

"Lighed i Sundhed":

- første afrapportering fra klyngerne maj 2017



Dato 28-04-2017

Randi Nedergaard-Hansen

Tel. +4540242674

1-30-72-228-12

Side 1

I forlængelse af det prioriterede tema om mere social lighed i sundhed godkendte Sundhedskoordinationsudvalget den 29. september 2016 et opdragspapir til klyngerne for det videre arbejde.

Klyngerne fik til opgave at udvikle og afprøve indsatser, der kan skabe mere lighed i sundhed. Opdragspapiret blev fremsendt til klyngerne den 3. oktober 2016.

Som det fremgår af opdragspapiret skal Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget behandle en første afrapportering fra klyngerne i foråret 2017.

Klyngerne har afgivet nedenstående oplysninger om indsatser og beskrevet disse ud fra følgende:

- Hvad er problemet?
- Hvem er målgruppen/populationen?
- Hvad kan vi gøre ved det?
- Hvad vil vi gerne opnå?
- Hvordan dokumenterer vi vores resultater?

Horsensklyngen

I Horsensklyngen blev indsatserne på området mere social lighed i sundhed drøftet på møde i Klyngestyregruppen d. 19.1.2017.

Klyngen arbejder med lighed i sundhed på følgende områder:

Rygning:

Formålet er at udvide det igangværende implementeringsprojekt om anvendelse af elektronisk henvisning samt ensretning af arbejdsgange på rygestopområdet til også at inddrage almen praksis.

Det er desuden ønskeligt, at der tilvejebringes data med henblik på at vurdere om indsatser på rygestopområdet virker i forhold til at mindske ulighed i sundhed.

Alkohol:

Der afholdes "Strategisk værksted" i efteråret 2017. Det er besluttet, at emnet for dagen bliver alkohol.

Det skal afklares om livsstil og misbrug skal medtages som indfaldsvinkler, samt hvilken afgrænsning af grupper, der eventuelt skal være for at komme i dybden med indsatser.

Det kan eventuelt overvejes at inddrage sundhedskoordinatorerne fra regionen, der sidder med i kommunernes rehabiliteringsteams i forberedelsen af værkstedsdagen.

Det er forhåbningen, at de gode erfaringer fra implementering af elektronisk henvisning samt ensartede arbejdsgange og tilbud i kommunerne også kan fungere på alkoholområdet på tværs af sektorer.

Tilrettelæggelsen af "Strategisk Værksted" varetages af formandsskabet.

Vestklyngen

På baggrund af Sundhedskoordinationsudvalgets opdragspapir den 30. september 2016, har klyngestyregruppen i Vestklyngen drøftet kommende indsatser rettet mod afgrænsede målgrupper.

Vestklyngen har valgt at tage udgangspunkt i eksisterende, gode erfaringer på området.

Vestklyngens nuværende indsats er "forstærket indsats overfor storrygere i Vestklyngen".

Rygning er den adfærd og risikofaktor, som bidrager mest til sygdomsbyrden – og mest til den sociale ulighed i sundhed – i Danmark.

Den sociale ulighed i sundhed kan, ifølge Sundhedsstyrelsen, omtrent halveres, hvis antallet af rygere blandt lavt uddannede var på samme lave niveau som blandt højt- og mellemlangt uddannede. 60 – 70 % af den sociale ulighed i sundhed kan henføres til rygning og alkohol.

I Vestklyngen ryger 27 % af de lavt uddannede voksne borgere (25 – 79 år) dagligt, mens tallet for de mellemuddannede er 19 % og for højt uddannede 11 %.

Projektet "Forstærket indsats over for storrygere i Vestklyngen" er et treårigt projekt (2015-2017), med deltagelse af alle seks kommuner og Hospitalsenheden Vest. Almen praksis er på nuværende tidspunkt på vej ind i projektet.

