

Sundhedskoordinationsudvalget

– udfordringer og perspektiver for den kommende sundhedsaftale



25. marts 2014

1. Baggrund

Dette notat skal ses som et inspirationsoplæg til Sundhedskoordinationsudvalgets drøftelse om visionerne og målsætningerne for den kommende sundhedsaftale. Notatet skitserer kort nogle af de udfordringer, som vi i fællesskab står overfor, samt nogle perspektiver for fremtiden.

Behandlingsforløb går på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor. Særligt kroniske patienter vil ofte modtage sundhedstilbud fra flere aktører, men også andre velfærdsydelser fx arbejdsmarked og beskæftigelse spiller ind i den enkelte borgers liv. Et velfungerende og gnidningsfrit samarbejde på tværs af sektorer er derfor helt afgørende for, at vi kan skabe bedre og sundere liv for den enkelte borger. Men også ud fra en samfundsøkonomisk betragtning er der gevinster at hente.

Samtidigt står vi overfor store forandringer af det danske sundhedsvæsen. I takt med den øgede specialisering på hospitalerne, de nye hospitalsbyggerier og udbygningen af kommunale sundhedstilbud har vi en fælles opgave med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum.

Vi har gennem de seneste år skabt markante forbedringer i samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og praksissektor via eksempelvis sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og sundhedshuse. Kommuner og region er enige om, at vi ikke kan løse vores udfordringer og gøre det bedre for borgeren og samfundsøkonomien ved at blive i hver vores silo, men at nye løsninger skal opfindes på tværs. Der er derfor i dag et tillidsfuldt samarbejde mellem parterne.

Men der er fortsat udfordringer. Der er fortsat patienter, som ikke oplever en tilstrækkelig sammenhæng i sundhedstilbuddene eller ikke tilbydes det rette tilbud til rette tid og på rette sted. Dette har konsekvenser for både sundhed og livskvalitet, samtidigt med at de begrænsende ressourcer ikke udnyttes optimalt. Også andre udfordringer trænger sig på: Flere ældre patienter, flere borgere med kronisk sygdom, flere borgere med mere end én sygdom, krav om bedre sammenhæng i tilbud til fx psykiatriske patienter, øget ulighed og knaphed på ressourcer. Det er udfordringer, som kalder på fælles handling på tværs af sektorer og nytænkning i samarbejdet.

Den nye sundhedsaftale og praksisplanen er begge aftaler, som skal bidrage til, at vi tager et skridt i retning af et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen. I tidligere sundhedsaftaler har vægten været lagt på at 'ordne snitflader mellem sektorer'. Skal den nye sundhedsaftale i højere grad have fokus på fælles visioner og fælles mål, der skal bidrage til at vi arbejder i samme retning? – både når vi er sammen om en indsats, og når vi arbejder hver for sig. Og dermed bevæge os i retning af det, vi betegner som et integreret sundhedsvæsen?

Det er Sundhedskoordinationsudvalget, der skal formulere visionerne og målsætningerne for de kommende års arbejde og samarbejde. Og dermed give sit bidrag til, at vi i fællesskab fortsætter udviklingen af et stærkt nært og effektivt sundhedsvæsen til gavn for borgeren.

Det foreslås, at Sundhedskoordinationsudvalgets arbejdsform tager afsæt i de områder, hvor vi er særligt udfor-

dret, - enten med samarbejdet eller med de konkrete resultater for borgeren (sundhedstilstand) og sigter mod en fælles vision, som kan motivere til handling, og til at vi sammen kan gøre det bedre. For borgerens skyld og med borgeren som aktiv medspiller.

Dr. Peter Fuda:

If you want people to act on your vision, **you need to create a *burning ambition*: a fire from within.**

- *Hvad drømmer vi om for fremtidens sundhedsvæsen?*
- *Hvilke pejlemærker skal vi arbejde efter for at nå derhen?*

2. Udfordringer og perspektiver for fremtiden

Nedenfor er kort skitseret nogle af de udfordringer, som vi i fællesskab står overfor samt nogle perspektiver for fremtiden.

