



Plan for en styrkelse af forebyggelsesområdet i Region Hovedstaden

Godkendt af Regionsrådet den 12. marts 2019

Indhold

Indledning.....	3
Udgangspunktet for vores forebyggelsesindsats	5
Strukturel forebyggelse og social ulighed i sundhed.....	5
Borgerrettet og patientrettet forebyggelse	5
Rådgivning, viden og forskning	5
De største folkesundhedsudfordringer.....	7
Ulighed i sundhed.....	7
Rygning	7
Mental sundhed	8
Borgere med psykisk lidelse.....	8
Overvægt	8
Prioritering af indsatser	9
Fokus på unge og rygning	10
Fokus på patientrettet forebyggelse.....	11
Fokus på regionen som arbejdsplads	12

Indledning

I Region Hovedstaden lever mange mennesker med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, mental mistrivsel og en eller flere kroniske sygdomme. Allerede fra de første leveår er der en markant social ulighed i sundhed samt børn og unge med sundhedsproblemer. Dette er beskrevet i vores regionale sundhedsprofiler¹, som desværre også viser, at udviklingen i vores sundhed går den forkerte vej.

Det er derfor vigtigt, at vi som region arbejder mere målrettet med sundhedsfremme og forebyggelse, så der kan sættes ind langt tidligere, end når vi møder borgerne som patienter i sundhedsvæsenet. Særligt er det vigtigt, at vi har fokus på at skabe større lighed i sundhed. Vores ønske er, at flere mennesker får bedre livsvilkår og flere gode leveår samtidig med, at behandlingsbehovet i sundhedsvæsenet mindskes.

Vi kan og skal som region gøre mere for at styrke indsatsen på forebyggelsesområdet, fx ved de mange patientkontakter vi har i sundhedsvæsenet. Samtidig er der dog ingen tvivl om, at bred indsats med fokus på de største folkesundhedsudfordringer forudsætter, at vi samarbejder med andre aktører. Vi ser det derfor som centralt for en styrket indsats på forebyggelsesområdet, at vi samler kræfterne, så alle relevante aktører er med. Det gælder både offentlige og private aktører, men også de mange forskellige foreninger og virksomheder, som har mulighed for at arbejde med sundhedsfremme.

Denne plan for forebyggelsesområdet i Region Hovedstaden skal sikre en systematisk og styrket indsats på forebyggelsesområdet, hvilket blev aftalt som en del af budget 2019-2021 i Region Hovedstaden. Desuden blev der afsat 1 mio. kr. i 2019 og 3 mio. kr. i 2020 til tiltag, som understøtter ambitionerne om at fremme forebyggelsesindsatsen.

Det har været et ønske, at planen for forebyggelse både sætter en retning for, hvordan vi i Region Hovedstaden ønsker at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme, men også rummer mere konkrete beskrivelser af tiltag, som ønskes prioriteret først.

Ønsket om at styrke indsatsen på forebyggelsesområdet i Region Hovedstaden er i tråd med en generel øget opmærksomhed på, at presset på sundhedsvæsenet kun kan reduceres ved, at færre borgere bliver syge, hvilket også er fremført af Danske Regioner² og KL³. Desuden indgår det i FNs verdensmål for bæredygtig udvikling, at dødeligheden som

¹ Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017, Statens Institut for Folkesundhed 2018. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer, Region Hovedstaden 2018. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom, Region Hovedstaden 2018.

² Sundhed for livet. Danske Regioner 2017

³ Forebyggelse for fremtiden, KL 2018

følge af ikke-smitsomme sygdomme skal reduceres med en tredjedel gennem forebyggelse og behandling samt fremme af mental sundhed og trivsel¹.

