret på tilbuddet, således at det kontinuerligt tilpasses de udfordringer, som borgerne i Skive Kommune oplever. Gennem tilbuddet har Skive Kommune formået at løfte både den mentale og fysiske trivsel hos dem, der har modtaget indsatsen i 87 procent af forløbene. I de sidste 13 procent af tilfældene er der blevet lavet en underretning, så borgerne, grundet udfordringernes kompleksitet, har kunne modtage et længerevarende forløb.

Tidlig Forebyggelse fik en andenplads ved KL's Forebyggelsespris 2022.



Case 5

KØBENHAVNERE FÅR RYGESTOPRÅDGIVNING

Københavns Kommune gik i 2019 sammen med de øvrige kommuner i regionen om en samarbejdsaftale med Region Hovedstaden om en systematisk indsats for at mindske tobaksforbruget blandt borgere i regionen.

Rygning er den risikofaktor, som har størst betydning for sygdom og dødelighed i Danmark. Herudover har rygning stor betydning for uligheden i dødelighed, da andelen, der ryger, falder med stigende uddannelsesniveau.

Aftalen sikrer, at alle rygere, som har kontakt til et somatisk eller psykiatrisk hospital i Region Hovedstaden og har et ønske om et rygestop, henvises til rygestopforløb i deres hjemkommune. Det styrkede samarbejde tager afsæt i en plan for styrkelse af forebyggelsesområdet i Region Hovedstaden, som skal sikre en systematisk og styrket indsats på forebyggelsesområdet.

Metoden til systematisk henvisning af borgere, ”Very Brief Advice” (VBA), har tre enkle trin til at finde ud af, om en borger ønsker at blive kontaktet af en rygestoprådgiver med henblik på tilmelding til et rygestopforløb:

1. Der spørges ind til rygestatus.
2. Der rådgives om, at den bedste rygestopmetode er en kombination af rådgivning og rygestopmedicin.
3. For interesserede sendes en digital henvisning til bopælskommune, som rådgiver borgeren og eventuelt tilmelder til rygestopforløb.

Baggrunden for indførsel af henvisningsmetoden er, at tre ud af fire, der ryger, gerne vil stoppe, og 42 procent af dagligrygere ønsker hjælp til at blive røgfri.

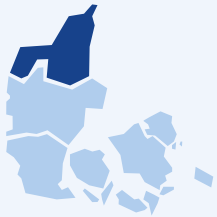
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse udgav i 2022 en evalueringsrapport om implementering af henvisningsmetoden for 2020-2021. Rapporten viser, at:

- 74 procent af de henviste borgere har fået kontakt med Københavns Kommunes rygestoprådgivere (50 procent tilmeldt rygestopforløb)
- 24 procent har fået tilsendt information om rygestop
- 17 procent fik individuel rådgivning (ved Stoplinien)
- 5 procent er stoppet selv
- 3 procent var ikke interesseret i rådgivning
- 1 procent er henvist til KOL forløb.

Evalueringen anbefaler en styrket implementering af henvisningsmetoden på hospitalerne, hvis alle borgere, som har et ønske om at blive røgfri og er tilknyttet et somatisk eller psykiatrisk hospital, skal henvises til et rygestopforløb i deres hjemkommune.

Henvisninger fra hospitaler vil også fremover være en vigtig del af den samlede rekruttering som led i rygestopindsatsen, ligesom Københavns Kommune også fortsat foretager selvstændig rekruttering af deltagerne på rygestopkurserne.