Projektet har haft gode resultater – således er 46 % af deltagerne i rygestopforløbet fortsat røgfri efter 6 måneder. Til sammenligning oplyser Rygestopbasen, at 37 % af deltagerne i rygestopforløb i Danmark er røgfri efter seks måneder.

Kommunerne har i forbindelse med fastlæggelsen af indsatsen understreget, at man har nærværende strategiske mål som højt prioriteret indsats, men at det er en indsats, som økonomisk skal prioriteres i konkurrence med andre prioriterede mål. Kommunerne vil derfor afdække mulighederne for at finde økonomiske midler til rygestopforløbene, gerne som vi kender dem i dag, men det kan for den enkelte kommune blive nødvendigt at justeringer i indholdet.

Midtklyngen

Større individualisering omkring hjerterehabiliteringen.

Det har vist sig at være muligt at implementere de tværsektorielle hjerterehabiliteringsforløb med en høj deltagelse i langt hovedparten af de 19 kommuner.

Dette giver den enkelte borger mulighed for at få et sundhedsnært tilbud - et tilbud på patientens præmisser, men vi ved meget lidt om det at træne tættere på eget hjem har gjort, at den enkelte borger kommer hurtigere i arbejde igen.

Når den enkelte borger bliver udskrevet efter en indlæggelse på hjerteafdelingen er det varierende om den enkelte borger får oplyst, hvor længe vedkommende skal være sygemeldt. Det er endvidere uklart om der altid bliver taget stilling til det? Og i givet fald på hvilket grundlag? Facts eller følelser?

Borgerne kommer sig i forskelligt tempo. Nogle borgere vil kunne starte hurtigt i arbejde igen enten direkte i den vanlige arbejdsfunktion eller efter en periode i anden funktion på arbejdet. Andre borgere vil have behov for en længere sygemelding alt afhængig af eksempelvis omfanget af den hjerteoperation de har været igennem og hvordan operationen er forløbet.

Der er dog næppe tvivl om, at det vægter tungt, hvad der bliver sagt vedr. sygemeldingens varighed fra hjerteafdelingens side. Det er hypotesen, at ved at have fokus på en større grad af individuel sygemelding og varighed af denne, der vil der samlet set være flere borgere, der hurtigt kommer i arbejde igen.

For at det kan lykkes, skal arbejdsmarkedet være fleksibelt. Kommunens arbejdsmarkedsområde skal derfor hjælpe til med at forberede og gøre det muligt for personen, der er i hjerterehabilitering at kunne deltage i genoptræning - også selvom det betyder, at borgeren skal forlade sit arbejde nogle timer om ugen i de 12 uger den fysiske del af hjerterehabiliteringsforløbet varer. Derved kan borgeren komme tidligere på arbejdsmarkedet efter en sygemelding, og samtidig modtage genoptræning.

Det kan være, at sagsbehandleren i kommunens arbejdsmarkedsområde skal hjælpe den enkelte virksomhed med at få øje på nye muligheder for borgeren. Borgeren kan måske ikke løf-

te tunge ting, men kan lave f.eks. skrivebordsarbejde. Det vil sige, at den individuelle sygemelding er en form for funktionssygemelding.

Det vurderes endvidere vigtigt, at borgerens sagsbehandler ved udskrivelsen griber bolden. Forud for udskrivelsen er borgeren blevet vurderet af en fysioterapeut.

Målgruppen er de borgere, der udskrives fra Hjertemedicinsk Afdeling i Viborg eller Silkeborg efter at have været:

- behandlet med en stent, eller
- er opereret med udskiftning af en eller flere hjerteklapper, eller
- er blevet bypass opereret eller
- har fået konstateret hjertesvigt.

Det er disse borgere, der er omfattet af Forløbsprogrammet vedr. Hjerterehabilitering.

Dokumentation og målbarhed er vigtigt. I gruppen ved man, at der foreligger god dokumentation på arbejdsmarkedsområdet.