Der er en række generelle forhold, som udfordrer sundhedsvæsenet. Vi står overfor begrænsede ressourcer samtidigt med at vi kan forvente, at antallet af patienter vil vokse i de kommende år – herunder særligt kroniske patienter med livsstils-sygdomme og kræftpatienter. Den demografiske udvikling med flere ældre borgere er en god udvikling. Men samtidigt må vi forvente et øget pres på sundhedsvæsenets ydelser og deraf afledt behov for at finde nye og mere omkostningseffektive måder at løse opgaverne på.

Hvad betyder det, når borgerne bliver ældre og flere? – Holstebro Kommune

Som det er tilfældet for landets øvrige kommuner, vil befolknings-sammensætningen i Holstebro Kommune, og dermed også udgifterne og skattegrundlaget, ændre sig mærkbart inden for få år. Frem mod 2020 ventes der således en vækst på 26 % blandt den del af kommunens befolkning, der er over 64 år, mens antallet af 15-64 årige ventes at falde med 4 %. En tilsvarende fremskrivning af kommunens sundhedsudgifter vil alt andet lige i samme perioder vise en stigning på 13 % svarende til 105 millioner i 2010 priser med samtidig udsigt til nulvækst eller meget begrænset vækst i råderummet til offentlige udgifter.

I international sammenhæng er fokus ofte rettet mod at reducere dødelighed/forlænge middellevetiden og flere gode leveår. I dansk sammenhæng kunne der være god grund til at forbedre middellevetid og kvaliteten af leveårene. Danskernes middellevetid har godt nok været stigende, men den ligger stadig lavt sammenlignet med de øvrige OECD-lande. Ligeledes har vi udsigt til færre gode leveår.

- *Skal der formuleres et sundhedsmål for borgerne i Region Midtjylland?*

Men andre problemstillinger udfordrer os også:

- **Systemtænkning kontra på borgerens præmisser.**

Både region og kommuner arbejder i stigende grad med at inddrage borgeren og tage afsæt i borgerens behov, præferencer og ressourcer. Vi ved, at inddragelse af borgeren har positiv effekt på både kvalitet, brugertilfredshed og ressourceudnyttelse. Her er fortsat et uudnyttet potentiale. De borgere, som kan og vil, skal selv bidrage, og vi skal derfor styrke borgerens mulighed for selv at tage vare på egen sundhed og sygdom fx via telemedicin, egen kontrol/monitorering, patientuddannelser, brugerstyret behandling mv. De borgere, som ikke kan så meget selv, skal tilbydes den tilstrækkelige hjælp, og dette skal ske med afsæt i, hvad der er vigtigt og værdifuldt for borgeren.

- *Hvad skal der til for, at vi som 'væsener' bliver bedre til tage afsæt i borgerens perspektiv?*

- *Hvordan kommer vi fra ord til handling?*

- **For mange borgere indlægges på hospitalet eller er for længe på hospitalet**

En hospitalsindlæggelse skal ske, når det er nødvendigt. Vi ved, at en række indlæggelser og genindlæggelser kan forebygges. Der er derfor et potentiale i at forebygge, at borgere bliver syge, eller ved hjælp af en tidlig indsats og tidlig opsporing at forebygge, at deres sygdom udvikler sig til det værre.

Når en borger bliver syg, så trives mange bedst med at være hjemme i

vante omgivelser og vil gerne have muligheden for at modtage behandlingen her. Samtidigt ved vi, at mange patienter profiterer bedre af en behandling eller rehabilitering, hvis det foregår i borgerens eget hjem. Vi ved også, at det kan være en stor belastning for mange borgere at være indlagt. På samme tid er der et vigtigt hensyn til, at borgerne er trygge ved den indsats, de modtager – eksempelvis i forbindelse med en udskrivelse, og at de får den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde.

I de senere år er den gennemsnitlige indlæggelsestid blevet reduceret, ligesom antallet af hospitalsenge også er faldet. Kommunerne har samtidigt oprustet på sundhedsområdet. Et stærkt nært sundhedsvæsen er en forudsætning for, at færre kommer på hospitalet. En række gode initiativer er igangsat, men der er behov for en systematisk udbygning og videreudvikling af det nære sundhedsvæsen. Det vil betyde en ændret opgavevaretagelse for både kommuner, hospitaler og praksis-sektor. Eksempler på veje at gå er:

- flere telemedicinske løsninger fx mellem hospital, kommune, almen praksis;
- lettere adgang til specialistviden fra hospitaler,
- hospitalerne som mere frem-skudte og forebyggende i samarbejde med kommune og almen praksis,
- mere tilgængelige kommunale tilbud,
- tidlig systematisk opsporing,
- videreudvikling af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis.

