

## Mulige indsatsområder og prioriteringer i debatoplæg til næste sundhedsaftale

De brændende platforme de kommende år er til at få øje på, og der er mange emner og indsatser, det kan være relevante at rykke sammen om på tværs af kommuner, region og almen praksis, og dermed at prioritere i den næste sundhedsaftale.

På mødet 10. august 2022 gav Sundhedssamarbejdsudvalget en indledende prioritering af retning i den næste sundhedsaftale fra 2024 og frem. Her lagde udvalget vægt på, at det er vigtigt, at vi i fællesskab prioriterer at samle kræfterne på få udvalgte områder, hvor vi får eksekveret og når i mål med indsatser til gavn for borgerne. Ift. input til mulige temaer nævnte Sundhedssamarbejdsudvalget i den indledende drøftelse 10. august psykiatrien – særligt psykisk sygdom og mistrivsel blandt unge (også under 16 år) – ældre, borgere med kronisk sygdom samt velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling.

Til Sundhedssamarbejdsudvalgets videre drøftelse af, hvilken prioritering udvalget vil pege på i den næste sundhedsaftale, og bringe i spil som forslag i debatoplægget, er nedenfor oplistet følgende mulige indsatsområder:

- Borgere med psykisk sygdom,
- De ældre borgere,
- Borgere med kronisk sygdom,
- Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling,
- Borgere med akut sygdom,
- Forebyggelse – Sundhed og gode leveår for alle

Udover de temaer, som Sundhedssamarbejdsudvalget pegede på 10. august 2022, er akutområdet samt forebyggelse temaer på den sundhedspolitiske dagsorden, som kan have relevans i sundhedsaftaleregiet. Der er overlap mellem indhold i nogle af nedenstående indsatsområder, da der fx er sammenfald mellem indsatsområder om ældre, kronikere og akut sygdom. Samtidig kan bl.a. forebyggelse og digitalisering tænkes ind, som indsatser under flere af de andre indsatsområder.

## Indsatsområde: Borgere med psykisk sygdom

Stadig flere borgere rammes af psykiske lidelser, og vi kan se, at den mentale sundhed er faldende særligt blandt børn og unge. Vi ved, at psykiske lidelser ofte har store konsekvenser både for den enkelte og for dennes pårørende, og i et samfundsperspektiv tegner psykiske lidelser sig for 25 % af den samlede sygdomsbyrde. Samtidig lever mennesker med psykiske lidelser markant kortere liv og med mere somatisk sygdom end resten af befolkningen. Et fortsat fælles fokus på at forbedre og udvikle den nære psykiatri mellem kommuner, region, almen praksis og civilsamfundet er essentielt for at skabe forbedringer på området.

### Mulige prioriteringer kan fx handle om:

- *Børn og unge i/på vej i psykisk mistrivsel:* Det handler om at sætte ind i det helt tidlige forebyggelsesstadium ift. mental sundhed og trivsel og arbejde for at undgå, at børn og unge overhovedet kommer i psykisk mistrivsel. Derudover at sætte fokus på indsatsene til børn og unge, der udviser tegn på psykisk mistrivsel. Målgruppen er i øvrigt i tråd med de nationale politiske prioriteringer i 10-årsplanen for Psykiatrien.
- *Mennesker med svær psykisk sygdom – både børn og unge samt voksne:* Mennesker med svær psykisk sygdom har tilbagevendende behov for støtte og behandling og kommer i berøring med både regionspsykiatrien, egen læge samt flere forskellige kommunale forvaltninger som følge af sin sygdom. Det er derfor vigtigt, at vi sikrer løsninger for denne målgruppe, hvor vi hænger godt sammen på tværs, så borgerne ikke cykler frem og tilbage med risiko for at blive tabt mellem flere stole. Denne målgruppe er i øvrigt i tråd med de nationale politiske prioriteringer i 10-årsplanen for Psykiatrien.

### **FAKTABOKS PSYKIATRI:**

Den faldende mentale sundhed og psykiske sygdomme er en stor udfordring for folkesundheden.