¹ <https://www.verdensmaalene.dk/fakta/verdensmaalene>

Udgangspunktet for vores forebyggelsesindsats

Strukturel forebyggelse og social ulighed i sundhed

Med strukturel forebyggelse forstås, at man indretter omgivelserne, så de fremmer en sundere livsstil i befolkningen som helhed, fx gennem politikker og strukturer, og fx på arbejdspladser, skoler, og daginstitutioner, samt i den fysiske indretning af by- og landområder. Det er således tiltag, som ikke er rettet mod den enkelte borger og som ikke fordrer, at den enkelte aktivt træffer et valg. Der er god evidens for, at sunde rammer betyder, at børn, unge, voksne og ældre er mere tilbøjelige til at træffe sunde valg. Samtidig er strukturelle tiltag den bedste metode til at nå alle borgere, uanset social baggrund. Dermed er det også ved hjælp af strukturelle tiltag, at vi har bedst mulighed for at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Borgerrettet og patientrettet forebyggelse

Traditionelt har man i forebyggelsesarbejdet skelnet mellem borgerrettet- og patientrettet forebyggelse¹, hvor kommunerne har ansvar for den borgerrettede forebyggelse, mens den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar². Denne opdeling indgår naturligvis stadig i vores indsats, men vi mener også, at den helhedsindsats, der nu er brug for på forebyggelsesområdet fordrer, at vi tænker mere i samarbejde på tværs af sektorerne og mindre i opdeling mellem borger- og patientrettet forebyggelse. Det svarer til, at de fleste af os lever et liv, hvor vi i nogle perioder er patienter og i andre perioder borgere uden sygdom, men måske med behov for en sundhedsfremmende indsats. Mange sundhedsfremmende tiltag kan også på samme tid være gavnlige for både at undgå udvikling af sygdom (borgerrettet forebyggelse) samt forværring af sygdom (patientrettet forebyggelse). Det gælder fx rygestoptilbud eller prisstigninger på cigaretter.

Rådgivning, viden og forskning

Vi har megen viden på forebyggelsesområdet, så det handler i høj grad om at blive bedre til at bringe den viden i spil, fx gennem vores rådgivningsforpligtigelse over for kommunerne på forebyggelsesområdet. Der er selvfølgelig også områder, hvor vi har brug

¹Med borgerrettet forebyggelse forstås forebyggelse til raske borgere, som skal medvirke til at sikre, at sygdomme og ulykker opstår. Med patientrettet forebyggelse forstås forebyggelse som skal modvirke forværring af sygdom hos borgere, der har en kronisk sygdom eller lignende.

²I henhold til Sundhedslovens § 119 stk.3 Regionerne har ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse som finder sted i hospitals- og praksissektoren.

for mere forskning, og det understøttes af vore handlingsplan for forskning i regionen¹. Vi har i høj grad brug for praksisnær forskning, fx forskning i implementering af indsatser og i sammensatte indsatser i lokalmiljøer, hvor flere aktører går sammen om forskellige sundhedsfremmende indsatser. Det er forventningen, at vi i de kommende år også vil få gavn af viden, der udvikles fra ”Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium”.

Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium

Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium er etableret i 2018 som opfølgning på et initiativ i Danske Regioners forebyggelsesudspil. Laboratoriet drives af Region Hovedstaden på vegne af alle regionerne og er administrativt forankret ved Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, som har hovedansvaret for driften.

Laboratoriet skal skabe ny viden om effektive forebyggelsesindsatser og dermed bidrage til et bedre grundlag for at prioritere nye typer af forebyggelsesindsatser. Det skal ske ved at etablere et forum, hvor aktører på forebyggelsesområdet kan finde sammen og afprøve nye indsatser på tværs af sektorer, velfærdsområder og organisationer. Laboratoriets forskningsbaserede sekretariat vil medvirke til at skabe de rette rammer for udvikling af nye indsatser samt at dokumentere effekten af indsatserne i laboratoriet.



¹ Region Hovedstadens forskningsstrategi for sundhedsforskning 2018-2022, Region Hovedstaden 2018.

De største folkesundhedsudfordringer

Der kan være forskellige tilgange til at udpege de største folkesundhedsudfordringer. En tilgang er hvilke risikoadfærd eller sygdomme, der er årsag til flest tabte leveår eller funktionsbegrænsninger. En anden tilgang er at se på de samfundsøkonomiske konsekvenser af de forskellige folkesundhedsudfordringer. Det er en politisk beslutning at vælge i hvilken retning, de forebyggende indsatser skal fokuseres. I dette afsnit nævnes de største udfordringer for vores folkesundhed i Region Hovedstaden.