Derved kan man følge en population før og efter, og ud fra en baseline sætte mål for indsatsen. Endvidere vil man undersøge muligheden for at se på omkostningerne til sygedagpenge og kontanthjælp for ovennævnte gruppe i årene henholdsvis 2015 og 2016, og se på om der sker en reduktion i disse ydelser når projektet med større fokusering på genoptagelse af arbejdet træder i kraft. Endvidere kunne det være interessant at belyse nogle bløde værdier:

- Hvad betyder det for den enkelte borger at komme tilbage til arbejdet?
- Hvad betyder det for den enkelte arbejdsplads, at borgeren kommer tidligere tilbage?

IPS-metoden (Individual placement and support)

IPS-metoden – eller på dansk "individuel planlagt job med støtte" er en beskæftigelsesindsats, der er målrettet mennesker med svære sindslidelser. Metoden tager udgangspunkt i personens erfaringer og kompetencer. Metoden læner sig tæt op ad tankerne om empowerment og mestring af eget liv. Grundideen er, at man sagtens kan få det bedre mens man er i gang med job og uddannelse.

Målgruppen er således borgere, der har berøring med kommunens arbejdsmarkedsområde og psykiatrien.

I IPS-metoden tager man som ovenfor anført udgangspunkt i borgerens motivation og ønsker for at nå målet om arbejde. Metoden er hurtig jobplacering og derefter træning og så jobplacering. Arbejde er på dagsordenen allerede tidligt i et IPS-forløb.

I samarbejde med borgeren og borgerens netværk er målet effektivt og hurtigt at (gen)skabe tilknytning til arbejdsmarkedet.

IPS forudsætter et tæt samarbejde mellem borgeren, jobcentret, den psykiatriske afdeling og arbejdsmarkedet. Jobåbningen findes først, og dernæst sættes ind med den målrettede støtte, træning og efteruddannelse, som borgeren har brug for til netop dette job.

Dokumentation er vigtig. I gruppen ved man, at der foreligger god dokumentation på arbejds-markedsområdet. Derved kan man følge en population før og efter, og ud fra en baseline sætte mål for indsatsen.

Randersklyngen

Lighed i sundhed kræver ulige indsatser

- det 10. projekt under sundhedsstrategisk ledelse i Randersklyngen.

Identifikation af problem:

Udsatte og sårbare mennesker dør 22 år tidligere end den øvrige befolkning. Misbrug, dårlige adgang til sundhedsvæsenet og manglende egenomsorg betyder, at rusmiddelafhængige ikke profiterer af sundhedsvæsenets mange behandlingsindsatser (Udsatte, 2014).

Baggrunden for indsatsen

Sundhedsstyrelsen skønner, at 860.000 danskere drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse. Det estimeres, at 140.000 danskere er afhængige af alkohol. Ca. 10 % af de, der har problemer med alkohol, er i kontakt med alkoholbehandlingen. I 2010 var alkohol årsag til 3900 dødsfald.

Det har hidtil været skønnet, at der er 33.000 stofmisbrugere i Danmark. Af disse er 11.000 alene afhængige af hash. Mange har dog et blandingsmisbrug af flere forskellige illegale rusmidler (Sundhedsstyrelsen, Narkotikasituationen i Danmark 2015 – Nationale data, 2015). Tallet er ikke blevet justeret i flere år og andelen af de, der er afhængige af hash, er angiveligt langt større.

Det vurderes, at det sundhedsfaglige personale generelt med de redskaber de har til rådighed, har svært ved at opspore indlagte med overforbrug af alkohol eller stoffer. Der kan være mange barrierer og årsager hertil, herunder manglende redskaber til at spørge ind til et tabubelagt emne.

På baggrund af ovenstående sammenholdt med erfaringer fra hospitalet og rusmiddelcentrene i klyngen har vi konstateret, at der er behov for at finde nye veje til at skabe mere lighed i sundhed for borgere med rusmiddelproblematikker.

