

Debatoplæg



Vision om fælles sundhed

Sundhedskoordinationsudvalget
Region Syddanmark og de 22 kommuner



Hvorfor en vision om fælles sundhed?

Hvad skal Region Syddanmark og kommunerne i regionen være kendt for, når det gælder borgernes sundhed? Hvordan skal borgerne opleve behandling og omsorg i kommuner, sygehuse og lægepraksis? Hvordan fremtidssikrer vi en fælles og sammenhængende indsats med høj kvalitet? Hvordan skal vi rumme det inden for de ressourcer, vi har til rådighed?

Disse spørgsmål ønsker Sundhedskoordinationsudvalget, der er nedsat mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner i regionen, at rejse en debat om.

Udfordringerne er mange

Hver tredje dansker har en kronisk sygdom, og tallet er stigende. Fælles for kronisk syge patienter er, at de har brug for et livslangt behandlingsforløb, og patienter med kroniske sygdomme lægger beslag på 70–80 % af sundhedsvæsenets ressourcer. Kommunerne har store udgifter til personer med kroniske sygdomme i form af sygedagpenge, genoptræning, førtidspensionering og sygepleje.

Sociale og uddannelsesmæssige forskelle slår stærkt igennem på levekår, livsstil og helbred. Folk med kort uddannelse har som regel de mest slidsomme jobs, og de er i størst risiko for at ende i arbejdsløshed – eller helt uden for arbejdsmarkedet. De samme grupper ryger mere, spiser ringere, bevæger sig mindre – og bliver oftere indlagt på sygehus og ender oftere med tidlig pension. Kroniske sygdomme vender den tunge ende nedad, idet de både rammer de kortvarigt uddannede mest og ofte resulterer i, at patienterne bliver ringere stillet socialt.

Borgerne er generelt tilfredse med sygehusene, lægerne og kommunernes social- og sundhedstilbud, men en del borgere giver udtryk for, at der mangler sammenhæng i sundhedstilbuddet, og at kommunikationen mellem de tre parter ikke er tilstrækkelig. Dette er især kritisk for patienter med komplicerede behandlingsforløb og for de langvarigt syge. Befolkningens forventninger til sundhedsvæsenets behandlingsmuligheder og den kommunale service øges, men de rammer for indsatsen, som kommunernes og regionernes økonomi åbner mulighed for, er snævre. En yderligere begrænsning er vanskelighederne med at skaffe kvalificeret arbejdskraft. Der er mange ledige stillinger i dag, og alle prognoser tyder på, at det bliver værre.

Samarbejde om fremtiden er nødvendigt

Regionen og kommunerne har hver sine veldefinerede opgaver på sundhedsområdet. De skal løses, de bliver løst – og de bliver løst endnu bedre i en ånd af fælles forståelse og kendskab til hinanden, med respekt for hinanden, hinandens opgaver og i samarbejde og dialog i dagligdagen.

Men udfordringerne på sundhedsområdet, der er beskrevet ovenfor – og det er kun de vigtigste – er vi fælles om. De er så omfattende og dybtgående, at de kun kan imødegås med en fælles vision samt fælles politikker og strategier, der går på tværs af region og kommuner.

De første skridt hertil er taget med dette debatoplæg, som en række kommunale og regionale politikere har været med til at udforme ved et visionsseminar den 14. april 2009.



Hvordan har borgerne i Syddanmark det? – fakta om folkesundheden

Danskernes middellevetid stiger, og sundheden forbedres hele tiden, men vi halter efter andre vestlige nationer. Faktorer uden for sundhedsvæsenet betyder mest for sundheden, idet livsstil og levekår er de hyppigste årsager til mange sygdomme. En kort status for borgernes sundhed følger her.

Helbred og funktionsevne

79 % af de voksne vurderer, at deres helbred er godt eller virkelig godt, men personer med kort uddannelse har dårligere helbred og mere langvarig sygdom. 40% af de voksne har meget generende gener eller symptomer inden for en tilfældig 14-dages periode – det svarer til ca. 370.000 borgere i Region Syddanmark.

Kronisk sygdom

Ca. 65.000 syddanske borgere har langvarig hjertekarsygdom, og mere end 200.000 borgere i Syddanmark indløser hvert år medicin til hjerte eller kredsløb.

Over 140.000 syddanske borgere har en muskel-skeletlidelse. Det er den sygdom, som er årsag til mest sygefravær, og den er den næsthøypigste årsag til helbredsbedingede førtidspensioner.

Ca. 56.000 borgere i Region Syddanmark har kronisk bronkitis, der ofte er forbundet med KOL. I regionen er der i størrelsesordenen 4.500 indlæggelser årligt med KOL som hoveddiagnose. For langt hovedparten af KOL-patienterne er tobaksrygning årsag til sygdommen.

Omtrent 44.000 borgere i Syddanmark har type II diabetes. Behandlingen af patienter med diabetes udgør mellem 8 og 10 % af de samlede sundhedsudgifter i Danmark.