Ulighed i sundhed

Med ulighed i sundhed tænkes særligt på den sociale ulighed i sundhed, som viser sig på den måde, at der er en stærk sammenhæng mellem social position¹ og sundhed. Den sociale ulighed viser sig både i forhold til sundhedsadfærd, forekomst af sygdom, sygdomskonsekvenser og dødelighed. Sammenhængen ses allerede fra starten af livet. Fx bliver spædbørn, hvis forældre har en lang uddannelse, ammet markant længere end spædbørn med forældre uden uddannelse/med en kort uddannelse. Senere i livet kommer den sociale ulighed fx til udtryk ved en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og dødelighed. En kort uddannet mand lever i gennemsnit ca. 10 år kortere end en mand med lang uddannelse.

I Region Hovedstaden er der en markant socioøkonomisk variation mellem de 29 kommuner i regionen. Det giver anledning til meget markante forskelle mellem kommunerne ift. borgernes sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygelighed, hvilket også gentagne gange er dokumenteret i vores sundhedsprofiler.

Udover den sociale ulighed i sundhed, er der også en kønsspecifik ulighed i sundhed. Mænd har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, de rapporterer færre sygdomme og helbredsproblemer end kvinder, men mænd har i alle aldre en højere dødelighed end kvinder. Mænd har færre kontakter i almen praksis end kvinder, og meget tyder på, at sygdom hos mænd ofte opdages sent. Der er også en mere udtalt social ulighed blandt mænd end blandt kvinder.

Rygning

Rygning er den risikofaktor, som har størst betydning for sygdom og dødelighed i Danmark. Samfundets omkostninger til behandling, pleje og tabt produktion som følge af

¹ Social position er anvendt for at dække, at forskellige undersøgelser har fokuseret på forskellige mål som uddannelsesniveau eller forskellige socialgruppeinddelinger.

rygning er langt større end for andre risikofaktorer. Det er anledning til en særlig bekymring, at antallet af unge, der ryger, er steget.

Mental sundhed

Mental mistrivsel berører mange mennesker og er årsag til dårlig livskvalitet. Desuden er der store udgifter relateret til behandling, pleje og tabt produktion som følge af dårlig mental sundhed. Omkostningerne estimeres at være større, end de tilsvarende udgifter relateret til svær overvægt, fysisk inaktivitet og alkoholmisbrug.

Det er en særlig bekymring, at mange børn og unge ikke trives i deres daglige liv. De føler sig stressede, ensomme og har søvnproblemer. Mistrivsel hos børn er forbundet med en øget risiko for udvikling af psykisk sygdom, og antallet af børn og unge, som diagnosticeres med lettere psykiske lidelser som angst og depression, er stigende. Blandt unge har der, især for kvinder, været en markant stigning i andelen, som selv rapporterer et højt stressniveau.

Borgere med psykisk lidelse

Borgere med svær psykisk lidelse dør 15-20 år tidligere end gennemsnitsdanskeren. I ca. 60 % af tilfældene kan overdødeligheden tilskrives somatiske sygdomme – især hjertekarsygdomme, blodpropper i hjernen og hjerneblødning. Det skyldes formentlig både en mere usund livsstil blandt borgere med psykisk sygdom, sen diagnosticering af somatisk sygdom samt følgevirkninger af medicin og udfordringer i kontakten med sundhedsvæsenet. Det betyder, at borgeren ikke får en optimal pleje, behandling og rehabilitering rettet mod sin somatiske sygdom. Medvirkende hertil er også, at der ikke i tilstrækkelig grad tages hånd om borgerens samlede behov og dermed sammenhæng i indsatsen i forhold til borgerens psykiske sygdom og sociale forhold.

Overvægt

Den seneste sundhedsprofil for voksne viste, at antallet af overvægtige borgere var steget. Dermed er 44 % af borgerne i Region Hovedstaden enten overvægtige eller svært overvægtige. Der er en stærk sammenhæng med social position, som ses allerede fra første leveår og øges gennem barndommen. Ved udskolingsundersøgelsen (ved sundhedsplejerske i 8. eller 9. klasse) er der i nogle socialt mindre velstillede kommuner i regionen knap 30 % overvægtige unge.

Overvægt, og særligt svær overvægt, er forbundet med øget sygelighed og dødelighed og ledsages ofte af dårlig trivsel og forringet livskvalitet.