Arbejde og sundhedsadfærd

Personer, der ikke er i arbejde, har generelt en mere risikabel sundhedsadfærd og en dårligere sundhedstilstand end personer, der er i arbejde (HHDD:2013)

- **Mangel på sammenhæng og forsinkelser for patienter**

Fra et borgerperspektiv er der fortsat unødvendige forsinkelser i et patientforløb – både på tværs af sektorer og internt i hver sektor. Og der er stadig forløb, som ikke hænger godt nok sammen, og hvor det er vanskeligt for borgeren at navigere mellem de forskellige systemer. Det har omkostninger – både i forhold til livskvalitet, men også samfundsøkonomisk. Der er behov for, at samarbejdspartnere på tværs af sektorer udvikler en bedre og mere integreret indsats fx at rehabilitering indtænkes allerede ved en indlæggelse. Det handler ikke kun om snitflader mellem sektorer, men at indsatsen integreres om den enkelte borger. Eksempelvis stiller udbygningen af det nære sundhedsvæsen nye og anderledes krav til samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger. Der skal tænkes i nye løsninger og samarbejdsformer. Der er gennem de senere år kommet et øget fokus på, at det både gavner livskvalitet og samfundsøkonomien, hvis borgere med sygdom kan fastholdes i job eller tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er fortsat store potentialer i at forbedre sammenhængen mellem arbejdsmarked og sundhed. Det stiller krav til det offentlige. Hvor der tidligere er taget afsæt i borgerens di-

agnose, sociale udfordringer, jobparathed mv. skal det offentlige i langt højere grad mestre at anskue borgeren i et helhedsperspektiv og med afsæt i det, der betyder noget for borgeren.

Forsinkelse får konsekvenser for borgeren

En borger udskrives, men der er ikke bestilt de rigtige hjælpemidler inden udskrivelsen. Derfor kan patienten ikke komme ud af sengen, før der kommer en lift fra hjælpemiddelservice. Efter et døgn i en seng med en uegnet madras udvikler borgeren tryksår på balderne, så han ikke længere kan komme op på bækkenstolen.

Det gode nytænkende samarbejde til gavn for borgeren

Nyt og banebrydende samarbejde mellem Regionshospitalet Randers og de omkringliggende kommuner betyder, at borgere med akut hoftebrud kan udskrives efter 3 dage (på landsplan er indlæggelsestiden i gennemsnit 7-11 dage). Det gavner især ældre borgere, fordi de i højere grad risikerer blodpropper, tab af muskelmasse, liggesår mv., hvis de ligger for længe i sengen. Alle arbejdsgange ændres – ligefra hurtig operation, ændret smertebehandling, tidlig forberedelse af kommunen, tidlig kommunal indsats med hjælpemidler mv.).

- **Øget social ulighed**

Den sociale ulighed i middellevetid er steget gennem de sidste 25 år. Det betyder, at der er borgere, som ikke har samme muligheder som andre for at udfolde deres livspotentiale. Der er mange faktorer, som spiller ind (Sundere liv for alle:2014). Særlig væsentlig er rygning. Samtidigt forekommer de fleste af de store kroniske sygdomme hos personer med en kort uddannelse end hos personer med en lang uddannelse. Samtidigt peger undersøgelser på, at der også er social skævhed i, hvorvidt en borger profiterer af en behandling eller anden sundhedsindsats. (I gang igen efter blodprop i hjertet, 2007).

Social ulighed i middellevetid

Den rigeste fjerdedel af danske mænd lever i gennemsnit knap 10 år længere end den fattigste fjerdedel. For 25 år siden var forskellen 5,5 år (Mere borger mindre patient 2013)

Social ulighed i sundhed

9 % af nyfødte børn af forældre med grundskole som højest opnået uddannelsesniveau genindlægges inden for 28 dage efter fødslen. Det er kun tilfældet for 6 % af nyfødte børn af forældre med en lang uddannelse (Mere borger mindre patient 2013).