- Et stigende antal børn og unge, herunder op imod en fjerdedel af unge kvinder, oplever dårlig mental sundhed.
- Det antages, at ca. 580.000 mennesker på nuværende tidspunkt har en psykisk lidelse og det skønnes, at ca. 40-50 % af befolkningen i et livsforløb vil få en psykisk lidelse. Blandt børn og unge vil ca. 15 % blive diagnosticeret med en psykisk lidelse inden de fylder 18 år.
- Psykiske lidelser har forskellig sværhedsgrad og nogle er meget alvorlige. De har meget ofte store konsekvenser både for den enkelte og for dennes pårørende, og i et samfundsperspektiv tegner psykiske lidelser sig for 25 % af den samlede sygdomsbyrde
- De samfundsmæssige omkostninger ved psykiske lidelser er massive. Angst er efter diabetes og iskæmisk hjertesygdom den tredje hyppigste sygdom målt i antal nye sygdomstilfælde per år og er årsag til de fleste nye tilkendelser af førtidspension og de største omkostninger til samfundet målt i produktionstab.
- Psykiske lidelser er årsag til ca. 3.500 dødsfald årligt og er således den fjerde hyppigste dødsårsag i Danmark. Mennesker med psykiske lidelser lever markant kortere liv og med mere sygdom end resten af befolkningen. Det gælder især for mennesker med svære psykiske lidelser, som lever op til 15-20 år kortere end baggrundsbefolkningen.
- Den seneste "Hvordan Har Du Det?"-undersøgelse viser generelt, at befolkningen scorer lavere på den generelle mentale sundhed målt på fx selvoplevet mental sundhed, ensomhed, stress, angst, depression osv. Sammenlignet med tidligere undersøgelser.

## Indsatsområde: De ældre borgere

Den demografiske udvikling sætter sundhedsvæsenet under pres. Med alderen følger typisk helbredsgener og øget sygdomsrisiko og dermed ofte et stigende behov for behandling og pleje, og ældre kan være i risiko for øget sygdom og funktionstab i forbindelse med indlæggelse. At rykke sammen om de ældre borgere på tværs af kommune, hospital og almen praksis er derfor essentielt ift. at udvikle et bæredygtigt nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

### Mulige prioriteringer kan fx handle om:

- *Sund aldring og mestring:* Rehabilitering af de ældre, så de holder sig sunde og aktive også sidst i livet og forbliver/bliver selvhjulpne og bevarer funktioner. Og når borgerne begynder at få helbredsudfordringer styrkelse af borgernes egen mestring ift. sygdom samt inddragelse af pårørende og civilsamfund ift. at understøtte, at borgerne bliver/forbliver så selvhjulpne og uafhængige af sundhedsvæsenet som muligt.
- *Sikre sammenhæng i indsatserne:* En stor del af ældre borgere med komplekse behov har brug for hjælp fra både kommune, almen praksis og hospital. Det er derfor vigtigt, at vi sikrer, at vi hænger godt sammen på tværs. Samt at vi har fokus på ikke at lave parallelle indsatser. Omstilling til det nære sundhedsvæsen hvor flere kan blive behandlet i eller tæt på hjemmet – i et samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler - er et hovedtema i sundhedsreformen, og det er i høj grad også relevant for ældre borgere.
- *Tilbud til de med størst behov:* differentiering så sundhedsvæsenets tilbud målrettes behov (fx forebyggende hjemmebesøg pba funktionsniveau fremfor alder).
- *Den rette pleje og behandling – også sidst i livet:* Fokus på at styrke mulighederne for, at den enkelte borgers ønsker for livets afslutning kan efterleves, så unødvendig behandling og indlæggelser forebygges.

#### **FAKTABOKS ÆLDRE:**

På bare ti år ventes antallet af 65+ årige at stige med 215.000 personer (jf. Danmarks Statistik), og gruppen af 80+ årige vil stige eksplosivt, da der i 2030 anslås at være omkring 431.000 mod 282.000 i 2021 46 % af de 80+ årige fik i løbet af 2020 hjælp af både kommune og hospital (126.000 borgere). Med det stigende antal ældre kan det potentielt i 2030 stige til knap 200.000 ældre.

## Indsatsområde: Borgere med kronisk sygdom

Antallet af kroniske sygdomme stiger med alderen, og udviklingen i behandlingsmuligheder gør det muligt at leve længere med en kronisk sygdom. Den demografiske udvikling med flere ældre medfører derfor forventeligt en markant stigning i antallet af borgere med kroniske sygdomme. Der er potentiale i at forebygge, at kronisk sygdom opstår og udvikler sig – både ift. at mindske sygdomsbyrden og undgå forringet livskvalitet og funktionsevne. Når kronisk sygdom er opstået, er der potentiale i at understøtte et godt liv med kronisk sygdom samt undgå forværring.