Prioritering af indsatser

De folkesundhedsudfordringer, som er beskrevet i det foregående afsnit, vil være udgangspunkt for vores styrkede indsats på forebyggelsesområdet. ”Ulighed i sundhed” vil ikke blive behandlet som et selvstændigt indsatsområde, men det ses som en gennemgående udfordring, som skal indgå i indsatser i forhold til alle udfordringerne. For eksempel er en stor del af sammenhængen mellem uddannelsesniveau og sygelighed forklaret ud fra den tilsvarende sammenhæng mellem uddannelsesniveau og rygning. Indsatser til fremme af røgfrihed skal derfor tilrettelægges med særlig fokus på effekt blandt borgere uden uddannelse eller med kort uddannelse for at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Det er en politisk beslutning, hvornår og hvordan indsatser rettet mod de forskellige udfordringer skal prioriteres. I prioriteringen kan bl.a. indgå, om der er nogle udfordringer, som løftes i andre sammenhænge. Det kan fx være i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde om indsatserne i Sundhedsaftalen.

Vi har valgt i første omgang at prioritere tre fokusområder:

- Unge og rygning
- Patientrettet forebyggelse
- Regionen som arbejdsplads

Fokusområderne er valgt ud fra, hvor den største folkesundhedsmæssige effekt menes at kunne opnås. Desuden har vi et særligt ansvar for at styrke forebyggelsesindsatsen på det regionale ansvarsområde, dvs. når vi møder patienterne ved kontakter i sundhedsvæsenet og når patienter, pårørende og ansatte befinder sig på vores matrikler.

Disse tre fokusområder er udfoldet nærmere i de følgende afsnit. De fire mio. kr., som er afsat til en styrket forebyggelsesindsats¹ vil blive anvendt på disse områder.

¹ Der blev i budgetaftalen i 2018 afsat 1 mio. kr. i 2019 og 3 mio. kr. i 2020 til at igangsætte tiltag, som understøtter ambitionerne om at fremme forebyggelsesindsatsen.

Fokus på unge og rygning

I Region Hovedstaden vil vi:

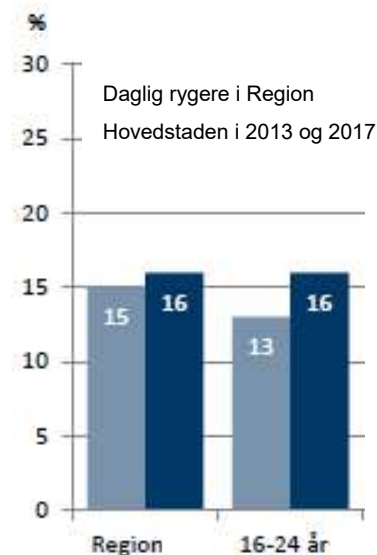
- Bidrage til, at færre unge ryger
- Støtte indsatsen "Røgfri Fremtid"

Unge skal ikke begynde at ryge. Vi skal bruge den viden, der er på området og gøre det "besværligere" at ryge/starte med at ryge. På ungdomsuddannelserne og erhvervsskolerne er der brug for en særlig indsats, som vi vil samarbejde med relevante aktører om. Som region vil vi i 2019 gå i dialog med interesserede kommuner og andre aktører herom og sammen sætte fokus på området, fx med vidensdelingsarrangementer. Det skal resultere i, at vi, i fællesskab med andre aktører, kan sikre de enkelte skoler rådgivning og støtte til indsatser, som fremmer røgfrihed. Særligt i forhold til erhvervsskolerne, skal indsatserne tilrettelægges koordineret med andre sundhedsfremmende indsatser og med forståelse for, at flere af de unge har forskellige sociale eller trivselsrelaterede udfordringer. Vi skal også arbejde for at støtte nationale initiativer, der fremmer røgfrihed blandt unge.

"Røgfri Fremtid" er et fællesskab startet af TRYG-Fonden og Kræftens Bekæmpelse, som har til formål, at ingen børn og unge ryger. Det bakker vi op om og bidrager dermed til, at flest muligt står bag initiativet.

FAKTA

- Rygning er den risikofaktor, som har størst betydning for sygdom og tidlig død i Danmark.
- Hver dag begynder 40 børn og unge under 18 år at ryge i Danmark.
- Blandt rygere er det 86 %, som røg deres første cigaret inden de blev 18 år.
- På gymnasierne er der 12 % af de unge som ryger dagligt, på erhvervsskolerne er det 37 %.
- I Region Hovedstaden har der fra 2013 til 2017 været en STIGNING i andelen af unge (16-24 år), der ryger fra 13 % til 16 %.



