

# Sundhed (skal) ind i alt

## Arbejdet med vilde problemer

Bilag til byrådsindstilling 21.06.2023

### Indholdsfortegnelse

Syv vilde problemer på samme tid	s. 2
Sundhedsforståelse	s. 3
Afsæt for arbejdet (nationalt, regionalt, lokalt)	s. 4-5
Hvem har vi talt med	s. 6
Problemforståelse	s. 7
Spør 1: Fremtidens service	s. 8
De første prøvehandling	s. 9
Spør 2: Strukturelle rammer for levevilkår	s. 10
Spør 3: Mindre social ulighed i sundhed	s. 11
Den videre politiske proces	s. 12



# 7 Vilde problemer på samme tid

Sundhed og klima hænger tæt sammen, når det gælder de bagvedliggende årsager, udfordringer, men også muligheder. En forbedring på det ene område vil også kunne mærkes på det andet.

Arbejdet med den demokratiske samtale er afgørende for borgernes sundhed og trivsel. Det handler om borgernes forventninger, om meningsfuldhed og om at indgå i fællesskaber.

Aarhus som en sundhedsfremmende by er et af de allervæsentligste greb i at mindske sygdomsbyrden og indrette byen mere nært til flere fællesskaber, mere fysisk aktivitet og en sammenhængende by med god og grøn mobilitet.

Sundhed og beskæftigelse er hinandens forudsætninger: Borgerens sundhedstilstand (fysisk eller psykisk) kan have stor betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet, ligesom manglende eller ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet kan have betydning for, hvordan borgerens sundhedstilstand udvikler sig. Langvarig arbejdsløshed er en af de væsentligste årsager til social ulighed i sundhed.

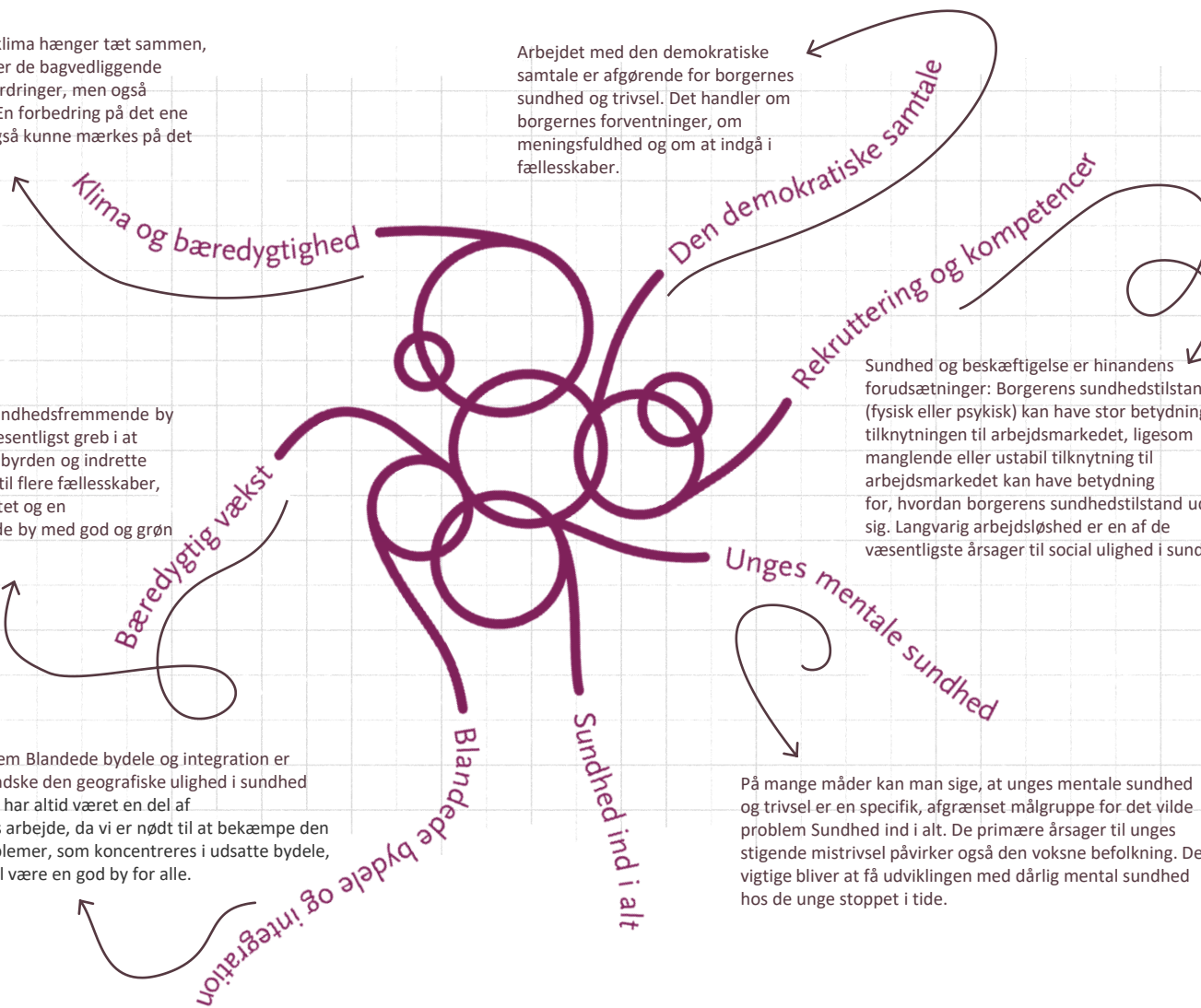
Med det vilde problem Blandede bydele og integration er arbejdet med at mindske den geografiske ulighed i sundhed taget op. Problemet har altid været en del af sundhedspolitikens arbejde, da vi er nødt til at bekæmpe den utryghed og de problemer, som koncentrerer sig i udsatte bydele, hvis hele Aarhus skal være en god by for alle.