Livsstil

31 % blandt mænd er rygere og 25 % blandt kvinderne. Mere end 3.000 borgere dør årligt i Region Syddanmark pga. rygning, og 400-500 dør pga. passiv rygning.

Danskere over 14 år indtager i gennemsnit mere end 11 liter ren alkohol, og flere og flere overskrider genstandsgrænserne. Forbruget er størst hos mænd og blandt unge og midaldrende. Et stort forbrug er f.eks. forbundet med arbejdsmæssige problemer, sygemeldinger og psykiske problemer. Alkohol er årsag til ca. 650 dødsfald årligt i Region Syddanmark.

Ca. 30 % af befolkningen følger ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet. Fysisk inaktivitet er årsag til knap 900 dødsfald i Region Syddanmark årligt. En 25-årig fysisk aktiv mand, som vedbliver at være aktiv, kan forvente at leve 5-6 år længere end en tilsvarende inaktiv mand.

Indtaget af frugt og grønt i danskernes kost er stigende, og indholdet af fedt er faldet. Men stadig lever kun 12 % op til anbefalingerne for frugt og grønt, og 22 % for fedt. Antallet af overvægtige og svært overvægtige er stigende. 41 % af voksne danske mænd og 26 % af kvinderne er overvægtige, mens henholdsvis 12 % og 11 % er svært overvægtige.

Uddannelsesniveaue har stor betydning for rygevaner, fysisk aktivitet, kost og overvægt. De mindst uddannede lever mest usundt.

Tallene om Region Syddanmark er anslået ud fra landsdækkende tal.



Vision 1: Sammenhæng i sundhed

Borgeren oplever sammenhæng og fleksibilitet i sundhedsydelserne. Borgeren oplever sundhed som et fælles anliggende for region, kommuner og praksissektor.

Sammenhæng i sundhed betyder, at aktiviteter på sundhedsområdet indrettes med udgangspunkt i borgerens perspektiv under hensyn til den bedste anvendelse af ressourcer og arbejdskraft. Sygehus, kommune og egen læge varetager forskellige sundhedsopgaver, men opgaverne skal afpasses efter hinanden, de skal planlægges samlet, og der skal være en sikker overlevering fra den ene instans til den næste. Målet er, at borgeren skal opleve helhed og sammenhæng på sundhedsområdet generelt og i eget forløb. Sammenhæng i sundhed betyder også, at vi bygger på borgernes egne kompetencer ved aktivt at inddrage dem i tilrettelæggelsen af de sundhedstilbud, de skal have. Vi tager ny teknologi i brug for kvalificeret støtte syge borgers egen håndtering af deres sygdom. Og vi involverer de ressourcer, der ligger i foreninger og frivillige, i aktivt samspil med de offentlige tilbud.

Dilemma

Den enkelte myndigheds rationelle og ressourcebesparende tilrettelæggelse af egen drift – det være sig behandling, pleje, træning eller bistand i hjemmet – tager ikke altid det fornødne hensyn til at skabe helhed og sammenhæng i det samlede tilbud til borgeren og patienten. De snævre driftshensyn tilgodeser heller ikke brugernes behov og ønsker i særlig grad. Tilrettelæggelse af sammenhængende forløb, individuelle hensyn og inddragelse kræver tid og vil i mange tilfælde være uforenelige med de nuværende arbejdsgange – men giver formentlig bedre resultater på længere sigt.

- Hvordan kan vi i størst muligt omfang tage udgangspunkt i borgerens situation og behov for sammenhængende forløb, inden for økonomiske rammer, der kræver rationel drift og hård prioritering af opgaverne?
- Hvordan sikrer vi kvaliteten i det vi gør, uden at måling og overvågning stjæler for meget tid?

Mulige veje

Skal vi

- gå endnu længere i forpligtende samarbejder mellem de tre sektorer, end vi gør i dag?
- skabe rum til inddragelse af borgeren i forløbene?
- sikre en tæt løbende kommunikation om patienterne i hverdagen?
- supplere kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i de enkelte sektorer med kompetenceudvikling i fælles regi?
- sikre evaluering og opfølgning på den daglige praksis og gøre den fælles tilgængelig?
- øge inddragelsen af borgeren i beslutninger om behandling, pleje og træning?
- sætte et målrettet udviklingsarbejde i gang om udnyttelse af velfærdsteknologiske muligheder?



Vision 2: Lighed i sundhed

Vi skaber større lighed i sundhed ved at fokusere på sundere livsstil og målrettede tilbud til de socialt dårligst stillede.

Ulighed i sundhed betyder, at mennesker med kort uddannelse og lav indkomst har en mere risikobetonet sundhedsadfærd og udsigt til færre gode leveår end højtuddannede og velstillede. Får mennesker ens tilbud, bliver resultatet ulighed. For at fremme lighed i sundhed er det nødvendigt at behandle mennesker forskelligt. Derfor målretter vi sundhedsindsatserne mod de, der har behov. Vi vil være opsøgende og differentiere i udbuddet af behandling og andre sundhedsydelse.