Fokus på patientrettet forebyggelse

I Region Hovedstaden vil vi:

- Henvise alle relevante patienter til kommunale rygestop- og alkoholafvænnings tilbud.

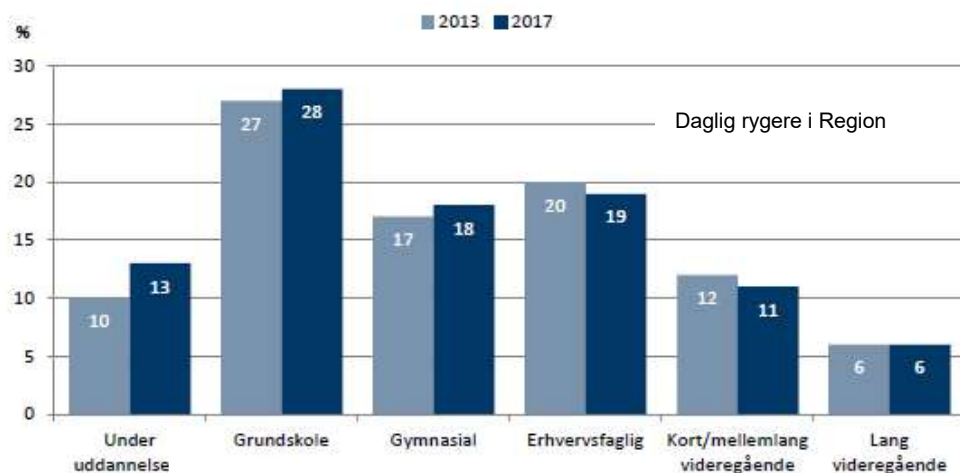
På hospitaler og i almen praksis møder vi hvert år mange af regionens borgere. Den kontakt og motivation, som måske særligt er tilstede ifm. sygdom, skal udnyttes, så alle relevante patienter systematisk henvises til kommunale tilbud.

Der er allerede udviklet en enkel metode (Very Brief Advice, VBA) til at spørge til patienters rygestatus og tilbyde henvisning til kommunale tilbud. Denne metode skal implementeres på hospitalerne ved en fokuseret indsats, hvor der også sikres løbende opfølgning. Under indlæggelse skal patienter fortsat tilbydes nikotinsubstitution, så rygning for så vidt muligt undgås.

Alkoholvaner er sværere at spørge til end rygning, da det er et overforbrug, der skal identificeres. Det skal vi udvælge/udvikle en metode til, ligesom vi skal sikre, at det er enkelt at henvise til et relevant alkoholbehandlingstilbud.

FAKTA

- Rygning og alkoholforbrug kan forklare størstedelen af den sociale ulighed i sundhed.
- Mange borgere med en kronisk sygdom ryger eller drikker for meget. Fx ryger 20 % af borgerne med diabetes og 9 % er storforbrugere af alkohol. For borgere med KOL er de tilsvarende tal 27 % og 12 %.
- Mange borgere med kronisk sygdom svarer, at de er motiverede for at ændre vaner, især mht. rygning og overvægt.



Fokus på regionen som arbejdsplads

I Region Hovedstaden vil vi:

- Sikre, at medarbejderne er røgfri på regionens matrikler
 - Ikke sælge tobak og alkohol på hospitalerne
 - Fremme medarbejdernes sundhed
-

Region Hovedstaden har mere end 40.000 ansatte, der har deres arbejdsliv på hospitalerne og på andre regionale arbejdssteder. De skal opleve sunde rammer i forhold til både det fysiske og psykiske arbejdsmiljø. Det sunde valg skal være det nemme valg fx i forhold til rygning, mad, og motion, og ingen medarbejdere skal opleve mental mistrivsel på grund af deres arbejde. Medarbejderne skal ikke udsættes for passiv rygning og må ikke selv ryge på regionens matrikler. Der skal være mulighed for rygestoptilbud til alle ansatte. Vi skal undgå at sælge tobak og alkohol på vores hospitaler. Desuden skal vi sikre, at alle medarbejdere har mulighed for at købe sund mad i arbejdstiden, og at indretningen fremmer bevægelse i arbejdsdagen, også for medarbejdere i mere stillesiddende funktioner.