På mange måder kan man sige, at unges mentale sundhed og trivsel er en specifik, afgrænset målgruppe for det vilde problem Sundhed ind i alt. De primære årsager til unges stigende mistrivsel påvirker også den voksne befolkning. Det vigtige bliver at få udviklingen med dårlig mental sundhed hos de unge stoppet i tide.

## I Aarhus har byrådet udpeget syv vilde problemer. De er vilde i den forstand, at:

- vi knap kan få greb om dem – afgrænsningen af dem er virkelig svær, og den flytter sig hele tiden, jo flere vi taler med, og jo flere perspektiver vi får.
- vi ikke kender løsningen – at de måske slet ikke kan løses helt, fordi de er skabt og drevet af nogle bagvedliggende mekanismer, som er svære at ændre.
- arbejdet med at finde svar på dem er dilemmafyldt, da der er stærke modstridende interesser.

Sundhed (skal) ind i alt griber ind i og har stor sammenhæng med de andre vilde problemer.



## Sundhedsforståelse

# Hvad er sundhed egentlig?

I Aarhusmålene er sundhed og trivsel samt mindre social ulighed i sundhed blandt andet udvalgt til at være de målsætninger, vi skal styre efter på sundhedsområdet.

Sundhedsbegrebet bliver klassisk set betragtet som de kendte risikofaktorer ift. kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne), men under disse faktorer, som blot er et udtryk for den enkeltes sundhedsvaner, ligger alle de **levestandarder**, som er med til at *danne* den enkeltes mulighed for at udleve sit sundhedspotentiale, fx uddannelse, økonomi, boligforhold, mental sundhed og leve- og arbejdsvilkår.

Vi har de sidste år set et skifte, hvor sundhedsbegrebet er ved at ændre retning **fra det fysiske mod det mentale** og balance i livet og sindet, hvor livskvalitet, fællesskaber og meningsfuldhed er væsentlige parametre.