Målgruppen

”Voksne med rusmiddelproblemer samt sociale, psykiske og kognitive vanskeligheder, der har behov for særlige indsatser, for at modtage sundheds- og sociale tilbud.”

Sårbare mennesker med et overforbrug af rusmidler figurerer ikke direkte i opgørelserne for indlæggelser og genindlæggelser.

Årsagen hertil er blandt andet, at patienter ikke indskrives på hospitalet med diagnosen ”afhængighed”. Oftest viser det sig først i løbet af indlæggelsen, at personalet får mistanke om,

at der kan være et rusmiddelproblem. Derfor har det ikke været muligt at genere valide tal på de i målgruppen, der har kontakt til hospitalet.

Derudover antages det, at der er et relativt stort mørketal af mennesker i målgruppen, som ikke registreres eller hjælpes i vores regi. Disse antagelser understøttes af audits foretaget på genindlæggelser, som viser, at en del af indlæggelserne skyldes et overforbrug af rusmidler. Et estimat af målgruppens størrelse måtte estimeres på anden vis.

Målgruppens omfang blev etableret ved, at sammenholde indlæggelsestal, audit på genindlæggelser, samt mængden af abstinenssænkende medicin anvendt. Herved blev det estimeret, hvor mange der indlægges med et kendt alkoholoverforbrug. Fra januar til primo november 2016 er 492 mennesker indlagt 640 gange med diagnosen alkoholintoksikation, skadelig brug af alkohol og alkoholfafhængighedssyndrom. Dette svarer til ca. to indlæggelser dagligt. Disse tal er alene på baggrund af indlæggelser med kendte alkohol overforbrug og indbefatter ikke andre rusmidler.

Det antages derfor, at antallet af indlæggelser med baggrund i alkohol eller stoffer, er væsentlig større end 2 personer dagligt. Årsagen er, at patienten ofte vil få en tildelt diagnose, hvor rusmiddelforbruget ikke indgår.

Hvad kan vi gøre ved det?

Dette pilotprojekt er afgrænset til at fokusere på samarbejdet mellem det somatiske hospital, Akutmodtagelsen, Medicinsk Sengeafsnit 3 (på Regionshospital Randers) og rusmiddelcentre i Randersklyngen. Leverancerne herunder er beskrevet hver for sig for overskuelighedens skyld, men skal ses som en helhed. Pilotprojektet løber fra maj 2017- april 2018.

- Leverance 1: Fremskudt behandling fra rusmiddelcenteret
- Leverance 2: Planlagt abstinensbehandling under indlæggelse
- Leverance 3: Udskrivelseskoordinator med socialfaglig indsats
- Leverance 4: Implementering af Den Motiverende Samtale (MI)
- Leverance 5: Indgange til samarbejdspartnere i kommunerne

Leverance 1 - Fremskudt behandling fra rusmiddelcenteret

1. maj starter en behandler med den særlige funktion at vurdere og motivere patienter indlagt i Akutafdelingen og Medicinske Sengeafsnit 3 til forandring af patienternes rusmiddelforbrug.

Behandleren anvender metoden Den Motiverende Samtale (MI), der er en evidensbaseret.

Formålet er, at støtte patienter med svære rusmiddelproblemer til at gennemfører behandling, og derudover arbejde med tidlig opsporing af patienter med rusmiddelproblemer på sygehuset.

Det opleves, at mange andre sygdomme i sundhedsvæsenet overskygger rusmiddelproblemer. Årsagerne hertil er mange, herunder manglende redskaber til samtale og dialog om rusmiddelbrug samt tabu.

Behandleren, der også er uddannet sygeplejerske, samarbejder med alle Randersklyngens rusmiddelcentre og på Medicinsk Sengeafsnit 3 samt Akutafdelingen for også at sikre bedre brobygning imellem sektorovergangene.

Leverance 2 - Planlagt abstinensbehandling på medicinsk sengeafsnit.