Målgrupper/områder, hvor det er særlig svært

Nedenfor er præsenteret nogle af de områder/målgrupper, hvor vi har nogle specifikke udfordringer. Det er vigtigt at understrege, at listen ikke er udtømmende. Det handler dels om målgrupper, som har relativt mange kontakter til både kommuner, hospital og almen praksis, som derfor stiller øgede krav om samarbejde, men også målgrupper, hvor vi må erkende, at vi generelt ikke lykkes særlig godt, når vi ser på forskellige grupperes sundhedstilstand.

Psykisk sygdom og middellevetid

F.eks har psykisk syge kvinder på 25-39 år 10 gange så stor risiko for at dø som en kvinde i samme aldersgruppe, der ikke er psykisk syg. (Fakta om psykiatrien, Danske Regioner).

- **Borgere med psykisk sygdom:**

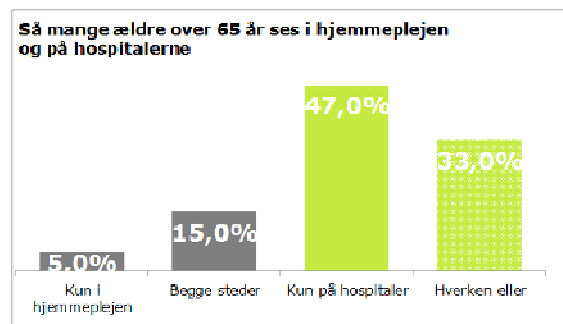
- Borgere med alvorlig psykisk sygdom har langt større risiko for at dø tidligt sammenlignet med den øvrige befolkning. Det gælder alle hovedgrupper af dødsårsager, dvs. ikke blot unaturlige dødsårsager som selvmord og ulykker men også naturlige dødsårsager som hjertekarsygdomme, kræft og luftvejslidelser.
- Psykiatriske patienter med misbrugsproblemer har svært ved at håndtere deres behandling selv. Kommunen står for misbrugsbehandlingen, og psykiatrien står for den psykiatriske behandling.

Det er svært for psykiatrien at diagnosticere og behandle patienterne, når de er påvirkede på grund af deres misbrug. Samtidigt er det vanskeligt for kommunen at behandle deres misbrug, når deres psykiatriske lidelse ikke er under kontrol.

- **'The hotspotters'**. Vi ved at en forholdsvis lille gruppe af borgere, står for en uforholdsmæssig stor del af sundhedsudgifterne. Samtidig er disse borgere typisk også udfordret på andre områder i deres liv med afledt dårlig livskvalitet for den enkelte og dårlig samfundsøkonomi.
 - *Skal vi være mere målrettede i vores indsats? Fx på en konkret boligblok i et specifikt kvarter?*
- **Akut syge borgere.** Et patientsikkert, effektivt og sammenhængende akut-system stiller store krav til aktørerne, og det er vigtigt med en samtænkning af de nye omlægninger, som sker i både kommuner, hospitaler og almen praksis. Kravene til os ændrer sig og vi skal have fundet en ny model. Det handler eksempelvis om, hvem der er lægefaglig back up på den kommunale indsats? Hvordan understøtter hospital og praktiserende læger den videre behandling i eget hjem? Hvordan forbereder hospitalet på bedst mulige vis patienten og kommunen på en udskrivelse? Hvornår er det bedst for patienten at blive udskrevet? Hvordan skal kommunernes tilgængelighed se ud i et akutsystem, som er i gang 24/7 fx tilgængelighed til akutpladser, rehabiliteringsindsats, hjælpemidler mv.? Hvordan spiller de praktise-

rende læger ind? Skal der ske noget ift. kompetenceudvikling?

- **Ældre patienter.** Antallet af ældre patienter vil stige de kommende år. Således anslås det, at 25 % af befolkningen vil være over 65 år i 2042 (i 2010 udgjorde de 16 %) (HHDD:2013) En gruppe af ældre patienter har ofte mange kontakter til både hospital, kommune og praktiserende læge, da andelen af borgere med flere samtidige sygdomme, nedsat funktionsniveau, samt borgere, der får meget forskelligt medicin mv. øges med stigende alder. Samtidigt viser en analyse fra KORA, at hospitaler og praktiserende læger er i kontakt med en stor del af de ældre, og derfor kan spille en hovedrolle, når det gælder tidlig opsporing og patientrettet forebyggelse. Særligt på ældre området er samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis blevet styrket og udbygget. Det er vigtigt at fastholde dette. Vi må dog på samme tid konkludere, at der fortsat er akutte indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere, der kan forebygges.