Når vi i Aarhus definerer sundhed, taler vi altså om sundhed i bred forstand, ud fra både et **fysisk, mentalt, socialt og kulturelt perspektiv**. Sundhed skal ikke ses som et mål i sig selv, men som en ressource til, at borgerne kan leve det liv, de ønsker.

Trivsel er mere end lykke og glæde og omfatter også, hvordan den enkelte udvikler sig som person, hvorvidt man føler sig tryk, og om man kan bidrage positivt til samfundet.

**Trivsel** kan drive løsninger på nuværende og fremtidige udfordringer og sikre, at mennesker, økonomier og samfund er mere modstandsdygtige over for trusler. Derfor har trivsel en **massiv indvirkning på folkesundheden** og den enkeltes sundhed.

Kilder: Sundhedsstyrelsen.dk, WHO health in all policies

## Sådan har vi arbejdet (Sundhed i et 0-100 års perspektiv)



## Sundhedsloven § 119

§ 119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

## Sundhedsloven § 140

§ 140 Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

## Serviceoven § 86

§ 86 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

## Serviceoven § 83

§ 83 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde

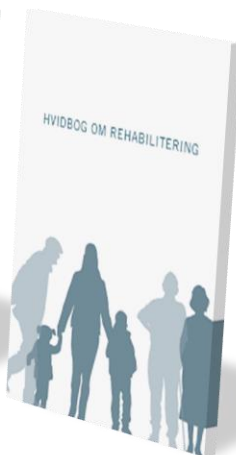
- 1) personlig hjælp og pleje,
- 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og
- 3) madservice.

# Afsæt for arbejdet

## Politikker og strategier, nationalt, regionalt og lokalt

Der foregår og iværksættes rigtig mange tiltag på sundhedsområdet, hvor vi lige nu bl.a. på nationalt plan ser en sundhedsreform og sundhedsstrukturkommission og på regionalt niveau udvikling af det nære sundhedsvæsen. Internt i kommunen står vi på en lang række af politikker og strategier, der inden for hvert deres område direkte eller indirekte peger ind i borgernes sundhed, da vi i mange år har arbejdet med "health in all policies".

Det vilde problem *Sundhed (skal) ind i alt* ønsker at skubbe til arbejdet på det nationale og regionale niveau, men det største fokus er på det lokale perspektiv, for at vi kan handle anderledes NU.



## Viden vi (bl.a) står på

I Danmark har vi meget og god forskning på folkesundhedsområdet, og stærkt datagrundlag for vores handlinger. Dette ser vi primært som et gode, men samtidig som et opmærksomhedspunkt. Det betyder nemlig, at det typisk er med den sundhedsfaglige linse, vi ser problemet og løsningerne igennem, hvilket kan gøre, at vi overser andre måder at anskue og løse problemer på.





# Problemforståelse



*Sundhed (skal) ind i alt* er den mission, vi ønsker at få flere med ombord på. Problemet er ikke i sig selv, at vi lever længere, men derimod *at antallet af år uden sygdom ikke følger med*. Dobbelttheden i den demografiske udvikling betyder, at vi hverken har hænderne eller økonomien til at varetage det pres, der er på sundhedsvæsenet.



Det bliver et vildt problem, fordi den enkeltes sundhedsadfærd og tilstand er et resultat af mange faktorer, der påvirkes hele livet igennem: arv, livsstil, sociale relationer, levevilkår og sociale- og økonomiske vilkår. Når vi laver (folke)sundhedspolitik, taler vi altså ikke kun om det traditionelle sundhedssystem, der findes mellem region, kommune og almen praksis, vi taler i lige så høj grad om fx byudvikling, familie-, social-, kultur-, fritids-, uddannelses-, bolig-, og beskæftigelsespolitik.