Borgere med to eller flere samtidige kroniske sygdomme (multisygdom) har ofte regelmæssige kontakter på tværs af kommune, almen praksis og hospital og har derfor særligt brug for koordination og sammenhæng mellem forskellige specialer på hospitaler og på tværs af sektorer. Der er derfor potentiale i at styrke kvalitet, sammenhæng og ensartethed i indsatsen til borgere med kroniske lidelser.

### Mulige prioriteringen kan fx handle om:

- *Tæt samarbejde om de med størst behov:* Vi (almen praksis, kommuner og hospitaler) kan fokusere på et tættere samarbejde om og med de borgere med kronisk sygdom, der har komplekst sygdomsbillede og mange kontakter til sundhedsvæsenet. Det kan fx handle om koordination mellem forskellige specialer på hospitaler, kontroller mv. i almen praksis, adgang til patientrettede forebyggelsestilbud af høj kvalitet i kommunerne og virtuelle hospitalskonsultationer.
- *Understøtte mestring af egen sygdom med let og fleksibel adgang:* Vi kan understøtte den brede gruppe af borgere med kronisk sygdom i at mestre egen sygdom. Det kan fx handle om fx digitale selvbetjeningsløsninger, så borgeren kan foretage hjemmemålinger, digitale konsultationer, patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne mm.

### **FAKTABOKS KRONIKERE:**

I Region Midtjylland har:

- 25 % af borgerne over 16 år én kronisk sygdom, mens næsten dobbelt så mange (46 %) har multisygdom
- Knap hver tredje (31 %) har to til tre kroniske sygdomme
- Knap hver syvende (15 %) har fire eller flere kroniske sygdomme

Kilde: HHDD 2021

En målsætning i sundhedsreformen er, at flere borgere modtager en indsats tæt på eller i eget hjem frem for på sygehusene. Konkret skal antallet af hospitalsforløb per borger samt hospitalsaktivitet per borger med KOL og/eller type 2 diabetes falde.

Som del af sundhedsreformen udarbejdes i 2023 kvalitetspakker for styrkelse af patientrettede forebyggelsestilbud for borgere med kroniske sygdomme.

## Indsatsområde: Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling

Velfærdsteknologi og digitale løsninger er et vigtigt element i omstillingen af sundhedsvæsenet, herunder omstillingen til et mere fleksibelt og nært sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet er presset på ressourcer, særligt manglen på sundhedsfagligt personale. Vi har derfor brug for at tænke i nye løsninger, så vi sikrer, at både borgerens tid og sundhedspersonalets tid og kompetencer anvendes bedst muligt. Det betyder, at borgerne i videst muligt omfang skal være aktive medspillere i eget forløb samtidig med, at sundhedsvæsenet skal bringes tættere på eller helt ud i borgernes eget hjem. En sådan omstilling er forbundet med og afhængig af udviklingen af IT-systemer, virtuelle og digitale løsninger og velfærdsteknologi.

Digitale løsninger og brugen heraf skal bidrage til at frigøre mere tid hos det sundhedsfaglige personale. I dag bruges der meget tid på at kommunikere og dokumentere på tværs af sektorer for at sikre en god overdragelse. Eksempelvis vil muligheden for at have adgang til hinandens data i realtid bidrage til at reducere den tid, som sundhedsfaglige bruger på at koordinere og videreformidle.

Velfærdsteknologiske løsninger og digitalisering kan bidrage til at mindske geografisk og i en række tilfælde også social ulighed i sundhed. Det kan give borgerne øget frihed og ansvar for egen sundhed, og det kan understøtte borgerne i at blive mest muligt selvhjulpne.

Det er dog væsentligt at have opmærksomhed på de borgere og patienter, der ikke er fortrolige med brugen af digitale løsninger. Selvom vi kan nå langt med teknologiske løsninger, kræver lige adgang til sundhedsvæsenet fortsat både adgang til fysiske og digitale tilbud. For at kunne opnå det fulde potentiale af den teknologiske udvikling, er det væsentligt, at borgerne er trygge ved de digitale løsninger, og at der er alternativer og hjælp at hente for alle borgere og patienter.