Planlagt abstinensbehandling er en ny indsats, der har til formål at støtte den sårbare patient, så de modtager den rette behandling på et tidspunkt, hvor de er motiverede.

Erfaringer fra hospitalet viser, at målgruppen i høj grad udskrives sig selv og ofte genindlægges. Endvidere tyder erfaringerne på, at en af årsagerne til, at patienten forlader hospitalet skyldes, at de ikke er blevet abstinensbehandlet.

Det er nødvendigt at forstå, at det ikke altid er muligt at give borgere en tilstrækkelig dosis abstinensmedicin ambulant i kommunens rusmiddelcentre, hvorfor en indlæggelse kan være nødvendig.

Timing for en planlagt indlæggelse er afhængig af en borgers motivation for behandling, hvorfor den optimalt sker indenfor en uge. Af denne årsag er det essentielt, at en indlæggelse skal kunne koordineres i et tæt samarbejde imellem rusmiddelcentrenes sygeplejerske, praksislægen og hospitalet.

Den visiterende sygeplejerske på rusmiddelcenteret kontakter Medicinsk Sengeafsnit 3 på Regionshospitalet Randers for, at sikre den sårbare patient får tilstrækkelig behandling, hvilket bør ske ved en planlagt indlæggelse. Abstinensbehandling udføres svarende til den pågældende retningslinje. Anden relevant somatisk udredning og behandling iværksættes sideløbende.

Når patienten er stabiliseret og abstinensbehandlingen kan overtages af rusmiddelcenteret lokalt, kontaktes rusmiddelcenteret i kommunen for at etablere det videre ambulante forløb i kommunen.

Leverance 3 – Udskrivelseskoordinator med socialfaglig indsats

En af udfordringerne i vores nuværende sundhedssystem er, at medarbejdere på tværs af sektorgrens kan have svært ved at gennemskue, hvilke tilbud, der findes i henholdsvis kommunalt og regionalt regi. Dette kan være medvirkende til, at den sårbare patient ikke bliver henvist til de tilbud, der findes, og som potentielt ville kunne gavne dem.

På hospitalet kommer der udskrivelseskoordinatorer fra alle samarbejdende kommuner, som visiterer efter Servicelovens § 83 personlig og praktisk hjælp og § 112 hjælpemidler.

Det opleves, at patienter med sociale problemer har brug for opfølgning, som er mere omfattende end disse paragraffer.

Udskrivelseskoordinatorerne fra Syddjurs Kommune får en form for krydsfunktion med kendskab til både sundheds- og sociale tilbud i kommunen de repræsenterer. Formålet er, at skabe bedre sammenhængende patientforløb.

Tanken er, at udskrivelseskoordinatoren arbejder tæt sammen med personalet på afdelingen og har kontakten til de socialfaglige indsatser i kommunen.

Den fremskudte behandler og udskrivelseskoordinatoren koordinerer indsatser, der støtter op om den sårbare patient.

Evaluering af udskrivelseskoordinator med socialfaglig indsats

Der registreres antal henvendelse og henvendelsesårsag via udskrivelseskoordinator over 3, 6 og 12 måneder. Endvidere registreres der hvilke tilbud, der visiteres til med baggrund i udskrivelseskoordinatorens henvendelser. Udskrivelseskoordinator registrerer henvendelse fra hospital om sociale kommunale tilbud.

Leverance 4 - Skabelse af en tillidsfuld relation med Den Motiverende samtale (MI)

I regi af Læringscenteret på Regionshospitalet Randers iværksættes et læringsforløb i Den Motiverende Samtale.

20 sygeplejersker og 10 læger på tværs af Akutmodtagelsen og Medicinsk Sengeafsnit 3 undervises i anvendelse af Den Motiverende Samtale. Formålet er, at læger og sygeplejersker med dette redskab skal styrkes i at identificere og motivere personer med et overforbrug af rusmidler.