Ulighed i sundhed udgør en af de helt store udfordringer i fremtidens sundhed. Ulighed betyder, at sociale udfordringer og dårlig sundhed klumper sig sammen, hvorfor sundhed er skævt fordelt i samfundet, og altså går hårdere ud over nogle grupper af mennesker. Der er flere former for ulighed i spil, både social ulighed, der rammer dem med de korteste uddannelser, og geografisk ulighed, der rammer dem, der bor i de fattigste områder, hvor der for eksempel ikke er en ordentlig lægedækning. Samtidig er nogle grupper blevet mere krævende som forbrugere. De ressourcestærke presser på for at få den behandling, de ønsker, mens ressourcetsvage tager det, de kan få. Det øger uligheden.

# 10.000

flere borgere forventes at få KOL, diabetes og/eller demens i Aarhus i 2030

# 340-380 mio. kr.

vil mangle på ældreområdet i AaK i 2031

# 50 %

flere af de ældste ældre over de næste 10 år



## Nogle af udfordringerne:

43 % lever i dag med **begrænsninger** i hverdagsaktiviteter mod 33 % i 2010

15% af aarhusianerne er **ensomme**

13% af aarhusianerne lever med mere end fire **kroniske sygdomme**

16 % af borgernes har en del/meget **nedsat arbejdsevne** (25-64 år)

32 % af borgerne har et **højt stressniveau**

74 % af de 11-15-årige **lever ikke op til anbefalingerne om at være fysisk aktive** mindst én time om dagen

## Uligheden:

10 % af befolkningen står for **77 %** af alle indlæggelser i Danmark

34 % **ekstra nytilkendte førtidspensioner** kunne være undgået hvis ikke der var social ulighed\* i hvem der ryger.

103.000 **lægekontakter** kunne være undgået, hvis der ikke var social ulighed\* i ensomhed.

\*Der hvor den laveste forekomst af risikofaktoren er, altså blandt dem med videregående uddannelse.

## SPOR 1

# Fremtidens service

Hvem skal levere sundhed i fremtiden, hvad skal servicen indeholde, og hvem skal modtage den?

### Årsagerne bag problemet

#### Samfundskontrakten knager

Undersøgelser tyder på, at den stigende velstand i samfundet også øger forventningen til kvaliteten af den velfærd / service, som borgerne modtager. Med den dobbelte demografiske udfordring med flere ældre og rekrutteringsudfordringer, risikerer borgerne, at den offentlige servicekvalitet falder og individuelle behov ikke kan tilgodeses i samme grad som tidligere

Det udløser en hel masse spørgsmål, som: Hvem definerer egentlig samfundskontrakten? Og hvordan kan vi sammen genforhandle den – helst inden den falder helt fra hinanden? Hvilket serviceniveau skal vi som minimum ramme for de mennesker, der har betalt skat hele deres liv og bidraget til velfærdssamfundet? Hvordan griber vi de borgere, der rækker ud efter hjælp for sent, eller som ikke har ressourcerne til at række ud?

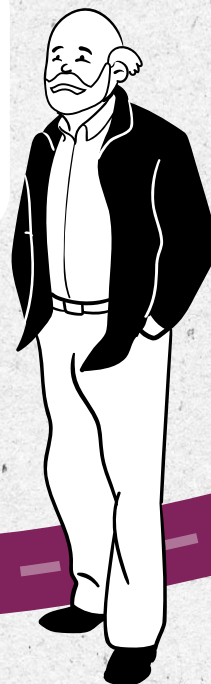
#### Den høje faglighed og stigende grad af specialisering...

...er måske begyndt at spænde ben for os. Vi har de seneste år skabt flere specialiseringer og blevet så fagligt dygtige på velfærdsydelse, at det kan komme til at skygge for helhedstænkningen og dermed sundhed ind i alt. Specialiseringen og dygtiggørelsen er et udtryk for et velfærdssamfund i udvikling og acceleration, men det er måske også noget der har opdelt vores velfærdstænkning i søjler og kasser.

