

Sammenfatning og konklusion

Nærværende rapport afdækker Region Syddanmark og de syddanske kommuners fælles fremtidsbillede for sundhedsområdet som udgangspunkt for tilrettelæggelse og systematisk prioritering af tværsektorielle indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018.

Det fælles fremtidsbillede er en analyse af særlige syddanske kendetegn, muligheder og udfordringer på sundhedsområdet, jf. kommissoriet for arbejdsgruppen for udarbejdelsen af Fælles Fremtidsbillede. Formålet er at tilvejebringe et validt grundlag for såvel politiske som administrative drøftelser i relation til det tværsektorielle arbejde mellem almen praksis, kommuner og region, som lovgivningsmæssigt varetages i Sundhedsaftalen 2015-2018.

Et andet formål med rapporten har været, at punktere myter. Rapporten sætter fx et stort spørgsmålstejn ved rigtigheden af et stort antal genindlæggelser i regionen.

Det foreløbige arbejde med sundhedsaftalen for 2015-2018 har resulteret i fem tværsektorielle temaer, der er udsprunget af SKU-konferencen i september 2013 og som Fælles Fremtidsbillede delvist behandler. De fem temaer er rammesættende for udkastet til den politiske vision for den kommende sundhedsaftale og består af:

- Samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis.
- Borger-/patientinddragelse.
- Lighed i sundhed.
- Prioritering.
- Velfærdsteknologi.

I forhold til disse temaer har Fælles Fremtidsbillede fokus på, hvor Syddanmark adskiller sig fra de øvrige regioner ud fra et datadrevet fokus, herunder særligt temaerne samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis, ulighed i sundhed samt prioritering. Analysen har også søgt efter særlige klyngeforklaringer for kommunerne, med henblik på at kunne identificere mønstre for kommunerne. Analysen er primært baseret på data, der er stillet til rådighed af kommuner og region.

I det følgende sammenfattes rapporten under overskrifterne kendetegn, udfordringer og muligheder.

Kendetegn

Det første kendetegn er den strukturmæssige udvikling i det syddanske sundhedsvæsen, som er igangsat. I regionalt regi bygges der i disse år både nye somatiske og psykiatriske sygehuse. Selvom dele af byggerierne først vil stå klar om flere år, vil de strukturelle ændringer, der kommer fx i den fysiske bygningsmasse, allerede før tid kunne ses helt eller delvist realiseret på det organisatoriske plan og i arbejdstilrettelæggelsen i sygehusene. Der foregår desuden en omlægning af akutfunktionerne, således at der på sigt findes fire fælles akutmodtagelser for hele regionen med henblik på at accelerere udredning og diagnostik af patienterne.

Praksisstrukturen ændrer sig også i disse år. Udviklingen går fra færre enkeltmandspraksisser til kompagniskabspraksisser, ligesom et stigende antal praktiserende læger samarbejder på forskellig vis, fx om deling af lokaler og andet praksispersonale. En styrke i forhold til at skabe et fælles fremtidsbillede mellem kommuner og regioner, er således, at der er sket en markant udvikling i retning af større praksisenheder. Udviklingen i retning af større praksisenheder følger tanken fra Praksiskommissionen, hvor de større praksis bidrager til de relativt gode forudsætninger for aktiviteter som opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse mv.

I den kommunale del af sundhedsvæsenet findes allerede hjemmepleje, hjemmesygepleje og genoptræning, samt socialpsykiatri, der spiller sammen med indsatsen på det regionale område i de somatiske sygehuse, i behandlingspsykiatrien og med praksisområdet. I disse år arbejder kommunerne også for at etablere forskellige subakutte eller akutte plejeindsatser, der har til formål at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser og sikre rettidig hjemtagning af færdigbehandlede patienter. Kommunerne arbejder også med rehabiliterende indsats i forhold til beskæftigelsesområdet - ikke mindst i lyset af det generelle reformarbejde og arbejdet med den nye FØP-reform.