(KORA, De fælles ældre, 2014)

- **Borgere med kroniske sygdomme og borgere med mange sygdomme på en gang.** Sundhedsvæsenets aktiviteter drejer sig i stigende grad om at opspore, behandle og rehabilitere borgere med kronisk sygdom samt at forebygge, at nye tilfælde af kronisk sygdom opstår. Det er ikke blot praksissektoren og hospitalerne, der tager sig af mennesker med kronisk sygdom. Siden opgave- og strukturreformen i 2007 er tilbud til kronisk syge blevet en fast del af alle kommuners sundhedsindsats, ligesom forebyggelse af kroniske sygdomme udgør en væsentlig del af kommunernes generelle forebyggelsesarbejde. På trods af de kroniske sygdommes indbyrdes forskellighed med hensyn til årsag, sygdomsforløb og behandling, er der ofte visse fællestræk med hensyn til sygdommenes konsekvenser for de mennesker, der rammes. For eksempel kan den lange varighed betyde, at behandlingsforløbet bliver usammenhængende og dårligt koordineret, eller at mennesker i den erhvervsaktive alder mister tilknytningen til arbejdslivet i en periode eller permanent. Nogle af udfordringerne for den syge og dennes familie og for det omgivende samfund er derfor ens for en række kroniske sygdomme.
- **Børne-området:** Vi ved at gode sundhedsvaner dannes tidligt i et menneskes liv. Allerede i fosterstadiet kan der ske ting, der får afgørende betydning for et barns udvikling. Fx. kan den gravides forbrug af alkohol samt rygning have alvorlige konsekvenser for det ufødte barn. Denne risikoadfærd har ofte sammenhæng til familiens sociale situation. Det nyfødte barn har ligeledes behov for gode og trygge rammer for at få en god start på livet. Her er det vigtigt, at der sker en tæt og koordineret indsats mellem fødestedet, almen praksis og den kommunale sundhedspleje for at understøtte den nye familie.

Forebyggelsesindsatsen er central for at sikre, at børn får et godt og sundt barneliv, og at de senere som voksne ikke får et liv præget af en dårlig sundhedstilstand med kroniske sygdomme og ringe livskvalitet. Et vigtigt indsatsområde i denne sammenhæng er bekæmpelse af overvægt blandt skolebørn.

Multisygdom

Mere end halvdelen af de kronisk syge i Region Midtjylland lider af flere kroniske sygdomme. 39 % af den voksne befolkning i Region Midtjylland lider af multisygdom (2 eller flere samtidige sygdomme), mens hver tiende lider af fire eller flere kroniske sygdomme. Ifølge Hvordan har du det undersøgelsen 2013 er der sket en stigning i forekomsten af multisygdom fra 2006 til 2013.

Overvægt og livsstilssygdomme

Langt over halvdelen af de personer, der er overvægtige som børn, bliver også overvægtige som voksne. Vi ved at overvægt er forbundet med en markant øget risiko for at udvikle livsstilssygdomme senere i livet, og at børn med overvægt ofte har lavere livskvalitet end børn med normal vægt (Sunder liv for alle 2014).

En effektiv indsats for det syge barn og dets familie kræver et tæt samarbejde og involvering mellem mange aktører – blandt andet mel-

lem skolen, den sociale indsats, sundhedsplejerske, hospital og praktiserende læger. Udgangspunktet må være altid at have barnet og familiens behov og ønsker for øje. Vi ved, at det kan være en stor belastning for en familie at have et sygt barn indlagt på hospitalet. Der er derfor gode perspektiver i at udvikle mulighederne for at blive behandlet i eget hjem, så længe det er sundheds-fagligt forsvarligt.