Når vi har fået for vane at 'putte ting i kasser', har det på den ene side gjort det lettere for os at fordele magten, ansvaret, ressourcerne og risikoen - og gjort det nemmere at måle på, hvem der leverer resultater. Men bagsiden er, at vi måske har passiviseret borgerne. Helt almindelige ikke-professionelle mennesker får svært ved at bidrage til opgaveløsningen, ligesom vi også ser, at borgerne ikke har nemt ved at navigere i systemet, og at servicen ikke altid passer ind i det hverdagsliv, som den enkelte lever.

*"Det handler om samfundskontrakten. Der er en holdning ift., at man vil have lov til at leve som man vil. Men når jeg er færdig, tager velfærdssamfundet sig af mig"*

- byrådsmedlem



### Undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan skal vores velfærdsydelser inden for sundhed, pleje og omsorg se ud i fremtiden?
2. Hvem skal levere sundheden? Hvem skal modtage den? Og hvad kræver det? (fx hvis civilsamfundet skal have større spillerum)
3. Hvad skal den enkelte have ret til i fremtiden – og skal der være forpligtelser?
4. Hvem skal i fremtiden håndtere de nye opgaver, der kommer i kølvandet af sygdomsbyrden, og som i dag måske ligger som yderkanten af sundhedsvæsenets opgave, for eksempel når der tales om stress og mistrivsel?

*"Jeg vil hellere dø end komme på plejehjem"*  
- Kvinde, 20 år



*"Jeg skal i hvert fald ikke have et frivilligt arbejde eller gå på Folkeuniversitetet. Jeg har serveret andre hele mit arbejdsliv og lagt planer for andre i 50 år. Nu vil jeg gøre, hvad jeg har lyst til."*  
- Kvinde 75 år





# De første prøvehandlinger

## Spør 1 Fremtidens service

1

### Al magt til civilsamfundet

Ønsket er at mobilisere lokale ressourcer i et udvalgt geografisk område, der kan arbejde sammen om lokale udfordringer på sundhedsområdet. Der skal eksperimenteres med at identificere et "opgaveudbud" for sundhedsudfordringerne i et geografisk område, som så kan løses af andre aktører end kommunen eller i et partnerskab.

Ønsket med prøvehandlingen er at mobilisere nye kræfter omkring sundhedsarbejdet, hvor vi løsner de kommunale rammer og lukker civilsamfundet og private aktører ind i en mere fleksibel lokal geografisk ramme. Her handler det ikke om ydelser, men om at flytte sundheden for borgerne i et geografisk område i fællesskab. Kan en mere fleksibel ramme pege på nye løsninger for fremtidens service, som vi kan overføre til mere generiske modeller?

*"Vi oplever en enorm stor vilje fra vores forening og kommunen for et samarbejde, men der er logikker, der clasher mod hinanden. Det er en systemlogik, der bliver udmøntet ud mod civilsamfundet"*

- Social forening

2

### Afprøvning af borgerdreven velfærd

Der skal eksperimenteres med elementer fra den hollandske model, hvor man indgår pårørendekontrakter om at være til stede, når den enkelte flytter ind på plejehjem. Her forpligter man sig fx på at yde social omsorg minimum en eftermiddag om måneden. Prøvehandlingen kan åbne nye døre med deltagersamfundselementer, hvor vi inviterer de pårørende aktivt ind i at være med til at skabe velfærden på sundheds- og ældreområdet. Prøvehandlingen skal også give os nye indsigter i, hvordan vi kan samarbejde på en nye måder med pårørende.

Der skal eksperimenteres med omvendt visitation, hvor vi giver magt, frihed og indflydelse tilbage til borgeren (fx med et borgerbudget i hånden, viden om selvkøb m.m.), med fokus på at evaluere, om alle borgere også kan omsætte det, eller om vi risikerer stigende ulighed. Prøvehandlingen skal afprøve nye løsninger, hvor vi i stedet for at få et konstant stigende pres på sundhedssystemet efter de ydelser, vi har, kan afbøde presset ved at give større fleksibilitet til de ydelser, borgerne ønsker.