Det andet væsentlige kendetegn, er omlægningen fra stationær til ambulante aktivitet i behandlingen i det sekundære sundhedsvæsen. Den stigende ambulante aktivitet kan aflæses i tal for antallet af ambulante besøg på sygehusene, som er steget med 18 % fra 2007 til 2012. Region Syddanmark ligger i 2012 med godt 2.300 ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere øverst i forhold til de øvrige regioner og for hele landet. Regionen ligger med hensyn til udskrivninger på niveau med de to andre jyske regioner, men under landsgennemsnittet. Den syddanske region har, som de øvrige regioner, en strategi om at omlægge til ambulante forbrug. Når man imidlertid ser på Region Midtjylland, hvor der er lige så få indlæggelser, men færre ambulante besøg, er det relevant at sætte spørgsmålstegn ved, om den ambulante strategi over tid reelt har medført en reduktion i antallet af udskrivninger – eller om der blot udbygges ambulante.

I børne- og ungdomspsykiatrien i regionalt regi er der flere patienter pr. 1.000 indbyggere i Region Syddanmark end i de øvrige fire regioner. I Region Syddanmark findes den næsthøjeste rate for ambulante behandling og én af de laveste udskrivningsrater. Det betyder, at børne- og ungdomspsykiatrien i Syddanmark i højere grad end de andre regioner anvender en ambulante strategi. Denne strategi har tilsyneladende ikke ført til flere genindlæggelser, idet genindlæggelsesfrekvensen er den laveste, når der sammenlignes med de andre fire regioner. Når man ser på voksenpsykiatrien gentager billedet fra børne- og ungdomspsykiatrien sig.

Med hensyn til kommunernes indsats på det psykiatriske område peger rapporten på tre kendetegn:

- antallet af anbragte børn, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag,
- antallet af voksne med psykiske vanskeligheder i aktivitets- og beskæftigelsestilbud i dagtiden, og
- antallet af voksne med psykiske vanskeligheder i botilbud.

Opgørelserne peger på dels stor variation kommunerne imellem, når der ses på antallet af anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været den udslagsgivende årsag, dels på forskelle mellem kommunerne og på tværs af de fem regioner.

Et tredje kendetegn er udviklingen i struktur og ydelsesmønster i almen praksis. Dette er dog et kendetegn, der ikke er særligt syddansk, idet det kan genfindes andre steder i landet, at der samlet set ikke er mangel på læger, men lokale forskelle gør, at der visse steder er problemer med at besætte ydernumrene. Alderssammensætningen ændrer sig desuden på den måde, at der bliver flere yngre og flere ældre læger, mens aldersgruppen 54-63-årige bliver mindre. Ser man på ydelsesudviklingen i almen praksis, er der overordnet en stigning i ydelser i dagtid, hvorimod der har været et fald i vagttiden. Der er betydelig forskel på, hvilke ydelser, der gives til de forskellige aldersgrupper. Besøg aflægges primært hos de ældre aldersgrupper.

Med det givne datagrundlag er der konstateret store kommunale forskelle i forhold til kapacitetsdækning for såvel almen praksis som vederlagsfri fysioterapi. Situationen er kendt på landsplan, og regeringen har i denne forbindelse taget initiativ til nedsættelse af et udvalg, der har til formål at skabe lettere adgang til sammenlignelige data på tværs af regioner for praksissektoren generelt.

Yderligere til dette kommer, at der på praksisområdet også findes praktiserende speciallæger, som også er en del af det samlede billede. De privatpraktiserende speciallægers aktiviteter skal ses i sammenhæng med sygehusenes aktivitet indenfor visse specialer og diagnoseområder. Fx vil operation for grå stær nogle steder foregå på sygehusene, mens det i andre dele af regionen vil foregå i speciallægepraksis. Et andet område er psykiatrien, hvor behandlingspsykiatri og socialpsykiatri skal ses i sammenhæng med tilstedeværelsen af privatpraktiserende psykiatere. Region Syddanmark har relativt få psykiatere, som dog har mange kontakter. Konsekvenserne af dette i forhold til fx anbringelser på det kommunale område kendes ikke. I fem kommuner i Syddanmark ligger antallet af anbringelser pr. 1.000 0-17-årige indbyggere blandt den højeste fjerdedel på landsplan. Der er behov for at se bredere på området.