Erfaringer og undersøgelser peger på, at patienter, der har et overforbrug ikke bliver talt med på en tilstrækkelig anerkendende måde. Det er sandsynligt, at patienter kan have abstinenser, som ikke bliver behandlet, hvilket kan resultere i, at patienterne afbryder behandlingen og forlader afdelingen. Den Motiverende Samtale skal bidrage til, at identificere patienterne og fastholde dem i behandlingsforløbet.

Ved implementering af Den Motiverende Samtale forventes det, at sygeplejersker og læger opnår kompetencer i MI orienteret samtaleteknik og derved sikres den korrekte og nødvendige behandling til patienterne.

Metoden har vist sig særlig virksom ved samtaler om ændring af livsstil f.eks. ved samtaler om rygestop, alkoholoverforbrug, stofmisbrug mv. Metoden bygger på patientens ønsker, mål og værdier via et udforskende og ligeværdigt samarbejde baseret på medfølelse, autonomi, accept, respekt og anerkendelse.

Leverance 5 - Indgange til samarbejdspartnere i kommunerne

Der findes en række forskellige tilbud til den sårbare borger/patient i Randersklyngens kommuner.

Det kan imidlertid være en udfordring at finde ud af hvilke tilbud, der udbydes hvor og hvad tilbuddet indebærer.

I den forbindelse udarbejdes et tilbudskort med kontaktoplysninger til konkrete tilbud, som medarbejdere og borgere kan ringe til efter behov. Tilbudskortet er etableret velvidende at meget af informationen allerede findes på www.Sundhed.dk.

Faktum er dog, at personalet i en travl situation ikke altid har mulighed for at tjekke hjemmesiden for tilbud, når en konkret patient behøver hjælp.

Hvad ønsker vi at opnå

Med projektet ønsker vi at skabe mere lighed i sundhed for mennesker med rusmiddelproblemer ved at skabe tiltag, der passer bedre til målgruppen end, hvad der i dag tilbydes.

Dokumentation og evaluering

Hver enkelt af de fem leverancer evalueres individuelt med det formål at undersøge om indsatsen virker, men også med henblik på tilpasning og på at undersøge potentialet for at gøre indsatsen permanent.

Overordnet set evalueres leverancerne samlet ved hjælp af Triple Aim jf. Sundhedsaftalen for Region Midtjylland (Sundhedsaftalen.dk, 2016).

Eksempler på effektmål:

- Borgerens/patientens sundhedstilstand (helbredsrelateret livskvalitet)
- Klinisk og brugeroplevet kvalitet (genindlæggelser, målrettet spørgeskema)
- Omkostninger pr. capita (udgifter til indlæggelser og medfinansiering)

Der dokumenteres i hospitalets EPJ, i kommunernes journaliseringssystem "Bosted". Endvidere trækkes data fra de kommunale og regionale databaser.

Århusklyngen

Afreportering fra Aarhus-klyngen

Hvad er problemet, hvem er målgruppen/populationen?

Aarhus-klyngen har på forskellig vis arbejdet på at reducere social ulighed i sundhed over det seneste 1½ - 2 år.

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation "*Sygdomsbyrden i Danmark*" fra efteråret 2015 besluttede Direktørforum i Aarhus-klyngen at arbejde med 3 spor/målgrupper:

- Forebyggelse af rygestart og KOL - Støtte til rygestop - Støtte til livet med KOL
- Forebyggelse af overvægt og livsstilsrelateret diabetes - Støtte til livet med diabetes
- Angst – med fokus på forebyggelse og trivsel

Sundhedsstyrelsens publikation omfatter data og beskrivelse af udfordringer vedr. 21 diagnoser, hvoraf der er "social slagside" ved 19 af dem. Det gælder også for de 3 spor, som Aarhus-klyngen har valgt at arbejde videre med.

De tre spor er valgt ud fra en vurdering af, hvor vi i Aarhusklyngen tilsammen har store udfordringer – økonomisk, socialt og behandlingsmæssigt og der, hvor vi ved, der er stor social ulighed i sundhed. Det er samtidigt områder, hvorpå der er politisk bevågenhed.