Det hollandske eksempel, der flytter ansvaret fra staten til familien, er en del af transformationen fra velfærdssamfund til deltagersamfund.

3

### Differentieret serviceniveau

Vores servicelov dikterer allerede, at vi skal differentiere indsatserne til borgerne. Men kan vi differentiere på en måde, hvor det ikke handler om mere eller mindre, men om forskellighed? Hvad nu, hvis vi altid får det, vi har brug for, selvom det ikke er alt det, vi har krav på og ret til?

Der skal eksperimenteres med differentiering inden for sundhedsloven ift. genoptræningsplanerne. En differentiering giver mulighed for at se, om vi kan få mere sundhed for pengene og større effekt for borgerne, hvis vi går væk fra en rettighedstænkning i de enkelte forløb og i stedet fagligt kan afslutte nogle borgere tidligere til eksempelvis selvtræning i en forening i et lokalområde. Dette kan måske også åbne for større fleksibilitet for borgerne.

Samtidig kan der så tages større hensyn til de borgere, der ikke kan selv, i de resterende forløb. Dette vil måske også allerede bidrage til videre indsigter i det spor, der handler om mere lighed i sundhed.

*"Der bliver større krav om mere og mere – vi skal stoppe nu og konstatere, at vi har nået et loft. Det vil jeg gerne stå på mål for."*

- byrådsmedlem

## Spor 2:

# Strukturelle rammer

- Hvordan får vi arbejdet med et længere tidsperspektiv, der for alvor får ændret på de strukturelle rammer for folkesundheden?

*Fra fokus på det korte sigte til fokus på det lange sigte*

Oftest er vi som borgere, som politikere og som medarbejdere drevet af det korte sigte. Vi fokuserer på symptomer i stedet for årsagerne. Vi fristes af at behandle i stedet for at forebygge, og vi bliver reaktive i stedet for proaktive. Men på folkesundhedsområdet er det afgørende, at vi beslutter os for også at arbejde med det meget lange sigte og tør gøre det, da vi bliver nødt til at træffe beslutninger på de fremtidige generationers vegne. Det er økonomisk ansvarligt, og vi undgår at regningen bliver for stor i fremtiden.

*Modet til at ændre på de strukturelle rammer*

De største folkesundhedsudfordringer er knyttet op på de rammer og vilkår, vi lever under og samtidig ved vi, at en af vejene til at mindske social ulighed i sundhed bl.a. er at skabe sunde rammer for alle og stimulerende miljøer i fx dagtilbud, skole, fritid, på arbejdspladser og i byplanlægning. Når sundhed skabes i hverdagslivet, betyder det, at sundhedsspørgsmålet relaterer sig til og skal løses i fx skoler, hjemmet, på arbejdspladser, i sociale relationer, nattelivet, foreninger, det digitale liv, byens rum, osv. Derfor er det tvingende nødvendigt, at vi tør lade sundhedsspørgsmålet fylde mere, når vi indretter fremtidens velfærd på disse områder.

### Undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan kan vi flytte os fra et patientperspektiv til et menneskeperspektiv, hvor livsvilkår, forhold og forudsætninger indtager en større rolle i samfundsudviklingen?
2. Hvordan går vi fra *behandling* til sundhedsfremme, forebyggelse og stimulering af det raske på alle de andre velfærdsområder end sundhedsområdet?
3. Hvordan kan vi fokusere på at skabe nærhed, tilgængelighed og sammenhæng forankret i lokalområdet, hvor aarhusianerne selv er aktive medspillere i forhold til at forme en sundere fremtid? Hvilke arenaer skal vi arbejde anderledes med?