Link: *Evaluering af implementering af VBA*



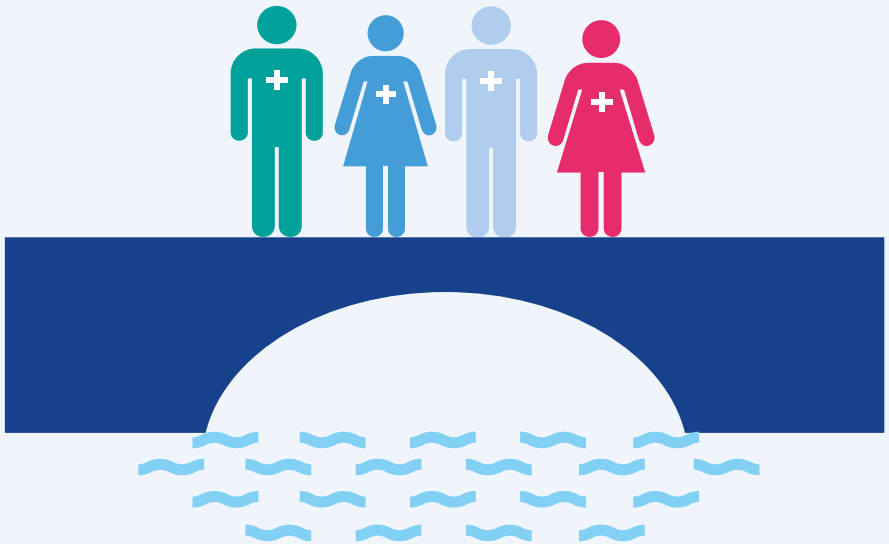
Case 6

REGION NORDJYLLAND – REGIONSDÆKKENDE CENTER FOR PATIENTSTØTTE

Center for Patientstøtte er etableret i Region Nordjylland i 2021 og skal rumme patienter med stor kompleksitet – både helbredsmæssigt, socialt og kulturelt. Centeret rækker ud til svage og sårbare borgere og tager især hånd om dem, som ikke har et stærkt netværk og nære pårørende.

Formålet med Center for Patientstøtte er at sikre, at borgere med komplekse problemstillinger, der har behov for forløbskoordinering, får et godt patientforløb på tværs af sektorer, således at de opnår optimal kvalitet og udbytte af de sundhedstilbud, der tilbydes. Funktionerne i Center for Patientstøtte skal være med til at sikre, at patienter får lige adgang til sundhed, uanset deres sociale vilkår, individuelle forudsætninger og ressourcer.

Center for Patientstøtte har samlet regionens patientstøttende tiltag, deriblandt også brobyggerfunktionerne. I samarbejdet indgår både somatikken og psykiatrien fra Aalborg Universitetshospital samt Regionshospital Nordjylland.



På Aalborg Universitetshospital er der ansat fire brobyggersygeplejersker fordelt på matriklerne i Aalborg, Hobro og Thisted, indgået samarbejdsaftale med Psykiatrien i forhold til kontaktpunkter og målgrupper, ansat en midlertidig fuldtidsmedarbejder i en børne-bro-bygger-funktion på Børne- og Ungeafdelingen samt aftalt intern henvisning og kontakt for faglig sparring mellem funktionerne i Center for Patientstøtte inden for området for rehabilitering og socialt udsatte borgere under Specialsektoren.

På Regionshospital Nordjylland er brobygningskonceptet udmøntet via en generelt involverende måde med henblik på at styrke en brobygningskultur, der er integreret i det ordinære sundhedsfaglige arbejde.

De fire brobyggersygeplejersker får kontakten til sårbare patienter i såvel somatikken og psykiatrien ved at være til stede i akutmodtagelsen samt via hospitalsinterne henvisninger. Sygeplejerskerne hjælper patienterne til at få et bedre overblik over deres sygdomsforløb og kan eventuelt bistå med at opsøge tilbud, som patienterne måske ikke er klar over findes. Brobyggersygeplejerskerne har desuden et tæt samarbejde med patienternes læge og hjemkommune. Da funktionen er under opbygning, er der for nuværende kun tal for aktiviteten omkring brobyggerfunktionen på Aalborg Universitetshospital. I 2021 blev der henvist 444 patienter og gennemført i alt 3.045 samtaler.