Udfordringer

Syddanmark har en række udfordringer, som beskrives i fremtidsbilledet og som summeres op i nedenstående. For det første er kommuner, region og praksisområdet udfordret af syddanskernes sundhedstilstand. Den syddanske befolkning ryger mere end landsgennemsnittet og spiser mere usundt end resten af befolkningen. Dog er alkoholindtaget mindre og flere er fysisk aktive. Men der er vis variation mellem kommunerne – særligt i forhold til alkoholforbruget.

Sundhedsvanerne – målt på risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og motion – er årsager til sygdomme og død, herunder også kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme, kroniske lungesygdomme samt knogleskørhed og leddegigt. For de store grupper af kroniske sygdomme under ét, er der flere perso-

ner med disse sygdomme end i resten af landet, og selvom det stigende antal patienter med kroniske sygdomme er en landsdækkende udfordring, tyder det på, at Syddanmark har en særlig stor udfordring, idet 25 % af borgerne med kronisk sygdom har flere end én kronisk sygdom – de såkaldt multisyge. I forhold til middellevetiden ligger regionen under de fire andre regioners gennemsnit for begge køn.

De kroniske sygdomme er samtidig de diagnosegrupper, hvor der anvendes mest DRG-værdi¹ og hvor der er mest aktivitet i sygehusene. De kroniske sygdomme, der gennemgås i et særskilt afsnit, omfatter hjerteområdet, muskel-skelet-lidelserne, diabetes og kronisk obstruktiv lungelidelse. Hertil kommer kræftområdet. Når data for adfærd ses i sammenhæng med sygdomsmønstre, synes der generelt i regionen at være et behov for, at der gøres en særlig indsats overfor KOL og diabetes – ligesom der er mange slidskader i regionen. Dette kalder på en større forebyggende indsats. Det bør dog påpeges, at problemerne ikke er ligeligt fordelt blandt kommunerne i regionen, hvorfor det fælles fremtidsbillede også er et differentieret fremtidsbillede, hvor der kan anlægges én type indsats i de større byområder med fokus på alkohol, mv. og i andre områder en indsats mod fedme.

En anden udfordring er, at der er relativt mange syddanske borgere i alderen 25-64 år med en erhvervsuddannelse som den højest fuldførte uddannelse. 11 % af de beskæftigede i den private sektor og 42 % af de beskæftigede i den offentlige sektor har en mellemlang videregående uddannelse eller en lang videregående uddannelse, hvilket er lavere end landsgennemsnittet. De unges forventede uddannelsesniveau ligger på landsgennemsnittet med hensyn til andelen med mindst en ungdomsuddannelse. Andelen af piger med en videregående uddannelse forventes at være lidt højere end gennemsnittet for hele landet. 15 år efter grundskolen er der generelt en større andel af fraflyttere end tilflyttere med en mellemlang eller lang videregående uddannelse i de syddanske kommuner.

En tredje udfordring er, at Syddanmark siden 2009 har haft en stagnerende befolkningstilvækst og nettotilflytning. Udfordringen er, at unge, der søger ud i forbindelse med uddannelse, ikke i tilstrækkelig grad flytter tilbage til Region Syddanmark. Enkelte kommuner adskiller sig dog fra dette billede.

En fjerde udfordring er ulighed i sundhed. Denne udfordring er også kendetegnende for andre regioner og ikke særlig syddansk, men problemstillingen er særlig syddansk i forhold til regionens uddannelsesstruktur. Uligheden viser sig i sundhedsvaner, og ved, at risikoen for indlæggelse er større for personer med en kort uddannelse (mindre end 10 års uddannelse) end for personer med en lang uddannelse (personer med 15 eller flere års uddannelse). Ca. 60 % af uligheden kan relateres til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og overvægt.