## De konturer af mulighedsrum, vi ser lige nu, er fx:

### Trivselsøkonomi

At udvikle modeller for trivselsøkonomi, hvor sundhedssektoren kan være motor, medskaber og modtager af trivselsøkonomier i byen og regionen (kobling til Bæredygtig vækst)

### Trivsel som effektmål i byplanlægningen

At undersøge hvordan vi højere grad kan måle på bløde værdier som trivsel, livskvalitet, sociale fællesskaber, så de får mere vægt i prioriteringen af indsatser, og når effekten af byudvikling og de konkrete projekter skal vurderes (kobling til Bæredygtig vækst)

### Udvikling af Aarhus som en 15 minutters by

At undersøge hvordan vi kan bruge erfaringerne fra SOTE reformen i Finland til at løfte ansvaret for sundheden og det sociale. Her skelner man ikke mellem somatik, psykiatri, beskæftigelse, sundhed osv. Man kigger på det samlede behov, og så må systemet indrette sig efter det. (Kobling til Klima og Blandede bydele og integration)

## SPOR 3

# Mindre ulighed

### - Fra lige adgang til lige effekt

Uligheden er selvforstærkende

Er du udsat og udenfor, er der stor sandsynlighed for, at du bliver ved med at være det. Derfor er det helt afgørende, at vi interesserer os for, hvordan vi undgår at øge uligheden. Vi har strukturer i samfundet, der egentlig skulle mindske uligheden, men som stik mod hensigten fastholder og forstærker den. Det gælder både de strukturer, som kommunen selv er herre over, altså de strukturer systemerne består af, men også den måde vi er sammen på som mennesker. Vi kan se, at adgangen til mulighederne og ydelserne er ulige, og vi kan se, at udfordringerne "klumper sig sammen" hos de mest udsatte borgere.

Vi er som samfund nødt til at være mere opmærksomme på, hvilke handlinger og strukturer der konserverer eller øger uligheden, og hvad der trækker i den anden retning. Samtidig skal vi blive endnu skarpere på, hvad der skaber værdi for den enkelte og for samfundet – koblet med en insisterende nysgerrighed på, om det er kommunen, der kan eller skal hjælpe, eller om værdien skabes bedre et andet sted i samfundet, hvis vi for alvor skal have fat i uligheden i sundhed. Samlet set skal vi interessere os for, hvad der ikke kun giver lige adgang, men hvad der giver lige effekt.

### Undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan kan vi finde nye løsninger, der har til formål at udligne sociale forskelle i borgernes og patienters udbytte af forebyggelses-, opsporings-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser på et evidensbaseret og datadrevet grundlag?
2. Hvordan kan vi arbejde målrettet efter lighed i adgang, behandlingskvalitet og behandlingsresultat.
3. Kan prioriteringskriterier skabe en uensartet vej ind i sundhedsvæsenet for nye tiltag, som ultimativt også kan ramme borgere og patienter uensartet? Kan vi arbejde med en form for lighedskonsekvens som prioriteringsgrundlag i stedet for kun mest mulig sundhed for pengene?

## De konturer af mulighedsrum, vi ser lige nu er, fx:

### Fra sektoransvar til populationsansvar

At gøre det vi kan ift. de behov, der er i et område, fx fælles ledelse af et geografisk afgrænset område på alle planer inkl. civilsamfund (kobling til Blandede bydele og integration og Den demokratiske samtale)

### Fra sårbare individer til sårbare positioner

\* At tydeliggøre at sårbarhed skabes af mønstre af sociale og strukturelle forhold, der interagerer, med mentale og fysiske faktorer, så vi fremad identificerer de mønstre, som gør, at mennesker havner i sårbare positioner, da disse kan påvirkes, fx i forhold til tandsundhed. (kobling til Unges mentale sundhed og trivsel)

### Fra ensartet til differentieret tilgang

At gå væk fra at alle skal tilbydes det samme - at lighed og upartiskhed betyder, at alle skal behandles ens - men undersøge hårde prioritering mellem borgerne, for at de med størst behov kan få mere hjælp.

# Overordnet politisk Proces

OBS Partierne kan komme med forslag til finansiering af de vilde problemer, samt foreslå prøvehandlinger ifm. B2024