### Mulige prioriteringer kan fx handle om, at vi understøtter og udvikler:

- *Behandling i eget hjem og hjemmemonitorering:* Der er både faglige og ressourcemæssige gevinster at hente for de borgere, der selv kan foretage hjemmemålinger og kontakte sundhedsvæsenet via digitale platforme. I samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis ønsker vi derfor at fokusere på at udvikle og udbrede løsninger, der muliggør, at sundhedspersonalet, når det er fagligt forsvarligt, kan kontakte og tilse borgerne virtuelt. Vi vil bl.a. fortsætte udbredelsen af eksisterende projekter for telemedicin til borgere med KOL eller hjertesvigt, afprøvning af brug af patientrapporterede oplysninger i behandling af borgere med diabetes og hjerterehabilitering mm.
- *Digitale konsultationer og digitale platforme for samarbejde af fagligheder:* lettere og mere fleksibel adgang til sundhedsvæsenet, eksempelvis via digital konsultation - særligt for patienter med regelmæssige kontakter på tværs af sundhedsvæsenet, fx borgere med kroniske sygdomme, psykiske lidelser eller ældre og med langt til nærmeste sundhedstilbud. Samt etablering af digitale platforme, der muliggør virtuelt samarbejde mellem fagligheder og med borger – fx ift. udskrivelsessamtaler.
- *Datadeling på tværs af sektorer:* Der er potentiale i datadeling, så vi har adgang til relevant viden i forløb, der går på tværs. Samtidig er der et stort effektiviseringspotentiale ved at kunne tilgå relevante oplysninger direkte.

## Indsatsområde: Borgere med akut sygdom

Den akutte aktivitet har været stigende. Ofte skyldes behovet for en akut indsats, at vi reagerer (for) sent i et sygdomsforløb. Hvis vi derimod i fællesskab formår at tage hånd om udfordringerne i tide, inden forløbet udvikler sig og bliver komplekst, er det både mere skånsomt for borgeren og med til at sikre, at der er ledig kapacitet til det, der kræver indlæggelse på hospitalet, ophold på en kommunal akutplads eller sygebesøg fra en praktiserende læge/vagtlæge. Hvis vi med en koordineret og mindre specialiseret indsats kan sætte tidligere ind i det nære og undgå et akut forløb, er det til gavn for borgeren, ressourcepresset i sundhedsvæsenet og samfundsøkonomien.

### Mulige prioriteringer kan fx handle om:

- *Styrket fælles indsats om at forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser:* Præhospitalet og støttende funktioner fra hospitalerne kan ved at række mere ud i det nære sundhedsvæsen understøtte, at mere kan håndteres i eller tæt på hjemmet i samarbejde med kommuner og almen praksis. Elementer heri kan være tydeligt lægefagligt behandlingsansvar, let adgang for kommuner og almen praksis til specialistrådgivning og sparring fra hospitaler, fælles kompetenceudvikling, styrkelse af kommunale akutfunktioner og styrket samarbejde mellem Præhospitalet, kommuner og almen praksis.
- *Tæt samarbejde om de mest syge og sårbare (ældre):* En målgruppe kan være beboere på plejehjem med fokus på fælles aftaler - og konkrete planer for den enkelte borger – om, hvornår plejehjemslæge/egen læge involveres, hvornår den kommunale akutfunktion kontaktes, hvilke regionale ressourcer der inddrages ved forværring i borgerens tilstand. Fokus for et tættere samarbejde kan endvidere være rammedelegation til det kommunale personale, patient og pårørendes stillingtagen til livets afslutning samt datadeling, så de involverede fagpersoner har let adgang til opdaterede, relevante data på tværs af sektorer.
- *Den akutte psykiatri:* Der er et behov for indsatser, der kan sikre bedre patientforløb både i forbindelse med forebyggelse af akutte indlæggelser grundet psykiatri og bedre udskrivelsesforløb. Det kan fx være et tættere samarbejde mellem bosteder, kommunale tilbud og regionale tilbud med henblik på at sætte ind før, der bliver behov for akut kontakt (112 eller lægevagt).

### **FAKTABOKS AKUT:**

- (Indsæt fakta om udvikling i akut aktivitet)
- I sundhedsreformen er der et mål om, at andelen af akutte genindlæggelser skal nedbringes med 5 % i 2026, 10 % i 2030 og 15 % i 2035.
- Kvalitetspakke målrettet kommunale akutfunktioner er en del af sundhedsreformen. Den skal understøtte omstilling til det nære sundhedsvæsen til gavn for borgere, der ikke har behov for en hospitalsindlæggelse, men som har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov. Det kan fx være ældre, medicinske patienter, hvor der opstår forværring af kendt sygdom eller patienter, der efter udskrivning fra hospital fortsat har et komplekst pleje- eller behandlingsbehov. Et centralt led i omstillingen til det nære sundhedsvæsen er, at hospitalernes specialistkompetencer rækker ud i det nære sundhedsvæsen, herunder at de kommunale akutfunktioner har direkte adgang til relevant faglig specialistrådgivning fra hospitalet.
- Regionsrådet har besluttet at igangsætte et arbejde om at robustgøre akutområdet – dels internt på hospitalerne, men nogle af de initiativer, der kan afhjælpe presset på akutområdet, kræver tværsektorielt samarbejde med kommuner og almen praksis. Der pågår fx forhandlinger om modernisering af lægevagten, hvor der sigtes efter, at de forskellige parter i endnu højere grad end i dag arbejder tæt sammen om de akutte patientforløb.