Generelt gælder det for de syddanske kommuner med hensyn til demografi og sundhedsadfærd, at de store byområder både har flest i beskæftigelse, det højeste uddannelsesniveau, men også flest langtidsledige. Lidt mere nuanceret er der tendenser til konturerne af tre klynger:

Den første klynge består af kommunerne Fanø, Varde, Billund, Vejen samt trekantsområdet kommuner inklusiv Middelfart Kommune, hvor der findes en positiv befolkningsvækst, der er god beskæftigelse og lav langtidsledighed og færre kontanthjælpsmodtagere end for regionen samlet set. Sundhedsprofilen er også i

¹ DRG står for "Diagnose Relaterede Grupper" og betegner et system anvendt til gruppering af somatiske stationære patienter. Se i øvrigt Bilag A. Mere konkret er værdi i denne analyse sammensat af DRG-værdien i somatikken og sengetakstværdien i psykiatrien.

den gode ende – dog undtaget Fredericia Kommune, som også med hensyn til middellevetiden ligger lavere end de øvrige kommuner i klyngen.

Den anden klynge består kun af Odense Kommune, der har en god befolkningsudvikling og et godt uddannelsesniveau, men samtidig er en kommune, der tiltrækker en del ledige borgere. Nedlagte industrierhverv har størst konsekvenser for de kortuddannede og denne udvikling trækker tråde ud i store dele af det fynske område.

Endelig består den tredje klynge af kommunerne Tønder, Haderslev, Aabenraa, Sønderborg og Langeland, som alle er kendetegnet ved, at den unge del af befolkningen flytter ud i forbindelse med uddannelse og ikke vender tilbage til disse kommuner efter endt uddannelse. Også i denne klynge giver sundhedsprofilen for befolkningen udfordringer.

På baggrund af ovenstående, består det samlede sæt af syddanske udfordringer for sundhedsområdet af følgende (i uprioriteret rækkefølge):

1. Den syddanske befolkning ryger mere end landsgennemsnittet og spiser mere usundt end resten af befolkningen. Og Syddanmark skiller sig negativt ud på flere felter med betydning for den mentale sundhed og relationelle forhold.
2. Der er ulighed i sundhed. De usunde vaner er ulige fordelt – både kommunerne imellem og i kommunerne i forhold til borgernes uddannelsesbaggrund.
3. Middellevetiden er lavere for begge køn end for øvrige regioner.
4. Der er en særlig udfordring i forhold til patienter med kroniske lidelser, herunder at 25 % af borgere med kronisk sygdom har flere end én kronisk sygdom.
5. Der er relativt mange syddanske borgere med en erhvervsuddannelse som den højest fuldførte uddannelse.
6. Der er en stagnerende befolkningstilvækst og en lille nettotilflytning. Regionen har tilflytninger til Odense Kommune og trekantsområdet, mens der er fraflytninger i den sydlige del af regionen.
7. Der er forskelle set på kommuneniveau i forhold til kapacitetsdækning for såvel almen praksis som fysioterapi for henholdsvis Odense i forhold til Fanø og Faaborg-Midtfyn i forhold til Langeland.
8. Antallet af forebyggelige genindlæggelser udgør en særskilt problematik for kommunerne og regionen.
9. Der er behov for fremadrettet at sikre, at ADHD bliver et fælles fokusområde for regional og kommunal indsats. Det samme gælder demensområdet og funktionelle lidelser, hvor et sammenhængende behandlingstilbud efterspørges.
10. Der er et behov for i regionen at gøre en større forebyggende indsats i forhold til diagnosegrupperne KOL, diabetes og slidskader, som kan være anlagt forskelligt mellem kommunerne.