Case 7

REGION MIDTJYLLAND – FÆLLES GRAVID TEAM

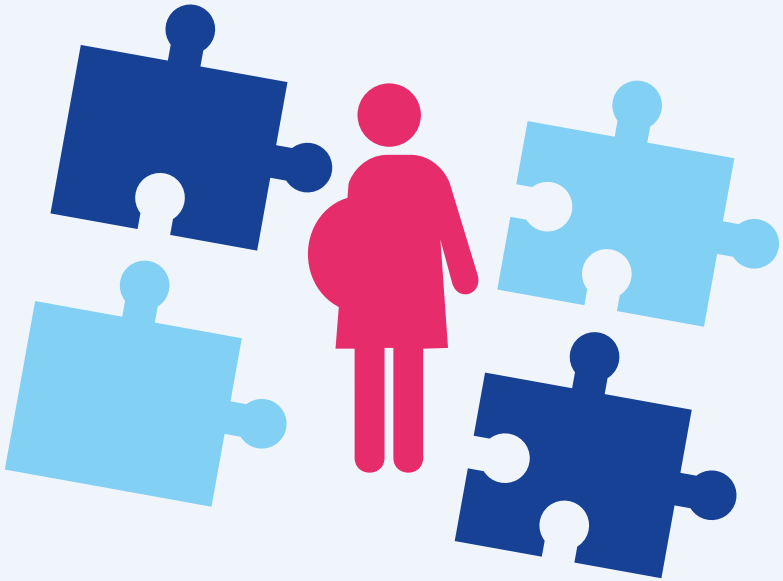
Region Midtjylland og de midtjyske kommuner har indgået en samarbejdsaftale om etablering af "Fælles gravid team", som er målrettet sårbare gravide.

Målgruppen for indsatsen er gravide med flere sammenfaldende problemstillinger af sundhedsmæssig, psykologisk og/eller social karakter, og som derfor har behov for både sundhedsfaglige og socialfaglige tilbud. Konkret kan der være tale om gravide/par, som ikke har socialt netværk, er socialt belastede eller som har belastende psykiske lidelser.

Sårbare gravide bruger mange ressourcer på at have relationer til forskellige professionelle aktører. "Fælles gravid team" skal gøre det mere enkelt for den sårbare gravide ved at skabe én indgang for familien. Ligeledes er det de samme fagfolk, der følger familien over en periode og dermed skaber kontinuitet i det faglige arbejde om den enkelte familie.

Målet med indsatsen er, at en tidlig, forebyggende, tværfaglig og tværsektoriel indsats er med til at styrke forældrekompetencerne, forebygge skader på barnets udvikling og dermed skabe et godt fundament for barnets videre trivsel.

Det fælles team består af jordemoder, sundhedsplejerske, socialrådgiver, praktiserende læge og andre relevante fagpersoner. Teamet besidder således specialist-kompetencer i forhold til både sociale og sundhedsfaglige problemstillinger og har til opgave sammen med familien at afklare relevante problemstillinger og tilrettelægge en samlet plan for forløbet på tværs af sektorerne. Det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde indebærer, at flere fagpersoner, med udgangspunkt i hver deres faglige ekspertise, arbejder helhedsorienteret med fælles ansvar og kontinuerligt koordinerer og justerer indsatsen med udgangspunkt i familiens situation og behov.



Case 8

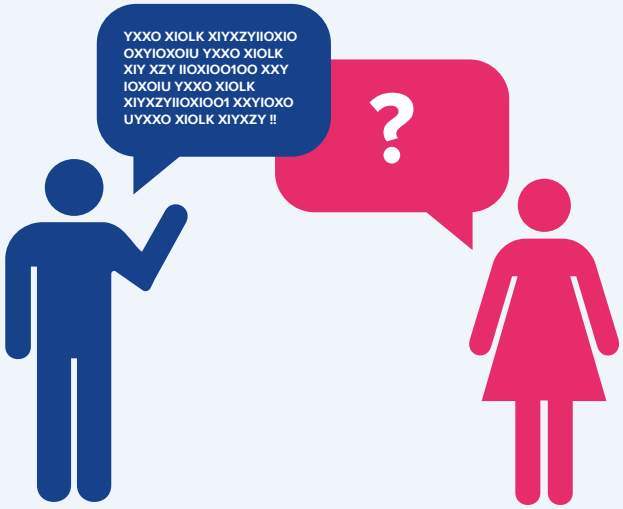
REGION SYDDANMARK – KOMMUNIKATIONSKURSUS

Alle medarbejdere med patientkontakt i Region Syddanmark skal over de kommende år gennemføre et tredages kommunikationskursus for at blive endnu bedre til at kommunikere med patienter med forskellig social status.