## Indsatsområde: Forebyggelse – Sunde og gode leveår for alle

En fælles investering i forebyggelse, hvor folkesundheden løftes, og hvor der herved skabes flere sunde og gode leveår for borgerne i Midtjylland, er en af nøglerne til at imødekomme nogle af de fremtidige udfordringer, vi står overfor. Det er nødvendigt at få 'stoppet fødekæden' og forebygge på flere planer, så vi undgår at sygdom opstår og forværres.

### Mulige prioriteringen kan fx handle om:

- *Tværsætorielt samarbejde om forebyggelsesindsatser på udvalgte KRAM faktorer (rygning og børns overvægt):* Vi kan rykke sammen om udvalgte forebyggelsesindsatser, hvor vi vurderer, at vi sammen kan gøre den største forskel for at løfte folkesundheden i Midtjylland. Det handler bl.a. om, hvordan vi kobler vores indsatser på tværs af kommuner, hospital og almen praksis. I den nuværende sundhedsaftale har vi prioriteret rygning og børn og unges overvægt. Da forebyggelse handler om det lange seje træk og vedholdenhed over tid, holder vi fast i prioriteringen også ind i den næste sundhedsaftale.
- *Sammen om at løfte sundheden for udvalgte populationer:* Forebyggelse er en af nøglerne til at løse udfordringerne med ulighed i sundhed og få skabt gode leveår blandt alle danskere. Derfor handler det om at løfte folkesundheden i Midtjylland ved i klyngerne at rykke sammen om at løfte sundheden for udvalgte populationer med særlige sundhedsudfordringer – fx højrisikogrupper med komplekse og mange sygdomme eller populationer, der er i stigende risiko for at udvikle sygdomme og komme i højrisikogruppen.
- *Sund barndom og ungdom:* Så børn og unge tilegner sig sunde vaner fra start og får lagt sporerne for sundhed gennem hele livet. Børn har forskellige livsvilkår og muligheder og forskning viser, at der er betydelig social ulighed i sundhed blandt børn. Børn af forældre med ingen eller kun en kort uddannelse har større risiko for fx at blive genindlagt ved fødslen, mindre sandsynlighed for at få deres børneundersøgelser og børnevaccinationer, øget risiko for livsstilssygdomme senere i livet som følge af et mere usundt kostmønster, rygning og fysisk inaktivitet end børn af forældre med en lang uddannelse.
- *Sund aldring og mestring:* Rehabilitering af de ældre, så de holder sig sunde og aktive også sidst i livet og forbliver/bliver selvhjulpne og bevarer funktioner. En analyse fra Defactum peger på, at der er et forebyggelsesvindue fra 65+-80 år, hvor der er stor motivation til livstilsændringer. Dette i forbindelse med, at alderdom er kendetegnet ved ændrede levevilkår, bl.a. som følge af tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet mv.

### **FAKTABOKS FOREBYGGELSE:**

Ser vi på sundhedsprofilen 2021 for Region Midtjylland ses:

- Stigning i andelen med dårlig selv vurderet helbred fra 2010 (14%) – 2021 (16 %). Blandt 16-24 årige er andelen næsten fordoblet i samme periode.
- En negativ udvikling over tid i den mentale sundhed i Midtjylland og forværringen er mest udtalt blandt de unge
- Andel, der ryger dagligt, er faldet fra 20 % i 2010 til 13 % i 2021
- Der er sket en stigning i andel borgere med svær overvægt. I 2021 udgør personer med overvægt mere end halvdelen af befolkningen i Midtjylland – 34 % med moderat overvægt og 18 % med svær overvægt.
- Stigning fra 2010-2021 i andelen af unge, der er fysisk inaktive (11-16%), har et usundt kostmønster (18-22%) og har dårlig søvnkvalitet (3-9%) og svær overvægt (6-9%).
- Stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet fra 7% i 2010 – 10 % i 2021 samt stigning i andelen med kort søvnlængde