Analysen af fremtidsbilledet indeholder også et antal muligheder. En første, nærliggende mulighed er at videreudvikle det allerede velfungerende tværsektorielle samarbejde om borgere og patienter, der krydser sektorgrænser. Data i denne analyse har ikke dokumenteret de tværsektorielle patientforløb, men data har demonstreret grundlaget for, at samarbejdet om alle patienter, men især personer med kroniske sygdomme, kan blive endnu bedre. Der findes i Syddanmark strategier, der er tværsektorielle, fx udviklingsarbejder for telepsykiatri og der er forløbsprogrammer, som har til formål at skabe gode, sammenhængende patientforløb. Disse generelle programmer og strategier vil kunne understøttes af yderligere analyser og samarbejdsprojekter, der tager udgangspunkt i konkrete sygdomme og diagnosegrupper.

Fremtidsbilledet har tydeliggjort behovet for et mere ensartet og mere fælles datalandskab på tværs af de tre sektorer. På visse områder mangler der valide, sammenlignelige data for at billedet af det samlede kommunale-regionale sundhedsvæsen kan tegnes endeligt. Med hensyn til sygehusene findes der tilgængelige data, som også er valide og sammenlignelige på tværs af sygehuse internt i regionen og på tværs af regionerne. Det gælder især for den somatiske del, mens der med hensyn til psykiatrien også findes områder, hvor registreringspraksis er forskellig mellem behandlende enheder. Med hensyn til kommunerne findes der også dokumentation i forskellige økonomistyrings- og omsorgssystemer, men registrerings- og konteringspraksis foregår ikke ensartet på tværs af kommuner. Hvis man for alvor skal lave et fælles billede, bliver man nødt til i højere grad at kunne belyse den kommunale del. Nærværende rapport er primært udarbejdet i et regionalt perspektiv. Region Syddanmark adskiller sig ikke på dette punkt fra andre regioner, men det er alligevel problematisk i forhold til at skabe et fælles fremtidsbillede.

Der vil også være områder, hvor det vil være hensigtsmæssigt, af hensyn til det tværsektorielle sundheds-samarbejde, i fællesskab at oparbejde nye data. Et eksempel på dette, er funktionelle lidelser på det psykiatriske område. Der er også behov for en nærmere kortlægning af gruppen af patienter med kroniske lidelser i forhold til en karakteristik af denne gruppe med hensyn til køn, alder, erhvervstilknytning, mv.

Det er særligt karakteristisk, at området vedrørende de somatiske genindlæggelser har været særdeles svært at kortlægge med entydige og retvisende data. De data, som offentliggøres af Statens Serum Institut og som også er anvendt i Kommunalt Økonomisk Forum, er ikke retvisende, idet de bygger på data, der registreres vidt forskelligt. Dette emne er ikke mindst relevant, eftersom det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, region og almen praksis i henhold til økonomiaftalerne for kommuner og region 2014 skal sigte mod færre genindlæggelser samt færre indlæggelser med forebyggelige diagnoser og færre akutte korttidsindlæggelser og færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene. Disse indikatorer er betinget af et velfungerende samarbejde med praktiserende læger og/eller sygehus om gode udskrivningsforløb. Hensigten er at sikre, at indsatser iværksættes, før borgeren får et behandlings- og/eller plejebehov, der nødvendiggør en akut sygehusindlæggelse eller en indsats i et kommunalt tilbud.

En mulighed på baggrund af arbejdet med dette fremtidsbillede, er etableringen af et fælles datagrundlag med dette fremtidsbillede som første version. Det er problematisk, at ikke alle tre sektorer kan fremlægge data, som giver en ensartet beskrivelse af aktiviteter i egen sektor, der kan anvendes til at beskrive sundhedsvæsenet i et sammenhængende og validt fremtidsbillede. Dels kan kommende analyser udbygge afklaringen omkring data på genindlæggelser, dels etablere rammerne for, at kommunerne udarbejder ensarte-

de og systematiske opgørelser, herunder for områderne sygepleje, akutfunktioner og på tilsvarende områder i forhold til psykiatrien, gerne med afsæt i arbejdsmarkedsområdet.

Revisionen af Fælles Fremtidsbillede kan med fordel foretages årligt, parallelt med revisionen af sundhedsaftalen for 2015-2018 samt i forbindelse med dataopdateringer til Sundhedsprofilen.