Ulighed i sundhed er socialt og kulturelt betinget. Derfor må der tages udgangspunkt i hele menneskets situation. Sundhedsindsatsen må således tilrettelægges på tværs af sektorer og traditionelle organisatoriske skel.

Dilemma

Det kræver differentierede tilbud at nå de mindst ressourcestærke med det største behov for sundhedsydelserne. Differentierede tilbud er mere effektive, fordi de er målrettet målgrupperne. Men er det i orden, at nogle borgere tilgodeses særligt ressourcemæssigt?

- Kan vi forvente, at ressourcestærke borgere selv tager større ansvar for egen sundhed, så ydelserne fokuseres på dem med størst behov?
- Skal vi fokusere på lighed i adgang eller lighed i muligheder?

Mulige veje

Skal vi

- samarbejde mellem sygehuse og kommuner om tilrettelæggelsen af differentierede patientuddannelsesstilbud, så borgerne får de nødvendige ressourcer til selv at tage over?
- skabe rammer for, at eventuelle sundhedsmæssige konsekvenser belyses forud for beslutningstagning inden for alle sektorer?
- bruge fælles sundhedsprofiler aktivt til prioritering af vores indsatser?

Vision 3: Ansvar for sundhed

Borgeren tager et medansvar for egen sundhed. Vi tør stille krav og lægger et venligt men bestemt pres for, at borgeren tager ansvar for egen sundhed.

Ansvar for sundhed betyder, at vi anerkender, at borgerne bedst ved, hvad der giver livskvalitet og mening i tilværelsen, og selv definerer, hvad det sunde liv er for dem. Derfor skal borgeren inddrages, når der sættes mål for behandling og pleje.

Vi tager ansvar for systematisk at skabe de bedste rammer for, at borgeren kan træffe sunde valg. Samtidig skal borgere med en risikobetonet sundhedsadfærd informeres om mulige konsekvenser – for dem selv og deres nærmeste. Vi vil opprioritere forebyggelse og sikre, at ordineret forebyggelse, behandling og træning bliver mere forpligtende.

Dilemma

Risiciene ved usund livsstil er veldokumenterede og velkendte. På trods af den viden er adfærden m.h.t. kost, rygning, alkohol og motion (KRAM) den vigtigste årsag til alvorlig sygdom og for tidlig død hos danskerne.

- Skal det kommunale-regionale sundhedsvæsen forvente, at borgere løfter ansvaret for deres sundhed selv, og undlade at "blande sig" i borgerens private liv?
- Eller skal sundhedsvæsenet – med baggrund i viden om de samfundsmæssige omkostninger af livsstil og sundhedsvaner – forsøge at påvirke borgernes adfærd?
- Hvor tæt kan vi gå på de mennesker, der har behov men ikke er motiveret for ændringer i deres sundhedsadfærd?



Mulige veje

Skal vi

- opprioritere KRAM-området i de kommende år ved, at kommunerne udbygger KRAM-tilbuddene til borgere og patienter, herunder de kronisk syge, og de praktiserende læger og sygehusene indarbejder de kommunale tilbud i deres behandlingsplaner?
- i socialektoren og sundhedsvæsenet skabe rammer for, at brugerne selv tager medansvar for deres behandling, og signalere at forebyggelse er en lige så vigtig del af behandlingen som operation og medicin?
- sætte frivilligheden med hensyn til deltagelse i f.eks. hjerterehabilitering eller rygestop på prøve (i det omfang det kan lade sig gøre under hensyn til landspolitiske rammer)?
- i større grad sammenkæde behandlingen af kronikere med betingelser om sundere levevis og information om konsekvenser af usund livsstil, også med kronikerens familie som målgruppe?
- skabe ny viden om effektive indsatser og tilrettelægge gode forsøg?

Fra vision om fælles sundhed til handling

Med visionen om fælles sundhed vil kommunerne og Region Syddanmark skabe et fælles fundament i det sundhedspolitiske arbejde. Vi har forskellige opgaver at løse, men dette fundament hjælper os til at møde de fælles udfordringer, vi står over for. Debatoplæggets visioner og spørgsmål sendes hen over sommeren til drøftelse og kvalificering i regionen og kommunerne Sundhedskoordinationsudvalget opsamler alle bidrag til debatten. Hvordan kan vi i kommunerne og Region Syddanmark i fællesskab komme videre fra en vision om fælles sundhed til mere konkret handling? Det vil det ny Sundhedskoordinationsudvalg tage stilling til efter dets konstituering. Visionen om fælles sundhed kan fungere som afsæt til en politisk overbygning på næste generation af sundhedsaftaler. Og der kan udarbejdes strategier med mere konkrete målsætninger, f.eks. om it-anvendelse, kvalitetssikring mv.

Sundhedskoordinationsudvalget
Region Syddanmark og de 22 kommuner