- **Udsatte borgere** er indbyrdes forskellige, men har en række fælles-træk: De er uden for arbejdsmarkedet, har lav indkomst og ingen eller kort uddannelse. Det har konsekvenser for helbredet, da de store folkesygdomme i højere grad findes hos socialt udsatte grupper end hos gennemsnitsbefolkningen. Dette gælder ikke mindst for personer uden for arbejdsmarkedet. De har ofte kun en kort eller ingen uddannelse, bliver ramt af sygdom og risikerer at ryge ind i en ond cirkel. Det kræver en effektiv indsats at bryde.

Eksempel på målrettet indsats mod socialt udsatte

På Aarhus Universitetshospital gennemføres et pilotprojekt med socialsygeplejersker på hospitalet, som fungerer som bindeled mellem indlagte patienter med misbrugsproblemer og det øvrige sundhedsfaglige personale på hospitalet samt samarbejdspartnere i psykiatrien, kommunen og almen praksis.

- **Rygning og alkohol:** Vi ved, at 60-70 % af den sociale ulighed i dødeligheden kan henføres til rygning og alkohol (Sundere liv for alle:2014). Således dør storrygere 8-10 år før en, der aldrig har røget og personer med et stort alkoholforbrug dør i gennemsnit 4-5 år tidligere end personer, der ikke har et stort forbrug samtidig med, at de ofte har færre gode leveår. Andelen af dagligrygere blandt voksne borgere er faldet fra 22 % i 2010 til 18 % i 2013 (HHDD:2013). Trods fald er rygning stadig det enkeltområde, der har størst betydning for middellevetiden – f.eks. er 40 % af personer med KOL daglig rygere. 7 % af de voksne borgere i Region Midtjylland har et højrisikoforbrug af alkohol (HHDD 2013)

Tabte leveår vs. tabte "gode" leveår

De sygdomme, vi dør af, er ikke de samme som dem, der giver os et dårligt liv. Hjerte-karsygdomme, lungekræft og slagtilfælde forårsager flest tabte leveår. Men billedet er anderledes, når fokus er på tabte raske leveår, hvor borgerne kan leve et aktivt liv og være til rådighed for arbejdsmarkedet. Her dominerer psykiske lidelser og lidelser i bevægeapparatet. Det viser en ny analyse af årsagerne til tidlig død (tabte leveår) og tabte raske leveår. Det kan betyde, at tilgangen til forebyggelse skal ændres, så den både fokuserer på at opretholde et aktivt liv og på at leve længst muligt. Forsker peger på, at de tabte raske år har en social slagside. (Regio, 3 marts 2014)

-
- **IT- og digitale arbejdsgange** skal understøtte kvalitet og sammenhæng i patientbehandlingen. Der er store potentialer i at udbygge samarbejdet om it- og digitale arbejdsgange og derved understøtte et effektivt og sammenhængende forløb. Vi har særlige udfordringer på det psykiatriske område, hvor der i dag kun er meget lidt digital kommunikation mellem regionspsykiatrien og kommunerne. Der er endvidere et stort potentiale i udbygning af fælles telemedicinske løsninger. Eksempelvis udbygning af videokonsultationer, hvor patient samt medarbejdere fra fx almen praksis, kommune og hospital kan deltage online, men også i forbindelse med eksempelvis lægefaglig back up til kommunale akutindsatser. Der er i dag igangsat pilotprojekter, der afprøver telemedicinske løsninger, der skal understøtte borgerens egenmestring fx projektet 'Horsens på forkant' og vi skal trække på disse erfaringer i det videre arbejde.

Essentiel elektronisk kommunikation – stort potentiale

Medcom-standarder anvendes kun i forhold til ca. 15% af regionspsykiatriens patienter. Hvordan sikrer vi, at regionspsykiatrien og kommunernes social- og beskæftigelsesforvaltninger kan kommunikere elektronisk om de resterende 85%?

Er der områder, der skal opprioriteres i aftaleperioden? Og i så fald - hvilke?

Fra små projekter til stor skala

Vi er rigtig gode til at udvikle og afprøve mindre projekter. Vi er knap så gode til i samarbejde at skalere og udbrede de løsninger, der giver de bedste resultater.

- *Skal opskalering og udbredelse af 'det der virker' være et selvstændigt mål for Sundhedskoordinationsudvalget?*