At forstå, acceptere og håndtere den information, man som patient i sundhedsvæsenet modtager, er ikke lige nemt for alle. Undersøgelser viser, at patienters evne til at forstå, huske og håndtere viden i sundhedsvæsenet, er afhængig af patientens sociale status. Samtidig er den viden og information patienterne selv bidrager med til behandling, opsporing og diagnosticering også afhængig af social status. Når sundhedsprofessionelle skal stille en diagnose eller forklare en behandling, skal patienterne kunne forstå, hvad der bliver sagt, og de skal opleve en god dialog, så de føler sig velinformerede og trygge. Det kræver tydelig og nærværende kommunikation, og det stiller krav til de sundhedsprofessionelles evner til at lytte og forstå.

Kurset tager udgangspunkt i en evidensbaseret og praksisrelevant kommunikationsmodel, som kan bruges til at skabe struktur i samtaler med patienter og pårørende. Samtidig bygger kurset videre på de gode erfaringer fra projektet ”Klar tale med patienterne” fra Sygehus Lillebælt, som i en årrække har haft succes med at tilbyde kurser med afsæt i modellen.

Der uddannes cirka 240 lokale undervisere, så hvert enkelt sygehus har undervisere, der kan uddanne og træne kollegaerne i den gode patientsamtale. I alt skal omkring 10.000-12.000 af regionens sundhedsprofessionelle gennemgå kurset. I første omgang er det primært



læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, men også jordemødre, fysio- og ergoterapeuter, psykologer og tilsvarende medarbejdere, som har længere patientkontakt, skal gennemgå kurset.

Der er planlagt en evaluering med løbende dataindsamling over de næste år, som har til formål at afdække, om kommunikationskurserne har en positiv effekt på bedre patientoplevet kvalitet i forhold til inddragelse og kommunikation, og hvorvidt medarbejdere i højere grad anvender patientcentreret kommunikation.

Case 9

REGION HOVEDSTADEN – BEHANDLINGSANSVAR 72 TIMER EFTER HOSPITALSBEHANDLING

For at forbedre overgangene for de mest sårbare patienter har Region Hovedstaden i 2022 indgået en aftale med PLO-Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen om udvidet behandlingsansvar.

Målgruppen for aftalen er en særlig gruppe borgere, som har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse fra et hospital, og hvor der kan være behov for en ekstra opmærksomhed fra både region og kommune. Det er forventningen, at målgruppen overvejende er sårbare ældre borgere, men borgere på bosteder med kommunal sygepleje, vil også været omfattet af aftalen.

Den nye ordning indebærer, at den udskrivende hospitalsafdeling beholder behandlingsansvaret for færdigbehandlede patienter, der udskrives til den kommunale sygepleje, i tre døgn efter udskrivelsen. De færdigbehandlede patienter har ikke længere behov for behandling på hospitalet, men en del patienter vil dog fortsat have behov for pleje og/eller støtte efter afsluttet hospitalsbehandling.

Formålet med det udvidede behandlingsansvar er at skabe en tryg overgang fra behandlingen på hospitalet. Aftalen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for de borgere, der har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse. Desuden skal aftalen understøtte, at hospitalerne, herunder særligt den udskrivende afdeling, tager et større ansvar for det samlede patientforløb, og det skal være let for kommuner, almen praksis og Akuttelefonen 1813 at få relevant lægefaglig rådgivning og vejledning på hospitalerne.