De tre spor er oplagte for samspil og synergi mellem aktørerne i Direktørforum. De tre spor skal ses i et livsperspektiv. Ikke i et diagnose-perspektiv. Det er det levede liv, der er i fokus.

Aarhus-klyngen har udarbejdet datapakker vedr. hvert af de 3 spor. Datapakkerne omfatter et 0-100 års perspektiv, herunder et familieperspektiv. Der er fokus dels på at forebygge udvikling af sygdomme (knække kurven) og dels på at optimere borgerforløbene ved tættere samspil mellem aktørerne i Aarhus-klyngen og differentierede indsatser for at sikre lige adgang til

tilbuddene. Datapakkerne er sammensat af data fra forskellige datakilder – både regionale og kommunale, herunder data fra sundhedsprofilen "Hvordan har du det?"

I maj 2016 afholdt Aarhus-klyngen et udviklingsdøgn (12-12 møde) med ca. 40 deltagere. Emnet for udviklingsdøgnet var "ulighed i sundhed" med fokus på de 3 spor (KOL, diabetes, angst), og var dermed startskuddet på et målrettet arbejde, som skal medvirke til, at der bliver arbejdet i samme retning og ud fra de samme overordnede mål.

Herudover blev der i oktober 2016 afholdt et fælles tværsektorielt ledertræf med overskriften "social ulighed i sundhed". Knap 500 ledere fra Aarhus Kommune (flere magistratsafdelinger) og Aarhus Universitetshospital (somatik og psykiatri) deltog.

Aarhus-klyngen har under klyngestyregruppen (Direktørforum) nedsat 2 styregrupper:

- Styregruppen for børn, unge og familien
- Styregruppen for samarbejdet om den voksne borger/patient.

Begge styregrupper arbejder nu målrettet med at folde de 3 spor ud.

Det sker bl.a. ved:

- At gennemgå de eksisterende forløbsprogrammer for henholdsvis KOL og diabetes med "social ulighed i sundhed-briller" på
- At klarlægge om der er behov for yderligere at differentiere indsatser indenfor de 3 spor
- At have fokus på hvordan der kommunikeres om de forskellige tilbud, og målrette/udvikle kommunikationen endnu bedre
- At arbejde i et familieperspektiv – idet forebyggelse af overvægt hos børn bl.a. kræver, at vi har fat om hele familien
- At have et særligt forebyggelsesfokus i bl.a. unge-gruppen, da vi kan se, at der er mange unge på ungdomsuddannelserne, som starter med at ryge (særligt erhvervsskolerne).

Herudover har Aarhus-klyngen i perioden juli 2016 – juli 2017 afsat midler til Borger Design Aarhus' arbejde med særligt fokus på psykisk sårbare unge voksne. Med Borger Design Aarhus er der opnået stor viden om denne målgruppe. Samtidigt har det medvirket til udvikling af en særlig metode for borgerinddragelse, som kan bruges i mange andre sammenhænge.

Hvad vil vi gerne opnå?

De 2 styregrupper nedsat af Direktørforum skal efter sommerferien give en status på deres arbejde bl.a. i forhold til, hvilket fokus/mål, der er med de forskellige områder/indsatser, der arbejdes med indenfor hvert af de 3 spor. Der skal også ske en afrapportering af hvordan, der skal dokumenteres en effekt.

Der arbejdes målrettet med populationsdata og med både kortsigtende og mere langsigtede mål.

Aarhus-klyngen har ikke valgt et bestemt emne/en bestemt indsats, som skal være det/den, der arbejdes med for at reducere ulighed i sundhed.

Aarhus-klyngen har valgt, at "reducere ulighed i sundhed" ligger som en overordnet og integreret opgave og som et overordnet mål.

Der arbejdes i Aarhus-klyngen med mål på alle niveauer: Strategisk, operationelt og i indsatserne.