Med øget kvalitet og tilgængelighed i samarbejdet mellem hospital og kommune i de første døgn efter udskrivelsen samt adgang til udvidet lægekontakt på hospitalet, vil akutte genindlæggelser i en række tilfælde kunne forebygges eller varetages mere hensigtsmæssigt. Samtidig vil det systematiserede samarbejde omkring disse patienter mellem hospital, kommune og almen praksis også kunne understøtte sikkerhed og tryghed for patienterne.

Aftalen trådte i kraft 1. februar 2022 og de foreløbige resultater peger på, at der er tilfredshed med aftalen både hos hospitaler, kommuner og almen praksis. Evalueringen af ordningen kan tidligst igangsættes i 2023, når ordningen er fuldt implementeret.

Case 10

REGION SJÆLLAND – DIABETESBUSSEN

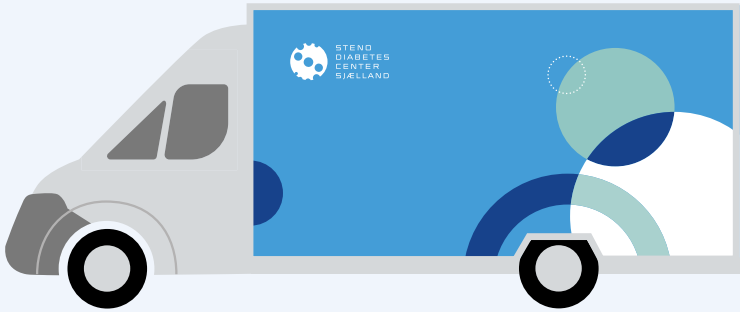
Diabetesbussen har siden juni 2020 kørt ud til sårbare patienter med diabetes, som er tilknyttet Fusionsklinikken i Region Sjælland.

Fusionsklinikken er et tilbud til patienter, der lider af både psykisk sygdom og diabetes, hvor behandlingstilbuddene er integreret med hinanden, så patienten oplever at få tilbudt én sammenhængende indsats.

Diabetesbussen er udstyret som et moderne diabetes-ambulatorium med mulighed for at få foretaget samme screeninger, som normalt hører til en diabeteskontrol på hospitalet, deriblandt fotografering af øjne, blod- og urinprøver, ligesom der kan foretages måling af kolesterol, blodsukker og blodtryk.

Formålet med diabetesbussen er at skabe et målrettet tiltag til sårbare mennesker med diabetes, som i dag ikke støttes tilstrækkeligt af den eksisterende diabetesindsats. Diabetesbussen er et initiativ, som skal sikre mere lighed i sundhed ved at give dem, der har størst behov, mest støtte.

For udsatte og sårbare personer med diabetes kan det være svært at overskue de årlige diabetesundersøgelser. Det kan derfor ende med, at de sårbare patienter udebliver fra disse undersøgelser. Patienterne i Diabetesbussen har ofte svært ved at manøvrere i sundhedsvæsenet, og Diabetesbussens personale har derfor også ekstra opmærksomhed på, at der efter undersøgelserne i Diabetesbussen skal følges op i forhold til det videre forløb.



Diabetesbussen er forankret i Fusionsklinikken i Psykiatrien Vest i tæt samarbejde med Steno Diabetes Center Sjælland. Projektet er udviklet og tilpasset i regi af medicinsk afdeling på Nykøbing Falster Sygehus. Diabetesbussen er blevet taget godt imod, og det er på sigt planen at udvide til andre områder inden for psykiatrien.

Diabetesbussen er et femårigt projekt med forventet afslutning i 2024, og ved projektets afslutning skal Diabetesbussen evalueres med henblik på at overgå til drift.

INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

DANSKE REGIONER

KL

sum.dk · regioner.dk · kl.dk

NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDSVÆSENET · 2023, 1. UDGAVE · UDGIVET AF INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET, DANSKE REGIONER OG KL

ELEKTRONISK PUBLIKATION ISBN: 978-87-7601-418-6 · DESIGN: BGRAPHIC · FOTO: COLOURBOX